

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Mestrado em Psicologia Educacional

Atitudes das mães de crianças asmáticas do ensino
básico face ao absentismo escolar, ao exercício
físico e actividades desportivas dos seus filhos


Dissertação de mestrado

de

Maria de Fátima Maio Jerónimo da Costa

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Sá

Dezembro de 2002

 Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de
Documentação

Registo: 15667
Data: 01/04/05

Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Mestrado em Psicologia Educacional

Atitudes das mães de crianças asmáticas do ensino
básico face ao absentismo escolar, ao exercício
físico e actividades desportivas dos seus filhos

Dissertação de mestrado

de

Maria de Fátima Maio Jerónimo da Costa

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Sá

Dezembro de 2002

Dedico este trabalho:

A minha mãe, cuja voz e pensamento silenciados atrás de um coma foram espinho pungente que atravessou toda a elaboração deste trabalho;

Ao meu filho, cuja alegria e dinamismo constantes foram a força;

Ao meu marido, com quem a partilha do desalento foi sempre a coragem de um recomeço!

Agradecimentos

Este trabalho só foi possível graças ao acolhimento delicado e encorajante do meu orientador, Professor Dr. Eduardo Sá, a quem fico a dever o estímulo do respeito à diferença do pensar e o impulso da curiosidade científica da pesquisa.

Mas não seria possível também a realização deste trabalho sem a dedicação e a disponibilidade sem reservas da Professora Dr^a. Glória Ramalho, ilustre docente do mestrado de Psicologia Educacional, a quem muito devo no acompanhamento e orientação da parte prática do estudo e na elaboração dos instrumentos.

Quero também manifestar o meu agradecimento em geral a todos os docentes do mestrado de Psicologia Educacional do ISPA pelo conjunto de conhecimentos transmitidos e, de modo especial, à Professora Dr^a. Margarida Alves Martins, em quem a transmissão de saberes se alia a elevadas qualidades humanas de tal modo que cada aluno encontra no seu apoio o estímulo para a livre expressão das ideias e o caminho para a realização do seu projecto.

Deixo aqui o meu reconhecimento à Raquel pela sua prontidão e disponibilidade extremas em horas difíceis, no tratamento estatístico dos dados.

Não posso esquecer também, de modo especial, o André e o Adelino pela paciência, dedicação, incentivo e pertinência no tratamento do texto.

Sem a simpatia e colaboração das mães e crianças da minha amostra como poderia eu realizar este estudo? Vai para elas, concerteza, o meu muito obrigada.

Quero ainda agradecer aos funcionários da biblioteca do ISPA a sua prestimosa ajuda sempre que dela necessitei.

Resumo

Este estudo sobre crianças asmáticas pretende contribuir para a compreensão das atitudes materno/parentais - já que são as mães o objecto afectivo de maior ligação no desenvolvimento da criança – face ao absentismo escolar e às actividades desportivas dos seus filhos com asma.

Ocupando um lugar de relevo na pediatria moderna a asma infantil é a primeira entre as doenças respiratória e entre as doenças alérgicas e é a doença crónica mais frequente na idade pediátrica, atingindo entre 10% a 15% das crianças em Portugal e no mundo (I S A A C / 1995 – 2000).

Toda a forma de doença crónica na criança e, por conseguinte, a doença da criança asmática deve ser entendida como envolvendo todo o agregado familiar. A alteração da estabilidade familiar face às crises e sintomas de asma manifestam-se num aumento de tensão e de ansiedade na relação da díade mãe/criança.

Segundo Molinari (1989) vários estudos provam que o mundo relacional das crianças asmáticas se encontra frequentemente limitado exclusivamente à figura materna. A mãe acumula nestas situações as responsabilidades de cuidar, tratar, conduzir ao médico e ao hospital, perdendo noites, faltando ao emprego; tudo isto reverte num stress adicional que, sendo difícil de digerir, vai pesar na relação mãe/criança e repercutir-se em todas as actividades da vida familiar.

O absentismo escolar das crianças asmáticas, muitas vezes necessário e justificável diante dos sintomas, é, com frequência, totalmente injustificado. Confrontada com o receio de que novas crises ocorram na escola durante a sua ausência e com a necessidade imprescindível de administrar os medicamentos ao filho, a mãe acaba muitas vezes por permitir que a criança falte à escola, faltando ela própria também ao trabalho. Esta situação mais aumenta o seu estado de tensão e ansiedade.

Insera-se, pois, neste contexto o estudo que nos propusemos realizar:

“Atitudes maternas face ao absentismo escolar e às actividades desportivas das crianças asmáticas”, dado que é reconhecido como elevado o absentismo escolar destas crianças e é igualmente sabida a tendência dos pais das mesmas para impedir que os seus filhos asmáticos “ se cansem ” ou “ lhes falte o ar ” ao fazer exercício físico, projectando nesta tendência os seus medos face à doença.

A pesquisa que realizámos sobre trabalhos nesta área em Portugal revelou-se infrutífera; fizemos, então uma consulta alargada em PSYCLIT e Medicine’s MEDLINE onde encontrámos vários estudos sobre crianças asmáticas alguns com bastante afinidade temática ao nosso estudo.

No **estudo teórico da asma** procurámos destacar não só a caracterização da doença como as implicações desta no desenvolvimento psicossocial da criança relevando ainda o que de mais recente a nível desta patologia esteve ao alcance da nossa investigação.

A **revisão da literatura sobre as atitudes** levou-nos a reflectir sobre o conceito de atitude bem como sobre a avaliação, a formação, as funções e os processos de mudança das atitudes.

A amostra deste estudo é constituída por noventa e três mães de crianças asmáticas em idade escolar distribuídas pelos três ciclos do ensino básico. As mães responderam a um questionário e a uma escala de atitudes.

Orientámos o nosso trabalho em torno de quatro questões de investigação que nos ajudaram a perseguir os objectivos e às quais procurámos dar resposta no final do estudo:

A primeira questão relaciona-se com as atitudes das mães / pais das crianças asmáticas face ao absentismo escolar dos seus filhos com asma.

A segunda questão refere-se às atitudes dos pais / mães das crianças com asma face à prática da disciplina de educação física, natação e outras actividades desportivas dos seus filhos asmáticos.

A terceira questão prende-se com a determinação das causas do absentismo escolar das crianças asmáticas e procura identificar níveis concretos desse absentismo durante o último ano lectivo.

A quarta e última questão procura encontrar uma relação entre os níveis de absentismo escolar e o grau de severidade da asma das crianças.

Esta investigação permitiu-nos extrair conclusões sobre as atitudes das mães de crianças asmáticas face ao absentismo escolar e à prática de exercício físico e actividades desportivas através da leitura dos padrões de discordância dispersão e concordância.

Este estudo permitiu também extrair conclusões sobre os níveis concretos de absentismo escolar e a prática de exercício físico das crianças com asma e sobre algumas relações interessantes dos níveis de absentismo e de prática desportiva com o grau de severidade da asma das crianças da amostra.

Constam também deste trabalho sugestões de continuidade da investigação sobre aspectos importantes dentro da relação criança asmática/escola.

Conclui-se, por fim, sobre a pertinência deste estudo no despertar interesses e abrir pistas para novos caminhos de investigação na área deste trabalho ou em áreas afins.

Índice Geral

Introdução	1
Parte I - REVISÃO DA LITERATURA	6
Capítulo 1 - A criança com asma	7
1.1 - Asma brônquica da criança Diagnóstico e aspectos característicos.....	8
1.1.1. - Incidência da asma infantil.....	15
1.1.2. - Factores ambientais:.....	16
• O tabagismo dos pais e dos adultos em relação directa com a criança.....	16
• O " <i>síndrome dos edificios doentes</i> ".....	17
• A colectivização da prestação dos cuidados aos bebés.....	18
1.1.3 - Factores Psicológicos Implicados.....	19
1.2 - A criança asmática e a família: situação e contexto.....	22
1.2.1 - Personalidade da Criança Asmática e Matriz Familiar.....	22
1.3 - A criança asmática e a escola.....	26
1.3.1 - Relação criança/escola/família.....	26

1.3.2 - Asma/escola. Que significado para as dificuldades escolares das crianças asmáticas ?.....	30
1.4. – Absentismo escolar e comunicação com a escola.....	36
Capítulo 2 - Revisão da investigação sobre a asma na criança em idade escolar.....	39
2.1 – Considerações sobre a asma infantil nos estudos realizados em Portugal.....	40
2.2 - O absentismo escolar das crianças asmáticas e outras implicações da asma na escola, em estudos fora de Portugal.....	44
2.3. – Alguns estudos ligados à prática de exercício físico e actividade desportiva em crianças asmáticas.....	51
Capítulo 3 - As atitudes.....	53
3.1 - Evolução histórica e desenvolvimento do conceito de atitudes.....	54
3.2 - Constructos teóricos relacionados com o conceito de atitudes.....	56
3.3 - Formação e mudança das atitudes.....	58
3.4 - Natureza e disposição interna das atitudes.....	62
3.5. - Avaliação ou medida das atitudes.....	64

3.6 - Atitudes face à escola.....	66
Parte II – ORGANIZAÇÃO E PLANIFICAÇÃO DO TRABALHO.....	69
Capítulo 1 - Metodologia.....	70
1.1 - Objectivos e questões desta investigação.....	71
1.2.. - Composição e caracterização da amostra.....	74
1.3. - Procedimentos.....	76
1.4. - Instrumentos de recolha de dados.....	78
1.4.1. - Construção da escala de atitudes das mães face ao absentismo escolar e à prática de exercício físico.....	79
1.4.2. - Distribuição de conteúdos temáticos dentro da escala.....	81
1.4.2.1 – Absentismo escolar.....	81
1.4.2.2 – Prática de exercício físico / actividades desportivas.....	82
1.4.3. – Estrutura do questionário.....	83
1.5. – Considerações gerais e método estatístico utilizado.....	85
Parte III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE, DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES GERAIS DO ESTUDO.....	86
Capítulo 1 - Apresentação dos resultados.....	87

1.1. – Resultados relativos à caracterização das mães por idades e por habilitações escolares.....	88
1.2. – Resultados relativos à caracterização das crianças da amostra por idades e por níveis de escolaridade.....	91
1.3. – Resultados relativos à identificação do grau de severidade da asma nas crianças da amostra.....	93
1.4. – Resultados obtidos através da escala de atitudes.....	94
1.4.1. – Resultados da escala referentes ao absentismo escolar.....	95
1.4.2. – Resultados sobre o absentismo escolar concreto das crianças da amostra no último ano lectivo.....	112
1.4.3. – Resultados da distribuição das faltas devidas a sintomas e crises de asma e das faltas devidas a consultas, de acordo com o grau de severidade da asma das crianças.....	118
1.4.4. – Resultados referentes à pratica de exercício físico e actividades desportivas.....	121
1.4.4.1. – <i>Educação física</i> e sua distribuição por ciclos de escolaridade.....	121
1.4.4.2. – <i>Prática de natação</i> e outras actividades desportivas e sua distribuição por ciclos.....	124

Capítulo 2 – Análise e discussão dos resultados.....	150
2.1. – Análise dos dados relativos à caracterização da amostra.....	151
2.1.1. – Caracterização das mães da amostra.....	151
2.1.2. – Caracterização das crianças da amostra.....	153
2.2. – Análise e discussão dos dados relativos às atitudes face ao absentismo escolar.....	155
2.3. – Análise e discussão dos dados sobre o absentismo escolar no último ano lectivo e causas do absentismo.....	159
2.3.1. – Resultados referentes à distribuição das faltas de acordo com o grau de severidade da asma.....	161
2.4. - Análise e discussão dos dados relativos às atitudes face ao exercício físico e actividades desportivas.....	164
2.4.1. – Atitudes face à educação física.....	164
2.4.2. – Atitudes face à natação.....	166
2.4.3. – Atitudes face a outras práticas de actividade física.....	168
2.5. - Análise e discussão dos dados sobre a prática de exercício físico e outras actividades desportivas no último ano lectivo.....	169
2.5.1. – Disciplina de educação física e sua distribuição por ciclos.....	169
2.5.2. – Natação e outras actividades desportivas e sua distribuição por ciclos.....	171

Capítulo 3 – Conclusões gerais do estudo.....	173
3.1. – Conclusões gerais.....	174
Bibliografia.....	181
Anexos.....	200

Índice de quadros

Quadro 1 – Caracterização das mães por idades	89
Quadro 2 – Idades das crianças da amostra.....	91
Quadro 3 – Nível de escolaridade das crianças da amostra.....	92
Quadro 4 – Identificação do grau de severidade da asma das crianças da amostra.....	93
Quadro 5 – Cruzamento dos resultados das <i>faltas para consultas</i> com o grau de severidade de asma das crianças.....	118
Quadro 6 – Cruzamento dos resultados das <i>faltas devido a sintomas e crises de asma</i> com o grau de severidade das crianças.....	119
Quadro 7 – Distribuição da prática da disciplina de Educação física pelos três ciclos.....	123
Quadro 8 – Distribuição da prática de natação e outras actividades desportivas pelas crianças dos três ciclos.....	126

Índice de figuras

Figura 1 – Caracterização das mães da amostra por habilitações escolares.....	90
Figura 2 – Distribuição das crianças por ciclos.....	92
Figura 3 – Distribuição das crianças da amostra de acordo com o grau de severidade da asma.....	93
Figura 4 – Períodos de faltas à escola das crianças com asma quando estas estão com sintomas ou têm uma crise	111
Figura 5 – Período total de dias faltados à escola devido a sintomas e crises de asma.....	113
Figura 6 – Período total de dias faltados à escola para ida às consultas	115
Figura 7 – Número total de dias faltados à escola no ultimo ano lectivo por hospitalização.....	117
Figura 8 – Percentagens da amostra que tiveram educação física.....	122
Figura 9 – Percentagens da prática da natação e outras actividades desportivas para além da educação física.....	125

Índice de tabelas

Tabela 1 – Resultados do item 1: “O meu (minha) filho(a) vai à escola mesmo que esteja com sintomas de asma”	95
Tabela 2 – Resultados do item 2: “As crianças asmáticas só devem ir à escola quando não apresentam quaisquer sintomas de asma”	96
Tabela 3 – Resultados do item 3: “Só deveria ir à escola quem quer”	97
Tabela 4 – Resultados do item 4: “As crianças asmáticas não deveriam ser obrigadas a ir á escola”	98
Tabela 5 – Resultados do item 5: “O(A) meu(minha) filho(a) falta à escola quando está com algum destes sintomas: tosse, “pieira”, “farfalheira”	99
Tabela 6 – Resultados do item 6: “Não mando(a) meu(minha) filho(a) à escola sempre que, de manha, está com “falta de ar”	100
Tabela 7 – Resultados do item 7: “Acho, que quando o (a) meu (minha) filho(a) tem uma crise de asma durante a noite não deverá ir à escola no dia seguinte”	101
Tabela 8 – Resultados do item 8: “Penso que o rendimento escolar do meu filho poderá ser prejudicado por causa das faltas”	102
Tabela 9 – Resultados do item 9: “No último ano lectivo o(a) meu (minha) filho(a) foi prejudicado nos resultados escolares”	103
Tabela 10 – Resultados do item 10: “Tenho medo que o(a) meu (minha) filho(a) tenha uma crise na escola”	104
Tabela 11 – Resultados do item 11: “Não mando o(a) meu(minha) filho(a) à escola quando tem de tomar medicamentos porque lá ninguém lhos dá de forma correcta”	105
Tabela 12 – Resultados do item 12: “Digo sempre ao(à) meu (minha) filho(a) para levar a “bomba” para a escola”	106

Tabela 13 – Resultados do item 13: “O(a) meu(minha) filho(a) falta às vezes à escola porque não gosta dos colegas no recreio”	107
Tabela 14 – Resultados do item 14: “O(a) meu(minha) filho(a) falta às vezes à escola porque não tem lá amigos para brincar”	108
Tabela 15 – Resultados do item 15: “No último ano lectivo o(a) meu(minha) filho(a) só faltou à escola para ir às consultas”	109
Tabela 16 – Resultados do item 16: “Quando o(a) seu(sua) filho(a) está com sintomas de asma ou tem uma crise ele(ela) falta à escola”	110
Tabela 17 – Resultados do item 17: “No último ano lectivo o(a) meu(minha) filho(a) faltou à escola por causa da asma”	112
Tabela 18 – Resultados do item 18: “No último ano lectivo quantos dias no total faltou o(a) seu(sua) filho(a) à escola só para ir às consultas”	114
Tabela 19 – Resultados do item 19: “O seu (sua) filho (a) esteve hospitalizado alguma vez durante o último ano lectivo”	116
Tabela 20 – Resultados do item 20: “No último ano lectivo o (a) seu(sua) filho(a) teve educação física na escola”	121
Tabela 21 – Resultados do item 21: “E outras actividades desportivas”	124
Tabela 22 – Resultados do item 22: “As crianças asmáticas não devem ter educação física”	127
Tabela 23 – Resultados do item 23: “A Educação Física deve ser facultativa para as crianças com asma”	128
Tabela 24 – Resultados do item 24: “Acho que devo pedir na escola para o(a) meu(minha) filho(a) ser dispensado das aulas de educação física”	129
Tabela 25 – Resultados do item 25: “Acho que o(a) meu(minha) filho(a) piora sempre quando faz educação física”	130
Tabela 26 – Resultados do item 26: “Tenho medo que o(a) meu(minha) filho(a) fique com “falta de ar” ou tenha uma crise na educação física ou nas actividades desportivas”	131

Tabela 27 – Resultados do item 27: “Acho que o(a) meu(minha) filho(a) pode fazer actividades desportivas porque não lhe acontece algum mal por causa disso”	132
Tabela 28 – Resultados do item 28: “Acho que o(a) meu(minha) filho(a) pode praticar qualquer desporto para crianças porque isso faz bem à asma”	133
Tabela 29 – Resultados do item 29: “Só digo ao(à) meu(minha) filho(a) para levar a “bomba” quando vai ter aula de educação física ou outras actividades desportivas”	134
Tabela 30 – Resultados do item 30: “A natação faz bem à asma”	135
Tabela 31 – Resultados do item 31: “Só mando o(a) meu(minha) filho(a) à natação quando ele(a) não apresenta qualquer sintoma de asma”	136
Tabela 32 – Resultados do item 32: “Se o(a) meu(minha) filho(a) estiver com tosse mando-o à natação”	137
Tabela 33 – Resultados do item 33: “Mando o(a) meu(minha) filho(a) à natação apesar de ele estar com “pieira” e/ou “farfalheira”	138
Tabela 34 – Resultados do item 34: “Não mando o(a) meu(minha) filho(a) à natação se ele(a) estiver com “falta de ar”	139
Tabela 35 – Resultados do item 35: “Não mando o(a) meu(minha) filho(a) à natação porque ao sair arrefece e constipa-se”	140
Tabela 36 – Resultados do item 36: “Não ponho o(a) meu(minha) filho(a) na natação porque tenho medo que o cloro da água lhe faça alergia”	141
Tabela 37 – Resultados do item 37: “Digo ao(à) meu(minha) filho(a) para não correr no recreio na escola porque pode ter uma crise”	142
Tabela 38 – Resultados do item 38: “A corrida é uma actividade proibida para crianças com asma”	143
Tabela 39 – Resultados do item 39: “O(a) meu(minha) filho(a) nunca poderá participar em nenhum campeonato porque pode ter uma crise”	144

Tabela 40 – Resultados do item 40: “Acho que o(a) meu(minha) filho(a) não deve saltar à corda e digo-lhe para não fazer isso porque pode ficar cansado!”	145
Tabela 41 – Resultados do item 41: “Não quero que o(a) meu(minha) filho(a) jogue à luta com os colegas da escola porque pode ficar com “falta de ar”	146
Tabela 42 – Resultados do item 42: “Não deixo o(a) meu(minha) filho(a) participar nos passeios de estudo porque pode ter uma crise na minha ausência e eu não posso ajudá-lo”	147
Tabela 43 – Resultados do item 43: “Peço na escola para o(a) meu(minha) filho(a) não participar em experiências de terra e jardinagem por causa da asma”	148
Tabela 44 – Resultados do item 44: “Não quero que o(a) meu(minha) filho(a) participe em brincadeiras e teatros nas festas e no Carnaval porque não pode pintar-se, mexer em tintas ou em fatos velhos guardados por causa do pó”	149

Introdução

O contacto diário com múltiplas formas de deficiência e (ou de doenças crónicas) em crianças, sempre levantou em nós muitas interrogações sobre a forma como estas crianças experienciam a sua diferença bem como sobre a multiplicidade de aspectos do sofrimento quer oculto quer manifesto, sempre expresso por várias formas de comunicar embora nem sempre verbalizado.

As interacções desenvolvidas no seio da própria família e da relação parental das crianças com doença crónica e o reflexo dessas vivências face aos desempenhos das próprias crianças, tem-nos merecido também muitas reflexões.

Pela condição da sua diferença e da sua dependência, estas crianças iniciam muito cedo uma relação alargada com os profissionais e as instituições de saúde e, nessa relação obrigatória, evidenciam e projectam os seus sofrimentos e angústias mais ou menos somatizados ou resolvidos, conforme o suporte psico-afectivo e a estrutura de bem ou mal-estar familiar o permitem.

A escolarização é o segundo grande desempenho que é pedido a estas crianças as quais ao chegarem à escola pela primeira vez dando início a um processo oficial de sociabilização trazem consigo uma experiência anterior de relação precocemente vivida nos hospitais ou outras instituições de saúde.

Encontram-se pois, à partida também na escola em situação de diferença face às outras crianças da sua idade, e, por outro lado, tendo já vivenciado interacções familiares bastante diferentes das dos seus parceiros.

Poderão então as crianças com doença crónica aproveitar da escola, de forma satisfatória, tudo aquilo que a escola pretende dar-lhes enquanto projecto de aprendizagem de saberes e veículo de socialização?

Estará por outro lado a escola ao alcance destas crianças? Saberá a escola entender as suas necessidades e os seus contextos sócio-familiares de molde a aproveitar e integrar os seus “saberes” anteriores?

Uma das formas de doença crónica com a qual convivemos e tem despertado em nós muitas questões ao longo dos anos de intervenção em crianças é a asma brônquica infantil.

A doença da criança asmática não pode ser entendida de uma forma individual de um membro da família mas sim envolvendo todo o agregado familiar.

Alguns autores (Molinari et al , 1989) estudaram a importância da relação de poder mãe / criança na criança asmática. Para estes autores as perturbações na relação da díade não surgem tanto na interacção mãe/ filho mas inscrevem-se no contexto das perturbações familiares que sempre se manifestam nas famílias com doença crónica.

Baker, não pondo em questão os factores fisiopatológicos da asma na criança, sublinha, contudo, a importância das relações interfamiliares na manifestação dos sintomas.

Portois, (1979) afirma que “ mesmo antes de entrar para a escola o percurso escolar de uma criança é hipotecado pela influência que exercem no seu desenvolvimento os múltiplos factores psicológicos e pedagógicos do meio familiar.

O contexto escolar deverá pois ter em conta os aspectos maturativos e as dificuldades específicas de cada criança, de molde a facilitar simultaneamente a transmissão de saberes mas também a continuidade do seu crescimento e desenvolvimento integrais.

Para a criança, a entrada para a escola implica uma redução dos seus tempos lúdicos partilhados agora por novas tarefas e implica também a renúncia a uma relação “privilegiada” com a mãe (Alarcão, M. 1981).

As mães das crianças asmáticas são frequentemente “acusadas” de dominantes e superprotectoras mas, na verdade, segundo Molinari (1981) o mundo relacional da criança asmática encontra-se com frequência limitado à figura materna que, sob o peso das enormes responsabilidades, aumenta a própria rigidez tornando-se insegura e hiperprotectora.

De acordo com vários autores, as crianças com asma desenvolvem perturbações do comportamento como consequência das atitudes mais frequentes da família, tais como a superprotecção, a fragilidade das regras e normas, a ausência de limites e outras.

O absentismo escolar das crianças com asma é uma das consequências da interacção perturbada da criança com o meio familiar ; sendo por vezes totalmente justificado face à severidade dos sintomas, revela-se a maior parte das vezes desnecessário e é fruto da angústia e do medo materno/parental na previsão e vivência antecipada de uma crise asmática.

O pai, sob o pretexto das responsabilidades profissionais, transfere com frequência para a mãe uma carga excessivamente pesada de angústia, a qual vai repercutir-se na relação da díade mãe/criança e no contexto do agregado familiar.

Por sua vez a criança, para não ter de se afastar da mãe, aprende a “inventar” sintomas durante a noite e pela manhã, obtendo com frequência o efeito esperado e faltando à escola, como consequência da angústia da mãe que é confrontada de cada vez com a expectativa de uma nova crise asmática.

A privação e /ou a redução do exercício físico é outra consequência muito importante da condição de ser asmático.

As atitudes parentais de hiperprotecção e o medo de que a “falta de ar” se desencadeie com o esforço conduzem à limitação das experiências sensorio-motoras de exploração e aprendizagem, essenciais ao normal desenvolvimento da criança.

É nosso propósito contribuir com este modesto estudo para uma reflexão sobre a problemática da integração global e socialização adequada das crianças com asma bem como sobre alguns aspectos da escolaridade.

Importa proceder a uma análise correcta das potencialidades destas crianças, apoiá-las na superação de alguns aspectos difíceis das suas vivências enquanto portadores de uma doença respiratória crónica e contribuir, deste modo, para que mães, pais e professores dessas crianças, mais e melhor informados sobre a doença

e sobre as necessidades dos seus filhos possam ajudá-los a ultrapassar com realismo os seus medos e angústias, bem como as dificuldades inerentes à sua escolaridade.

O trabalho que nos propomos realizar surge na continuação de uma prática profissional no campo da intervenção em crianças asmáticas e pretende ser um contributo à melhor compreensão das dificuldades da criança com asma e das atitudes materno/parentais, nomeadamente as que se relacionem com o absentismo escolar e com o exercício físico e as actividades desportivas.

Na *primeira parte*, que integra três capítulos, faremos a revisão da literatura e analisaremos os estudos pesquisados nas áreas afins a este trabalho.

No *primeiro capítulo*, dividido em quatro pontos, percorreremos os diversos aspectos relacionados com a asma na criança quer do ponto de vista clínico quer psicológico e ainda aspectos relacionados com a escolaridade.

No *segundo capítulo* faremos a análise de investigações efectuadas com crianças asmáticas em idade escolar.

No *terceiro capítulo* procederemos à revisão teórica das atitudes, salientando alguns autores que realizaram estudos nesta área.

Na *segunda parte* constituída por um capítulo único, apresentaremos a organização e planificação do trabalho expondo e justificando a metodologia seguida.

Optaremos pela aplicação de uma escala de atitudes do tipo Likert e por um questionário para avaliar a severidade dos sintomas de asma nas crianças da amostra.

No *capítulo 2* dividido em dois pontos, faremos a apresentação dos resultados e, no *capítulo 3*, a análise e discussão dos resultados.

A *terceira parte* é composta por três capítulos, nos quais faremos a apresentação, análise, a discussão dos resultados e as conclusões gerais do estudo.

No *capítulo 1* faremos a apresentação dos resultados.

No *capítulo 2* procederemos à análise e discussão dos resultados obtidos.

No *capítulo 3* apresentaremos as conclusões gerais do estudo acompanhadas de uma reflexão crítica sobre o mesmo e apontaremos algumas pistas para futuras investigações nesta área.

PARTE I

REVISÃO DA LITERATURA

Capítulo 1

A CRIANÇA COM ASMA

1 - A CRIANÇA COM ASMA

1.1 - Asma brônquica da criança Diagnóstico e aspectos característicos.

Quando as pessoas, dum modo geral, falam ou ouvem falar de "asma" o conteúdo semântico inerente ao conceito de asma que é posto em destaque, a representação social, talvez, que dela se manifesta, é o da "*doença alérgica*".

Para modelar esta conceptualização cultural de uma patologia com um peso cada vez mais significativo no conjunto das doenças respiratórias, foi necessário a observação empírica, ao longo dos anos, de pelo menos algumas das manifestações sintomáticas da doença: o respirar, o sentir o nariz "fechado" o ter "falta de ar", a "tosse", a seguir a ter cheirado ou respirado tal ou tal coisa como uma flor, um passeio entre o pólen das árvores na primavera, o pêlo do gato de estimação, o pó da casa ou de um sótão que se arruma.

A par do conhecimento empírico, e porque os sintomas da asma vão com frequência, muito para além do desconforto tolerável dos sentidos, foi-se desenvolvendo na medicina a preocupação de estudar, para conhecer cada vez melhor, uma patologia que desde muito cedo se revelou complexa nas suas origens e causas desencadeadoras, bem como na multiplicidade da sua sintomatologia. Daí resulta uma certa dificuldade na definição de asma que, de alguns anos a esta parte, tem sido sujeita a nuances de sentido e, recentemente, implicando até alterações do conceito.

Em 1962 "The American Thoracic Society" pronunciou a definição de asma mais simples e também mais aceite: «a asma é uma doença caracterizada por um aumento da reactividade da traqueia e dos brônquios a vários estímulos, que se

manifesta por estreitamento generalizado das vias aéreas, cuja gravidade se altera espontaneamente ou como resultado do tratamento».

Resulta desde logo a compreensão de que a alteração funcional mais importante na asma é uma alteração variável do débito aéreo e que esta se deve a uma hiperreactividade brônquica.

Desde então até hoje e à medida que se tem assistido a um progressivo e notório aumento da asma a nível mundial, infindáveis estudos procuraram compreender e comprovar através de provas clínicas cada vez mais sofisticadas, seja o tipo e a capacidade da reactividade brônquica, seja a natureza dos vários estímulos, seja a redução dos débitos aéreos implicando com as capacidades funcionais dos indivíduos e, por consequência, com o seu bem estar psíquico e social.

Se a confirmação da hiperreactividade brônquica, inscrita na primeira definição, reforçou a característica da doença alérgica da asma, com o desenvolvimento de novos estudos e das terapêuticas farmacológicas foi-se impondo, aos poucos, o carácter inflamatório da doença.

Nos anos 80 assiste-se a uma reflexão crítica sobre o conceito de asma. Põe-se em causa a precisão da sua definição, surgindo autores a tentar encontrar formas mais objectivas de descrever e caracterizar uma entidade clínica que preferem chamar "Síndrome de irritabilidade brônquica" (N.Neuparth e A.Bensabath).

Admite-se, então, que o factor mais provável como causa da hiperreactividade brônquica seja a inflamação.

Continuavam, contudo, por definir as relações entre os processos inflamatórios e a resposta exagerada de obstrução das vias aéreas que caracteriza os asmáticos.

À medida que a investigação da asma progredia surgiam também novas formas terapêuticas para a tratar. No entanto o número de mortes por asma não

diminuiu e o número de hospitalizações aumentou quase ao mesmo nível das vendas dos medicamentos, o que levou a considerar que o número de internamentos e mortes fosse devido ao tratamento incorrecto da asma (J. Abreu Nogueira, 1988).

Diversos estudos feitos a nível europeu iam revelando cada vez maior número de novos casos.

Um estudo feito entre 1976 e 1987 entre estudantes de Birmingham revelou que o aumento da prevalência da asma durante esse período foi de 22%.

A asma brônquica surge assim como uma doença *multifactorial* em que vários estímulos, imunológicos ou não, iniciam alterações *fisiopatológicas conducentes ao aparecimento de um broncospasmo*, geralmente acompanhado de hipersecreção, congestão e edema, isto é, de *sinais inflamatórios* (J. César Ramos, 1989).

Aos poucos foi sobressaindo uma ideia de asma mais abrangente, onde se reconhece a importância de vários factores desencadeantes, mas onde os componentes fisiopatológicos de inflamação/infecção são os que mais pesam, logo seguidos dos factores alérgicos.

Os anos 90 trouxeram consigo a mais recente definição de asma, proposta em 1992 por um conjunto de peritos europeus e norte-americanos:

A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas na qual intervêm numerosas células, incluindo os mastocitos, eosinófilos e linfócitos. Nos indivíduos susceptíveis esta inflamação provoca episódios recorrentes de pieira, dispneia, opressão torácica e tosse, principalmente à noite e/ou de madrugada. Estes sintomas estão habitualmente associados a uma limitação generalizada mas variável do fluxo aéreo que reverte espontaneamente ou após tratamento e que se acompanha de um aumento da resposta broncoconstritora a vários estímulos.

Apesar do constante empenhamento da investigação e dos avanços no conhecimento da fisiopatologia da asma muitos aspectos relevantes da doença asmática continuam sem resposta:

- como se inicia o processo inflamatório?
- de que tipo de inflamação se trata?

- Utilizam-se hoje, fundamentalmente, para o tratamento da asma, os mesmos medicamentos de há 20 anos atrás, apenas com algumas alterações nas suas estruturas, e desconhece-se o mecanismo exacto da actuação de muitos deles (A.Bensabath, 1994).

Uma grande controvérsia se levantou a partir de 1993 sobre a terapêutica farmacológica da asma.

Segundo Abreu Nogueira, e é reforçado por Madalena Alarcão, muitas mortes por asma têm tido a sua causa próxima e directa em sobredosagens medicamentosas ou na incorrecta e inadequada medicação.

Considera-se hoje a asma brônquica uma doença essencialmente pediátrica, dado que a grande maioria das asmas se inicia na infância, mais de 60% antes dos 10 anos de idade. Depois desta idade o aparecimento da asma é muito raro.

Esta doença tem maior incidência no sexo masculino, na proporção de dois rapazes por cada rapariga.

A asma brônquica infantil ocupa um lugar de destaque na Pediatria moderna. Ela é a primeira entre as doenças respiratórias; é a primeira das doenças alérgicas; é a doença crónica mais frequente na idade pediátrica e, segundo estudos recentes, atinge entre 10 e 15% das crianças em Portugal e no mundo (ISAAC, 1995).

É uma doença não totalmente esclarecida na sua multiplicidade de causas e manifestações patogénicas, uma doença em evolução e condicionada por múltiplas influências num ser, ele próprio em desenvolvimento e que dia a dia se modifica.

Compreende-se pois que a asma da criança preocupe pediatras e alergologistas, psicólogos e terapeutas empenhados num processo comum de diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação.

Recordemos que a asma brônquica é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas na qual estão implicados factores bioquímicos, infecciosos, ventilatórios, cardiovasculares, alérgicos e psicogénicos.

E, ainda assim, a interferência destes e doutros factores varia de criança para criança.

É difícil, na idade infantil estabelecer, com rigor, quais os factores intervenientes mais relevantes, tanto mais que podem actuar isoladamente ou em conjunto, o alérgico, o infeccioso, o ambiental e o emocional ou outros.

A asma na criança expressa-se por episódios de dispneia alternando com períodos de normalidade sendo o sintoma mais típico a sibilância audível respiratória ("pieira").

A obstrução brônquica é frequente no decurso das infecções sobretudo nas crianças mais novas (até à idade pré-escolar), devido ao pequeno calibre das vias respiratórias com frequência reduzido pelo edema que nelas ocorre e pela hiperprodução do muco.

O factor alérgico na asma está ligado, segundo a maioria dos autores, a uma predisposição familiar (hereditariedade) em maior ou menor grau. De acordo com o alergologista César Ramos, as probabilidades de transmissão alérgica de pais para filhos podem atingir os 70%.

Está comprovada também a participação dos alergenos no desencadeamento dos episódios. O início brusco dos sintomas, o carácter recidivante e repetitivo e a ausência de temperatura febril, são também indicadores do predomínio do componente alérgico.

Quando está presente o factor infeccioso, além da presença dos sintomas de dispneia, sibilância e outros sintomas, os episódios são acompanhados de temperatura febril.

Alergia e infecção aparecem precocemente associados às infecções virais dos bebés e/ou das crianças mais pequenas. Estes quadros patológicos são designados por "bronquiolite" ou "bronquite asmática", sendo difícil distinguir qual dos dois factores joga o papel predominante como causa predisponente ou como sintoma precoce de uma futura asma.

Hoje é frequente distinguir a asma da criança de acordo com as características que a doença assume em três grupos etários:

- a asma do bebé ou "asma do lactente"
- a asma da criança em idade pré-escolar (dos 3 aos 6 anos)
- a asma da criança em idade escolar

Não vamos referir-nos a todas elas, porque não cabe no âmbito deste trabalho esgotar as reflexões sobre uma patologia tão complexa.

De qualquer modo queremos apenas salientar que esta entidade clínica tão complexa que é a asma da criança começa cada vez mais cedo na infância, sendo, por enquanto, muito difícil identificar-lhe com precisão as causas.

Tal como afirma Madalena Alarcão (1991), "a asma do lactente é uma situação de difícil interpretação e diagnóstico já que são múltiplas as situações que podem originar uma respiração opressiva e sibilante ..."

Todavia o interesse sempre crescente pelo conhecimento da asma e o desenvolvimento constante de novos estudos na área, dado o aumento comprovado da sua incidência, permitem hoje concluir da precocidade do diagnóstico muito mais e melhor do que há relativamente poucos anos atrás. O que é um factor importante em termos de prevenção precoce das infecções, de molde a impedir sequelas.

Continuam contudo e apesar disso a subestimar-se os aspectos da elevada morbidade desta doença nas crianças, com graves consequências.

A asma na criança pode apresentar diversos graus de gravidade. Assim numa asma no seu início, a obstrução das vias aéreas é reversível e não há, desde logo, lesões anatómicas do aparelho respiratório; porém, com a repetência das crises e o demorar das infecções podem surgir lesões brônquicas irreversíveis.

As crises podem surgir espaçadas, uma cada 3 ou 4 meses ou podem surgir uma vez por mês ou ainda, várias vezes por mês e até por dia.

Em situações mais raras as crises surgem ligadas umas às outras, não dando tempo à criança de se recompor e implicando esta situação um défice e angústia respiratória que podem comprometer o prognóstico vital.

Nestas circunstâncias o imediato internamento hospitalar da criança é obrigatório.

Mesmo nas situações mais graves as alterações da mecânica ventilatória tendem a restabelecer-se após o tratamento da crise. No entanto, em algumas crianças e dependendo da gravidade e da frequência das crises, conserva-se na intercrise um certo grau de obstrução dos bronquíolos, só observável através de exames respiratórios precisos, mas com implicações no metabolismo geral destas crianças, implicando comportamentos e atitudes posturais incorrectas.

1.1.1 - Incidência da Asma Infantil

A asma parece estar a tornar-se cada vez mais frequente nos países desenvolvidos. Em 1995 o Professor e Alergologista Rosado Pinto afirmava: "há cada vez mais asmáticos diagnosticados em Portugal e no mundo".

Constituindo uma das mais frequentes formas de doença pulmonar nas crianças, a asma é a doença crónica mais frequente na população infantil (Sears, M.R., 1991). Por isso ela representa um significativo e crescente peso social e nas estruturas de saúde dos países desenvolvidos.

Segundo dados fornecidos por "Acta Médica Portuguesa" (1994) a asma é responsável por 30% dos internamentos dos hospitais pediátricos.

Os estudos sobre o aumento da incidência e prevalência da asma infantil no final dos anos 80 apontavam valores que se situavam entre os 5 e os 10% da população infantil, valores que Madalena Alarcão em 1991, referindo igualmente essa evolução, aproximava dos 12%.

Estudos recentes encomendados pela O.M.S. para a detecção da asma e doenças alérgicas no mundo inteiro dão, em 1995, valores médios de incidência da asma entre 10 e 15% da população infantil, situando-se os valores em Portugal ao mesmo nível de outras zonas do planeta com características sociais, ambientais e climatéricas idênticas (ISAAC / 1994-95).

1.1.2 - Factores Ambientais

As razões deste constante aumento da asma infantil são ainda pouco claras mas poderão estar em relação com o desenvolvimento industrial e com factores ambientais assim como com o aumento de poluição atmosférica apontada por outros autores como uma causa importante.

Não se pode deixar de realçar, no contexto da criança asmática, a importância dos factores ambientais.

Num macroconceito de ambiente podemos inserir até os factores climatéricos e os ecológicos em geral. A poluição do lugar onde se nasce e se vive é, sem dúvida, um factor importantíssimo para a saúde respiratória ou para a ausência desta.

No entanto, há factores ambientais mais próximos e directamente ligados às crianças, que estão comprovadamente relacionados com o desenvolvimento das suas crises dispneicas e que, esses sim, estão quase sempre dependentes das atitudes e comportamento dos adultos, uma vez que as crianças deles dependem. Referimo-nos essencialmente a três deles pelas suas já comprovadas consequências:

- **O tabagismo dos pais e dos adultos em relação directa com a criança**

É frequente os técnicos de saúde constatarem que, apesar das frequentes crises dos filhos e às vezes até justificando-se com o stress causado pela doença da criança, os pais fumam em casa, mesmo durante a noite, "porque o filho não os deixa dormir".

Para além dos pais outras pessoas vêm a casa e "não se pode" pedir que não fumem "mesmo que seja noutra sala". E os adultos esquecem que as casas são espaços fechados, todas elas, em que o arejamento total não é possível a qualquer

hora, às vezes nunca. Com frequência dali a algumas horas, às vezes minutos, a criança desencadeia uma crise dispnéica, porque os pais se esquecem que o filho não pode estar sempre contido na sua cama ou no seu quartinho, acabando por respirar, inevitavelmente, a poluição produzida, afinal, por aqueles que desejam a sua saúde ...

- *O "síndrome dos edifícios doentes"*

"A asma é uma doença da civilização em que o doente constrói o seu agravamento" (Rosado Pinto, 1995).

No caso das crianças que dependem dos seus familiares pode afirmar-se que estes, e não a criança, constróem o agravamento da asma.

O mesmo autor (Prof. Rosado Pinto) fala das vítimas do "síndroma dos edifícios doentes".

Os índices de conforto e bem estar hoje tão prioritários, quantas vezes não têm em conta os seres mais vulneráveis, seja em que sentido for. As crianças são as primeiras vítimas das "boas intenções" do conforto que um consumismo feroz alimenta.

Assiste-se ao "forrar" das casas por alcatifas, por excesso de tapetes, de almofadas e cortinados, pelo excesso de móveis, em frequente contradição com a falta de espaço interior e à custa da redução deste, com a conseqüente acumulação de pó e um deficiente arejamento. Verifica-se frequentemente um excesso de brinquedos oferecidos à criança, às vezes mais adequados à satisfação narcísica de quem os compra do que às necessidades reais do desenvolvimento e da saúde daquela criança concreta.

A somar a tudo isto, aquecem-se as casas no inverno o que, aliado à humidade, vem favorecer a proliferação e desenvolvimento dos ácaros, inimigos de 1ª linha no terreno alérgico das crianças asmáticas.

- **A colectivização da prestação de cuidados aos bebés: as creches, as amas, os infantários**

A criança começa a ser “agredida” ainda antes de ter um ano de idade. Surge o contágio de infecções virais que, de início, podem ainda não atingir os brônquios mas só as vias aéreas superiores, mas que se vão repetindo em contacto com os agentes agressores.

Estas infecções, mal tratadas e mal curadas, vão-se transformando em bronquiolites repetidas sem que, por outro lado, as mães e/ou os pais possam, por razões profissionais, ficar em casa com os filhos para lhes prestar mais atenção e cuidados.

Segundo Rosado Pinto (1986), uma criança que ao longo do 1º e 2º anos de vida desencadeia três crises de bronquiolite em cada ano pode, ao fim do 2º ano, ser considerada uma criança asmática.

Achamos que, face a estes três factores, está de per si justificada a importância que uma boa informação e esclarecimento das pessoas envolvidas pode ter para diminuir quer o aparecimento da asma na criança quer o sofrimento físico e psicológico das crianças afectadas.

1.1.3 - Factores Psicológicos Implicados

A componente psíquica da asma infantil foi reconhecida há muito tempo e, segundo Ajuriaguerra (1986) foi tida durante um período como factor essencial.

Segundo este autor a asma aparece nas descrições mais antigas como provocada por alterações do humor. Mais tarde é considerada como um distúrbio do tipo neurótico no sentido vago do termo.

À medida que ia sendo estudada foram sendo reconhecidos outros factores que poderiam pesar na sintomatologia da asma.

No século XIX, o célebre médico Trousseau chamou a atenção para a importância dos factores psicológicos implicados numa crise de asma, após a observação de casos concretos em crianças da sua clínica.

As modernas investigações vieram demonstrar a importância dos mecanismos alérgicos e infecciosos na origem das manifestações fisiopatológicas da asma. Continua porém, a reconhecer-se o papel dos factores emocionais associados a esta doença.

Isemberg et al. (1993) reconhecem a importância destes factores no desencadear das crises de asma em algumas crianças, relacionando-os também com uma redução de adesão ao tratamento, sobretudo nos adultos em que a não adesão à terapêutica pode ser entendida como uma forma de revolta.

São inúmeros os estudos que hoje apontam os factores psicológicos como desencadeantes ou agravantes de crises asmáticas.

Outros autores defendem que sendo a asma em si mesma uma patologia ansiogénica constituirá por isso uma predisposição a perturbações emocionais (Gonçalves, J., 1993).

De acordo com o modelo médico de abordagem e tratamento da asma da criança posto em destaque por Madalena Alarcão (1991) embora os factores psicológicos sejam tidos em conta pelos clínicos, estes apenas consideram tais factores como influenciadores do curso dos sintomas; nunca como causas desencadeantes, papel atribuído primordialmente à infecção e/ou à alergia.

Para Madalena Alarcão terá sido a constatação de que as crianças asmáticas melhoram significativamente fora do ambiente familiar, do ponto de vista sintomático e a observação de padrões menos típicos do surgimento das crises, bem como a dificuldade de obter sucesso nas terapêuticas medicamentosas, que terá levado os defensores do modelo médico a aceitarem a influência de factores psicológicos.

A prová-lo estaria o facto de as terapêuticas adequadas serem sempre as últimas a serem adoptadas e só nos casos refractários às terapias medicamentosas.

O que parece fora de dúvida é que a asma e o psiquismo actuam um no outro (Novilhan et Dutau, 1985).

Se considerarmos a evolução da doença asmática vemo-la intimamente ligada a diversos conflitos, com alergenos, com infecções, com o ambiente. Paralelamente surge intrincada com os conflitos emocionais de um ser em desenvolvimento bio-psico-fisiológico que é a criança, influenciando esses conflitos, reflectindo-se neles.

Novilhan et Dutau consideram que a "própria natureza da asma torna-a uma doença geradora de angústia".

Numa visão psicopatológica alguns autores defendem que o factor original da asma reside numa dependência excessiva não resolvida em relação à mãe: a angústia exteriorizar-se-ia quando o asmático corre o risco de separação real ou imaginado.

A dificuldade expiratória, sobejamente explicada por razões de natureza fisiopatológica dos mecanismos respiratórios, é vista por estes autores como

"retenção do ar-vida dentro da criança em substituição fantasiada da retenção do objecto-mãe" (Cardoso Matos e Raul Melo, 1993).

É certo que, frequentemente, as mães das crianças asmáticas se mostram hiper-protectoras, "dirigindo" demasiado o comportamento dos filhos e opondo-se assim, ainda que involuntariamente, à sua autonomia. "Seria contudo injusto, no mínimo, culpabilizar as mães pela asma" (Novilhan et Dutau, 1995) quando se sabe que ela é a consequência de uma multiplicidade complexa de factores.

Baker não põe em causa os factores orgânicos e fisiopatológicos da doença asmática na criança mas sublinha a importância das relações interfamiliares na manifestação dos sintomas.

A doença da criança asmática não pode ser entendida numa forma individual de um membro, mas sim envolvendo todo o agregado familiar e projectando-se nele.

A doença do filho pode, por exemplo, polarizar totalmente as atenções dos pais de modo a desviar tensões existentes no interior do casal e que, por qualquer razão, não podem ser afrontadas de maneira directa.

Estes aspectos acentuam-se quando a asma é ou se torna crónica. Muitas asmaas tidas como "intratáveis" não o são tanto pela doença em si mas pela refractariedade a qualquer tipo de intervenção ou mudança de relação dentro dos modelos familiares onde aparentemente há uma grande harmonia.

1.2 - Criança Asmática e Família:

Situação e Contexto

1.2.1 - Personalidade da Criança Asmática e Matriz Familiar

Investigadores e clínicos têm-se debruçado com frequência sobre uma mesma questão: existirá um perfil de personalidade típico da criança asmática?

Segundo Madalena Alarcão estas crianças são descritas por um lado como deprimidas, pouco confiantes e sem ambições, pouco dominadoras, tristes, cansadas e punitivas; por outro lado são apresentadas como irritáveis, aborrecidas, desconfiadas, negativistas, caprichosas e agressivas.

Vários outros traços tais como a afirmação de um estilo defensivo na expressão emocional nestas crianças tem sido objecto de acesa controvérsia.

Uma vivência de angústia durante as crises e fora delas, a que se associa um forte sentimento de insegurança, é apontada consensualmente como uma característica da criança asmática.

A capacidade intelectual da criança asmática constitui, segundo Madalena Alarcão, um outro campo de divergência. Se para uns elas não têm diferenças em relação às outras crianças, para outros elas têm capacidade intelectual acima da média, apesar de lhes reconhecerem problemas de memória a que atribuem as dificuldades escolares.

A maior parte dos investigadores, não podendo chegar à definição de um consenso, acha que "o aspecto defensivo da personalidade e os traços decorrentes do

conflito centrado numa dependência excessiva não resolvida, são muito diferentes de asmático para asmático" (Madalena Alarcão, 1991).

Dada a variabilidade de manifestações parece não poder associar-se à criança asmática um perfil próprio. Para cada criança os factores, sendo múltiplos, se conjugam e interagem de forma específica, de tal modo que nenhuma criança se parece com outra (Novilhan et Dutau, 1985).

A matriz familiar é também descrita por alguns autores como possuidora de características próprias embora também não tenha sido possível chegar a um consenso.

Alguns autores defendem que as características parentais observadas, carácter alarmante, ansiogénico, etc., são subsequentes à asma dos filhos.

Para outros autores, as características da personalidade e de comportamento parentais enquadram-se no contexto das suas próprias vivências infantis e são prévias à asma dos filhos.

A relação mãe-criança tem sido um dos aspectos mais estudado nas interacções familiares da criança asmática.

A este propósito alguns aspectos são consensuais entre os vários investigadores:

As mães têm sido descritas como superprotectoras, culpabilizadas, agressivas e ansiosas, superprotegendo os filhos mas transmitindo-lhes paralelamente um sentimento latente de rejeição. Esta rejeição, não sendo elaborada ou expressa pela criança, com receio de perder o amor materno, o que estaria de acordo com a dificuldade de expressão sentida, justificaria o sentimento de angústia característica das crianças asmáticas.

Enquadra-se neste contexto o conceito de mãe asmatogénica como justificação para o alívio dos sintomas que em muitos asmáticos se verifica quando temporariamente são separadas do meio familiar (parentectomia).

Madalena Alarcão refere porém que, para Gauthier, "nem todas as mães das crianças asmáticas evidenciam problemas na autonomia e oposição" pelo que devem relativizar-se as teorias desenvolvidas a partir da clínica retrospectiva e recorrer mais à observação directa.

Nos estudos realizados por Gauthier a interacção mãe-criança era maioritariamente harmoniosa, apenas numa pequena minoria se observa rejeição e ambivalência patológica.

Alguns autores (Molinari et al., 1989) debruçaram-se sobre a importância da relação de poder mãe/criança na criança asmática. Para estes autores as perturbações na relação da díade não surgem tanto na interacção mãe/filho mas inscrevem-se no contexto das perturbações familiares que sempre se manifestam nas famílias com doença crónica.

Quando uma criança tem asma e na medida da gravidade desta, a família à sua volta fica com frequência agitada e torna-se, assim, ansiosa e desencadeadora de ansiedade. Esta tensão aumenta com a frequência e a continuidade das crises.

Madalena Alarcão refere que os estudos realizados com pais de asmáticos mostram que o ambiente familiar em que a criança vive é, em geral, ansiogénico e traumático, marcado por uma relação fechada e uma permanente repressão emocional e recompensa dos sintomas patológicos apresentados.

A atitude dos pais, geralmente ambivalentes em relação à criança, pode oscilar entre a intolerância e a crítica para com o filho asmático ou o isolamento e hiperprotecção do mesmo, encerrando-o num circuito de "invalidez".

As mães apresentam-se mais egocêntricas e controladoras e os pais mais demitidos, fracos ou indiferentes, incapazes de dar à criança uma resposta adequada.

A doença da criança asmática não pode ser entendida duma forma individual de um membro, mas sim envolvendo todo o agregado familiar.

A doença do filho pode, por exemplo, polarizar totalmente as atenções dos pais de modo a desviar tensões existentes no interior do casal e que, por qualquer razão, não podem ser afrontadas de maneira directa.

Estes aspectos acentuam-se quando a asma é ou se torna crónica. Muitas asmaas tidas como "intratáveis" não o são tanto pela doença em si mas pela refractariedade a qualquer tipo de intervenção ou mudança de relação dentro dos modelos familiares onde aparentemente há uma grande harmonia.

Alguns autores defendem ainda que uma reduzida expressão afectiva familiar e uma constante repressão emocional que impedem a comunicação familiar dão origem a atitudes ambivalentes, rigidez e pobreza das relações sociais na família, as quais comprometem o desenvolvimento normal da criança, facilitando a dependência desta e uma maior expressão de queixas somáticas.

Qualquer doença crónica, de resto, ao incidir na criança pode afectar o seu desenvolvimento integral, gerar a perda de auto-estima, quer na criança, quer nos progenitores e influenciar a sua capacidade de resposta a situações de stress.

Na asma da criança, a experiência das crises desencadeia, nos períodos de normalidade, uma vivência de medo e de antecipação de nova crise verdadeiramente angustiantes, dependendo o nível de stress da frequência e intensidade das crises vividas.

Este medo apoia-se no facto de o momento da aparição das crises não ser conhecido, previsível, como no fundo também não é previsível a duração total da doença.

À medida que o tempo passa a criança, comprometida entre o que desejaria e o que lhe é permitido fazer, reage em face da experiência que a sua doença representa. Se ela é intensa, as diversas interdições que lhe são impostas, o atraso escolar a que é sujeita, moldam-lhe a pouco e pouco a personalidade.

1.3 - Criança Asmática e Escola

À luz dos dados que procurámos lançar sobre alguns aspectos da situação da criança asmática (tão complexa e múltipla e à sua diversidade) não seria difícil aceitar que a condição asmática tenha repercussões no normal processo de desenvolvimento das crianças por ela afectadas.

Para melhor entendemos essas implicações achamos que será útil, antes de mais, uma abordagem do significado da escola para as crianças e no contexto familiar.

1.3.1 - Relação Criança/Escola/Família

A entrada para a escola corresponde a uma etapa chave no desenvolvimento de uma criança e no alargamento dos horizontes do pensamento, representando um ponto simultâneo e culminante de chegada e partida para múltiplas interligações pessoais, familiares e sociais.

De acordo com Madalena Alarcão a entrada da criança na escola "é o "motor" de uma das crises normais do desenvolvimento da família".

Corresponde pois a um dos "momentos-chave de mudança" que nela ocorrem ordenadamente, determinados pelo evoluir do seu ciclo de vida (Madalena Alarcão, 1989) ou, segundo Eduardo Sá, pela sua capacidade de renascer para permitir "relações em que se descansa (não em que se adormeça)" (Eduardo Sá, 1995).

A entrada da criança na escola implica alterações de hábitos e horários, novas responsabilidades e a renegociação de padrões de comportamento. Reflecte, além disso, também as expectativas familiares de realização ou não, atribuídas à criança como seu prolongamento, dado que "os filhos assumem, na família, um papel de continuidade, expresso tanto no interior como no exterior do sistema" (Madalena Alarcão, 1989).

A criança apresenta-se pois perante a escola como "agente" dos ideais da família ao iniciar a sua socialização "a sério".

Qual será então a capacidade de resposta da criança às novas exigências que lhe são impostas?

Por um lado a entrada para a escola significa para ela a possibilidade de aprender, partilhar o que os "adultos sabem". Por outro implica renunciar a uma relação "privilegiada" com a mãe e a "um mundo onde muito lhe é consentido e tolerado" (Madalena Alarcão).

A entrada para a escola significa ainda para a criança uma redução dos seus tempos lúdicos partilhados agora pela imposição de novas tarefas.

Contudo, se o desenvolvimento psico-afectivo se processou até ali harmoniosamente e sem atropelos a criança enfrentará sem problemas esta nova fase cujo grande objectivo é a aprendizagem.

Mas a abordagem não é um empreendimento fácil para a criança e por isso ela mobiliza todas as suas energias na tentativa de controle das novas relações e tarefas e, também, do próprio crescimento do corpo. Isso exprime-se através de uma dinâmica contínua de actividades e jogos que, naturalmente, facilitam a aquisição e desenvolvimento de capacidades de expressão linguística e de aptidões motoras tais como lengalengas e jogos de palavras, jogar à macaca ou saltar à corda.

Os colegas desempenham nesta fase um papel importante de entre-ajuda e suporte necessário à criança também porque, de certo modo se esbateram, no novo equilíbrio familiar, as relações parentais.

Todo o processo de crescimento implica algum sofrimento. As "dores de crescimento" físico decorrem de aumentos demasiado rápidos de estruturas anatomo-fisiológicas sem que haja o tempo suficiente ao estabelecimento de uma "endurance" e reforço necessários à realização da função.

O "crescimento" através da aprendizagem escolar faz-se para a criança, no início, à custa de uma transição mais ou menos dolorosa da família para a escola que implica para as crianças renúncias e substituições necessariamente acompanhadas de algum sofrimento que a escola deveria, de acordo com Madalena Alarcão, "compensar de forma adequada".

Eduardo Sá admite que "talvez a escola seja" (ou devesse ser) "como uma família" sendo por isso "que os alunos (de quaisquer graus de ensino) vivem os professores como vivem os pais". O que, segundo este autor, se torna evidente quando "nos jardins de infância, as crianças fazem, repetidamente o lapso e chamarem mãe à educadora" (Eduardo Sá, 1995).

O mesmo acontece relativamente à professora nomeadamente no 1º ano do 1º ciclo quando as crianças não tiveram pré-escolar.

Pensamos, por isso tal como Madalena Alarcão, que "inicialmente a escola deve prolongar a função materna de suporte e segurança da criança. Esta será uma primeira ajuda que a escola deve prestar à criança.

Um outro aspecto em que a escola fornece ajuda à criança é o de lhe permitir uma melhor comunicação através de uma verbalização cada vez mais elaborada.

Pelo desenvolvimento da linguagem e da aquisição de novos conhecimentos a criança é levada a participar, com o professor, na construção de saberes que a satisfazem narcisicamente e, de alguma forma, a compensam das perdas sofridas.

Para que a construção de saberes se opere é preciso que, ao solicitar à criança a actividade de pensar, a escola lhe permita o reconhecimento de anteriores conhecimentos de modo que estes constituam e/ou facilitem uma forma de integração de conhecimentos novos.

Pensamos que, tal como afirma Madalena Alarcão, "o professor é o primeiro objecto que a criança encontra na sua saída do meio familiar" e que é por isso que ele "é inicialmente investido como substituto da mãe e do pai, como aquele que protege e ajuda".

Posteriormente, porém, o professor irá despertar na criança uma ambivalência de sentimentos de amor e ódio motivados pela natureza da sua função de imposição da ordem a respeitar e do saber a transmitir.

Por isso, para Madalena Alarcão "o educador deve ter atingido uma maturação adequada" (...) "de modo a estabelecer uma relação válida e construtiva como o aluno".

Como afirma Eduardo Sá, um professor mais do que ensinar, ensinará a aprender "e, sendo assim, a escola serve para aprender a pensar"; criando "espaço para que se aprenda a tolerar as dúvidas e a crescer" (Eduardo Sá, 1995).

1.3.2 - Asma / Escola. Que significado para as dificuldades escolares das Crianças Asmáticas?

Já vimos que significado assume para as crianças supostamente saudáveis e, de modo geral, a sua entrada na escola; como é vivida, de forma global, essa crise normal de mudanças no contexto familiar e como é que a escola procura gerar processos de resposta, de maneira a diminuir naturais sofrimentos da criança e a favorecer o crescimento desta, bem como o desenvolvimento das novas aprendizagens.

Então a escolaridade das crianças asmáticas reflectirá também, certamente, a resposta possível destas crianças entre as vivências da sua relação familiar, a condição da sua doença e a expectativa de novas aprendizagens que escola e família delas esperam.

Todos os autores são unânimes em afirmar que a escolaridade das crianças asmáticas sofre perturbações decorrentes das implicações da doença.

Já sobre o tipo concreto dessas implicações não encontramos, nas várias pesquisas que fizemos, qualquer consenso.

Alguns autores referem, como já vimos, que as crianças asmáticas têm dificuldades de memória, as quais segundo os mesmos, seriam responsáveis pelas dificuldades escolares.

Tal como já referimos e é confirmado por Madalena Alarcão, a capacidade intelectual da criança asmática tem sido alvo de controversas afirmações: para uns estas crianças têm capacidade intelectual acima da média, para outros não se verificam diferenças em relação à população infantil em geral.

Talvez por isso as "dificuldades escolares" unanimemente afirmadas sejam tão inconcretas, de tal modo que não se encontram referências a estudos sobre o rendimento e/ou o sucesso / insucesso escolar das crianças asmáticas.

Contudo, os níveis de absentismo escolar destas crianças são apontados por vários autores como factores indicativos de mau prognóstico (Madalena Alarcão, 1991).

Tal como sobre "as dificuldades escolares" encontrámos, sobre a existência afirmada de absentismo escolar das crianças asmáticas, um quase total consenso.

Não encontrámos porém, nas muitas pesquisas que efectuámos, estudos conclusivos, com dados concretos e representativos do problema em Portugal.

Num inquérito realizado por Mário Cordeiro a pais e professores de crianças asmáticas em Portugal, em 1988, um terço dos pais e dos professores "eram de opinião que as crianças com asma faltam mais à escola do que as outras e que isso as prejudica seriamente" (Mário Cordeiro, 1993).

Este autor refere também, em 1995, que um macro-estudo realizado em Inglaterra (sem data) revelou que 12% das crianças com asma no Reino Unido tinham faltado, no ano escolar anterior, mais de 30 dias à escola.

Um estudo que analisámos, realizado em 1985 nos E.U. (Connecticut) e publicado "in Journal of School Health", em Agosto desse ano, por Sharon Lund O'Neil et al. apresentou os seguintes resultados:

Numa amostra de 286 crianças a frequentar a escola, foi encontrada uma média de ausências escolares de 9,5 dias nos anteriores 12 meses, tendo sido encontrada uma relação entre mau rendimento escolar e níveis de absentismo escolar nas crianças que tinham mais de 10 dias de faltas no ano escolar anterior. Foi também encontrada relação entre maus resultados escolares, sobretudo a nível da matemática e da leitura, em crianças sujeitas a medicação permanente para a asma.

Um outro estudo que achámos interessante foi realizado em 1992, também nos E.U. e publicado em "Pediatrics" em Dezembro desse ano por Mary Glenn Fowler et al: Numa população de 536 crianças asmáticas, foram estudados os níveis de absentismo por comparação com um grupo de crianças sem problemas de saúde, tendo sido relacionados os níveis de ausência com o insucesso escolar e as dificuldades de aprendizagem dentro do grupo das crianças com asma.

Assim, só 58% das crianças com asma tiveram até 5 dias de faltas nos 12 meses anteriores (o que é considerado um número de ausências normal), por comparação com o grupo de crianças bem de saúde em que, 89% do total, não ultrapassaram os 5 dias de faltas.

Das restantes crianças asmáticas, 21% faltaram entre 6 e 10 dias contra 9% das crianças bem de saúde; 10% das crianças asmáticas faltaram entre 11 e 15 dias contra 2% das crianças bem de saúde e 11% deram mais de 16 dias de faltas contra apenas 1% das crianças bem.

As crianças que tiveram mais de 16 dias de ausências apresentaram uma forte tendência de insucesso escolar, bem como de suspensão / expulsão da escola.

As crianças que tiveram entre 11 e 15 dias de faltas demonstraram um risco acrescido de dificuldades de aprendizagem sobretudo na matemática e na leitura / escrita.

As crianças com níveis de faltas até 9 dias/ano não pareceram ser especificamente afectadas pelas ausências, dependendo o seu sucesso / insucesso, nomeadamente, do nível de Q.I. e também das medicações ou de outro factores diversos.

Se, por um lado, estes estudos não são por si conclusivos ou demonstrativos da nossa realidade portuguesa, eles têm pelo menos a vantagem de demonstrar que a problemática da escolaridade das crianças asmáticas já era considerada há muito nos E.U., na Inglaterra e, por certo, em muitos outros países desenvolvidos.

Procurámos deixar claro que a asma infantil tem vindo a aumentar muito, nos últimos anos, em Portugal e no mundo, o que permite, por extrapolação, afirmar que muito provavelmente as dificuldades escolares das crianças asmáticas também terão aumentado!

Pese embora a falta de estudos feitos em Portugal nesta matéria, alguns índices apontam contudo para o problema em questão.

Em 1991, Rosado Pinto e colab. efectuaram um inquérito a 142 professores do primeiro ciclo do ensino básico para obter informações sobre os conhecimentos que estes professores têm das crianças asmáticas das suas turmas, em três aspectos:

- a) Conhecimentos gerais da criança asmática e da asma infantil
- b) O que pensam os professores sobre a prática de desportos nas crianças asmáticas
- c) Aspectos específicos da doença

46% do total dos professores inquiridos tinham (no momento) crianças asmáticas nas suas turmas e 57% afirmaram terem ou já terem tido alunos asmáticos.

O inquérito veio revelar um desconhecimento bastante grande dos professores sobre os aspectos importantes da situação asmática da criança, nomeadamente em relação à medicação na escola, à prática da educação física e de desportos, bem como à influência de factores emocionais.

Apesar deste estudo não ter qualquer objectivo de estudar as dificuldades escolares ou os níveis de absentismo das crianças com asma, a maioria dos professores inquiridos foram de opinião que estas crianças, embora não apresentando diferenças nas capacidades intelectuais, têm "problemas diferentes das

outras". Eles sentem necessidade de saber mais acerca do modo como lidar com estas crianças; sentem-se "perdidos" quando uma criança tem uma crise na escola.

Pensamos que este estudo pode fazer-nos reflectir, mais uma vez, na importância inquestionável do papel que a escola ocupa na vida das crianças asmáticas enquanto local de exteriorização de dificuldades e conflitos cuja manifestação sintomática não é senão uma parte do todo.

Mas de que maneira a escola e os professores estão preparados para ajudar estas crianças a superar as suas dificuldades?

Ao chegar à escola, as crianças asmáticas trazem na "bagagem", para além das vivências familiares muito próprias, as vivências de uma relação precoce, na maioria das vezes, com os meios de saúde, clínicos, terapêuticos e de diagnóstico.

Uma larga percentagem destas crianças convive, nos seus horários escolares, com tomas de medicamentos e cuidados precisos, para evitar determinados comportamentos e/ou contactos com alérgenos.

De acordo com alguns estudos estrangeiros, uma larga percentagem de crianças asmáticas nas escolas estão sob a directa vigilância clínica do Alergologista e do Fisioterapeuta.

Qual o papel da escola perante este contexto? Achamos, da nossa experiência, que muitas das dificuldades escolares das crianças asmáticas a cujo consenso não é possível chegar, como já vimos, não serão devidas tanto às suas diferenças intelectuais ou, sequer, aos níveis de absentismo quando estes não ultrapassam os 9/10 dias ano, mas serão devidas mais à má gestão das suas interdições e conflitos que podem "comprometer fortemente o processo comunicativo" e a manifestação saudável das "emoções no jogo inter-relacional" (Madalena Alarcão, 1991).

Talvez as maiores dificuldades escolares das crianças asmáticas, depois da crise e das consequências directas de algumas corticoterapias no seu défice de atenção, diminuição de rendimento e alguma dismorfia do seu aspecto fisiológico externo, sejam por isso mesmo e pelas razões psicossomáticas que anteriormente apontámos, uma latente e manifesta dificuldade de integração.

Não iremos aqui debruçarmo-nos sobre os aspectos dessa "desintegração" que concretamente se manifesta no recreio ou na sala de aula, perpetuando a angústia da criança asmática.

Mas talvez essa angústia se eternize porque, ao chegar à escola, ela não consegue como os seus pares, buscar recompensa para o seu sofrimento apoiando-se nos seus companheiros de jogos e brincadeiras e, fechando-se em si mesma, recorra mais aos meandros fantasmagóricos do abandono e da separação materna.

Pensamos que, por um lado, os profissionais de saúde devem proporcionar a estas crianças e às suas famílias um espaço onde elas possam aprender a ser autónomas e independentes, analisar o seu modo de relação e amadurecer sem receios, ensinando aos pais como actuar durante a crise e à criança como controlá-la.

Por outro lado, dado o crescente aumento desta população, achamos que a saúde e a família devem alargar o seu espaço de intervenção à escola, informando os professores, sem dúvida desdramatizando o discurso, mas alertando-os sobre as vivências características destas crianças.

Embora, como já referimos, haja falta de estudos rigorosos em Portugal, a tendência de alguns dados reunidos permite afirmar que subsistem muitos mal-entendidos e noções erradas contribuindo para pôr limitações desnecessárias e injustificadas às actividades normais da criança asmática, nomeadamente na prática desportiva.

Através de informações correctas em tempo útil e da interacção conjugada entre a família e a escola e os meios de saúde, será possível "ultrapassar barreiras que, em muitos casos, contribuem para que o dia-a-dia da criança com asma seja mais difícil e menos feliz do que poderia ser" (Mário Cordeiro, 1993).

1.4. – Absentismo escolar e comunicação com a escola

Segundo o autor atrás referido o absentismo escolar nas crianças asmáticas ficará a dever-se, fundamentalmente, às **crises de asma**, às idas a **consultas médicas** e às **hospitalizações**.

Faltar às consultas por causa de uma crise pode ocorrer no próprio dia ou, dado que a maioria das crises acontece durante a noite, no dia seguinte.

De qualquer forma é raro as **crises de asma** não obrigarem a criança a faltar às aulas pelo menos um dia. As faltas repetidas, ainda que de curta duração, originam a quebra de ritmo e conduzem à falta de aquisição de hábitos de estudo, a uma pior relação com os colegas e a um certo grau de imprevisibilidade em relação a essa criança, surgindo acerca dela, nos professores e nos colegas, uma noção de ausência que prejudica a sua imagem.

Outra consequência do absentismo da criança, é a que se transforma na necessidade de um esforço suplementar conjugado dos pais, dos professores e da própria criança para que não haja um atraso escolar irrecuperável. Esta conjugação de esforços não é fácil e nem sempre se afigura possível.

As **hospitalizações** nestas crianças são frequentes e, apesar do aparecimento de novos medicamentos e métodos terapêuticos a verdade é que, segundo Mário Cordeiro (1993), estudos realizados em alguns países europeus junto dos serviços de internamento pediátrico, colocavam então a asma entre as três maiores causas de internamento infantil nesses países.

As **consultas médicas** e o recurso às urgências representam também uma causa considerável, por ventura a maior, de absentismo escolar das crianças e, simultaneamente, de faltas ao emprego das mães quase sempre e dos pais, muitas vezes.

Em Portugal não existem, até ao presente, estudos globais que permitam concluir com precisão em termos de quantidade e grau de severidade das crianças

asmáticas portuguesas. Contudo, alguns estudos se têm efectuado junto das escolas, a partir de 1990, no sentido de saber qual a incidência e a prevalência da asma infantil.

Um passo de fundamental importância para minimizar o sofrimento das crianças e dos seus pais e reduzir os níveis de absentismo, será o desenvolvimento de uma colaboração mais comunicativa e dialogante entre pais, escola e serviços de saúde.

Os professores, quando abordados pelos pais de uma criança asmática quase entram em estado de pânico, afirmando não saber como lidar com uma crise de asma.

Ficam muito mais preocupados com esse aspecto do que com o absentismo e outros aspectos relacionais das crianças com asma, que tendem a sub-valorizar e que, por isso, se transformam em fonte de sofrimento psicológico para as mesmas crianças.

Por sua vez, os pais queixam-se de que os professores não estão aptos a dar apoio aos seus filhos asmáticos e que, nomeadamente no que respeita às práticas desportivas, não entendem as apreensões dos pais e não aceitam, com frequência, as informações médicas que os pais lhes transmitem.

Os serviços de saúde, podem muitas vezes com justiça, ser acusados de confinar as suas soluções de atendimento às instituições onde são procurados e ao aconselhamento terapêutico, deixando, em muitos aspectos importantes, as crianças entregues às dúvidas e ansiedade dos pais e, particularmente da mãe que, ao primeiro surgir de nova dificuldade volta aos serviços de saúde, renovando o absentismo, reinstalando o ciclo vicioso.

Em Portugal subsistem, de acordo com Mário Cordeiro *et all* (1993), muitos mal-entendidos e noções erradas que contribuem para limitar, injustificadamente, as actividades normais das crianças com asma, principalmente ao nível das práticas desportiva e do exercício físico.

Pais e professores destas crianças estabelecem, com frequência, normas desnecessárias e sem fundamento científico carecidas de informação adequada: “não podes fazer ginástica”; “não podes comer isto ou aquilo”; “nãourras no recreio”; “ não podes ir à visita de estudo”.

Talvez este aspecto da informação correcta, veiculada por uma comunicação aberta entre os diversos parceiros envolvidos, seja um dos capítulos mais prementes a inserir nas novas formas de abordagem da asma da criança.

Um estudo realizado por Hill *et all* (1987), em Nottingham, citado por Mário Cordeiro (1993), concluiu que os professores de crianças asmáticas se encontravam devidamente informados acerca da asma dos seus alunos, na opinião dos pais dessas mesmas crianças por quem os questionários foram respondidos; no entanto, o mesmo estudo revelou, nas respostas aos questionários respondidos pelos professores da amostra que, apenas 8% dos professores do ensino primário e 15% dos professores do ensino médio e secundário, se consideravam suficientemente informados sobre como agir numa crise de asma dos seus alunos.

A forma correcta de actuar perante uma crise na sala de aula ou no recreio, foi a preocupação mais formulada (45% das respostas); apenas 17% da amostra valorizou o absentismo as crianças.

Capítulo 2

REVISÃO DA INVESTIGAÇÃO SOBRE A ASMA NA CRIANÇA EM
IDADE ESCOLAR.

2 - REVISÃO DA INVESTIGAÇÃO SOBRE A ASMA NA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR

2.1 – Considerações sobre a asma infantil nos estudos realizados em Portugal.

A asma constitui, como já ficou dito, um importante problema de saúde pública uma vez que se trata de uma das doenças crónicas mais frequentes na criança e no jovem.

Estudos efectuados a nível mundial organizados a partir de recomendações da O.M.S. (Organização Mundial de Saúde) e desenvolvidos a partir de 1990 até 1999, chegaram à conclusão de que não só a asma infantil tem aumentado a sua incidência como também tem aumentado a prevalência em todo o mundo e, de modo particular, nos países desenvolvidos e, particularmente, nas crianças (I.S.A.A.C., 1994/2000).

Um *Programa Mundial para a Asma* - “Global initiative for asthma”, foi também, recentemente, posto em marcha pelo National Heart Lung and Blood Institute e a O.M.S. com o objectivo de reduzir a prevalência, a morbilidade e a mortalidade da asma e melhorar a qualidade de vida e o bem estar do doente asmático.

Portugal não escapa, como demonstram diversos estudos que já referimos neste trabalho, ao aumento da incidência e prevalência da asma, não só nas crianças nacionais como também nas oriundas das comunidades estrangeiras que entre nós habitam.

Por isso, a “Global Initiative for Asma” está a desenvolver também em Portugal o *programa nacional de controlo da asma* com apoio da Direcção Geral de Saúde e da Associação Portuguesa de Asmáticos.

Este programa tem incrementado iniciativas de aconselhamento e distribuição de informação e de literatura de carácter educativo junto das crianças e adolescentes com asma e, principalmente, junto das mães e famílias de crianças asmáticas em geral.

Os profissionais de saúde das áreas de atendimento de doenças respiratórias e, em particular, de crianças asmáticas, nos centros de saúde ou nos hospitais, têm sido estimulados a organizar grupos de reflexão que ajudem a melhorar a eficácia e a eficiência da prestação de cuidados de saúde à criança asmática, de forma a habilitá-la, assim como às suas mães e familiares, a saber controlar a doença e a melhorar os padrões de qualidade de vida.

A constatação do considerável aumento da asma infantil em Portugal tem resultado de muitos estudos desenvolvidos por Rosado Pinto e seus colaboradores durante a década de noventa, alguns a decorrer ainda.

Estes estudos, já por nós referidos foram feitos através de inquéritos junto das populações escolares alvo, em faixas etárias diversas. Alguns destes estudos foram feitos em zonas determinadas do continente e ilhas, outros decorreram integrados em programas de estudo sobre a incidência e prevalência da asma a nível do planeta (projecto I.S.A.A.C.) sob recomendação da O.M.S. (Anexo X)

Para além desta preocupação com os números, já que se trata de um problema de saúde pública, a grande maioria dos estudos sobre a asma infantil em Portugal em termos de investigação parece não extrapolar muito para lá dos aspectos médicos e medicamentosos que o problema envolve.

Não vamos debruçar-nos sobre um interminável número de estudos encontrados sobre a asma da criança especificamente no campo da medicina, sobre múltiplos aspectos terapêuticos e medicamentosos, ou sobre o processo patológico

do desencadear da crise, sobre as implicações das infecções virais ou ainda da importância dos alérgenos no exacerbar dos sintomas.

Sobre os aspectos que nos propusemos como objectivo deste trabalho, a investigação tem sido, em Portugal, muito escassa.

Sendo a asma infantil uma patologia multifacetada, com uma componente psicossomática não negligenciável, afectando seres de cujo processo de desenvolvimento fazem parte a aquisição de competências sociais e a integração de aprendizagens escolares, natural parece que se deva dar importante destaque aos múltiplos aspectos que a envolvem condicionando a qualidade de vida das crianças e das suas famílias.

Para além de dois estudos já por nós citados, o primeiro, de Mário Cordeiro (1988), sobre o absentismo escolar e o segundo, de Rosado Pinto (1981), feito através de inquérito feito a 142 professores do ensino básico sobre a prática de desportos em crianças asmáticas e sobre aspectos específicos da doença não encontramos nas pesquisas que realizamos em “Medline” e “Psyclit” ou através da pesquisa directa, outros estudos que em Portugal se relacionem com quaisquer aspectos do processo de escolaridade, com a sociabilização ou aquisição de competências sociais das crianças asmáticas, das suas práticas de desporto ou outros.

A vasta abrangência de aspectos que envolvem as crianças com asma tem sido, todavia, objecto de muitos estudos realizados em outros países.

Os numerosos estudos sobre a asma infantil fora de Portugal por nós analisados e nomeadamente realizados nos Estados Unidos da América, Canadá, Inglaterra, Alemanha, Holanda, Austrália, Japão e Israel, sugerem que os aspectos multidimensionais desta doença crónica afectando as crianças, são preocupantes em todo o mundo e susceptíveis de afectar o bem-estar das crianças e das suas famílias, e de lhes causar várias formas de sofrimento.

A asma infantil interfere ainda com o desenvolvimento normal e equilibrado das crianças, quer em termos físicos e biofisiológicos quer em termos psicológicos.

Interferindo com o quotidiano das crianças, com as suas rotinas e as suas vivências, esta forma “asfixiante” de doença crónica, “mão-garra”, como lhe chama Alexandre Honrado (2001), “que aperta o peito” roubando à criança o “fôlego” e a voz, interfere também, obviamente, com os processos de aprendizagem das crianças e, por conseguinte com o processo de escolaridade.

A opinião generalizada entre pediatras, professores e pais, de que as crianças com asma “faltam muito” à escola não tem sido até agora em Portugal justificada, de acordo com as pesquisas por nós efectuadas, por estudos que determinem com alguma aproximação fidedigna o tipo, a quantidade e / ou as causas do absentismo escolar das crianças asmáticas portuguesas.

Como já foi dito, os números sobre o aumento da incidência e prevalência da asma e da asma infantil, em Portugal, têm sido, esses sim, alvo de frequentes actualizações.

2.2 - Absentismo escolar das crianças asmáticas e outras implicações da asma na escola, em estudos fora de Portugal.

As ausências à escola e as implicações da morbilidade dos sintomas da asma na vida escolar destas crianças é, há muitos anos, objecto de investigação e fonte de preocupação nos programas de ajuda à saúde nos Estados Unidos da América.

Um artigo publicado no *Journal of school Health* em 1985 sublinha um estudo realizado por Sharon Land O'Neil et all em 1983-1984 na população infantil das escolas públicas de New-Milford (Connecticut) com o objectivo de determinar um programa de ajuda para a saúde a grupos de população escolar portadores de doenças respiratória ou outras condições relacionadas com a performance escolar.

Foram distribuídos questionários aos pais de 4382 crianças. Tendo respondido 4036. Destas, encontrou-se uma percentagem de 7% de crianças asmáticas.

As crianças identificadas com asma tiveram um absentismo escolar médio no ano do estudo e no ano anterior de 9.5 dias em cada ano. Encontrou-se também uma relação directa entre maior absentismo e maior défice de sucesso escolar.

Neste estudo foi ainda identificada uma prevalência superior de asma nas crianças do sexo masculino (57.4%); além disso, os rapazes apresentavam, na generalidade, graus de severidade da asma superiores aos das raparigas.

O estudo chamou a atenção para a necessidade de um programa de apoio aos pais das crianças asmáticas e ao pessoal das respectivas escolas, de modo a melhorar a performance escolar destas crianças.

Em 1994, a revista "*Archives of diseases in Childhood*" publicou um estudo feito por Benjamin. C.; Pearson, M. et all da Liverpool School of Tropical Medicines, no qual o absentismo escolar surge associado a sintomas de asma devidos a factores poluentes em crianças asmáticas.

O estudo foi realizado em três grupos de cinco escolas primárias, num total de 1872 crianças de idades entre cinco e onze anos; os pais das crianças responderam aos questionários com uma adesão de 92 %.

O primeiro grupo de escolas pertencia a uma área especificamente poluída por fumo de carvão em Bootle dock of Liverpool. Os outros dois grupos (áreas de controle) situavam-se em zonas não poluídas.

Os resultados mostraram que as crianças da zona de exposição (zona poluída) tinham mais pais desempregados, menos casas próprias e mais pais fumadores do que as das zonas de controle.

Os sintomas respiratórios eram significativamente mais comuns na zona poluída incluindo: farfalheira (25 %, 20%, 17%); excesso de tosse (40%, 23%, 25%) do que nas zonas de controle.

O absentismo escolar devido a sintomas respiratórios foi também maior nas crianças asmáticas da zona poluída (47.5%; 35.9%; e 34.9%) comparativamente com as zonas de controle.

Os sintomas respiratórios, nomeadamente a tosse e a farfalheira aparecem associados a uma significativa morbilidade na qual são incluídas as ausências à escola num estudo efectuado em 1996 por Doull, J.J.; Williams, A.A. et al da University Medicine Southampton, publicado na revista *Thorax* (1997) em Inglaterra.

Dos 5727 questionários distribuídos aos pais de crianças de idade escolar entre os sete e os nove anos de idade registadas em 95 consultórios médicos, responderam 4830 pais (86 %).

Os questionários inquiriram sobre a prevalência dos sintomas tosse e pieira e a morbilidade associada, incluindo o absentismo escolar e a toma de bronco-dilatadores no ano lectivo anterior ao estudo.

Verificou-se que nos últimos 12 meses haviam prevalecido os sintomas nas seguintes percentagens: (5.5% de pieira (sem tosse); 10 % de tosse (sem pieira); 7.6% de tosse e pieira). Das 4830 crianças, 12.7% haviam feito bronco- dilatadores.

No que respeita ao absentismo escolar 7.2% do total das crianças haviam perdido mais de cinco dias de escola no ano lectivo anterior devido aos sintomas respiratórios em causa e 0.9% haviam perdido mais de vinte dias de escola no mesmo espaço de tempo.

Das crianças que faltaram mais de cinco dias 43% registaram prevalência de tosse e pieira.

O acordar durante a noite com crises de asma, os sintomas nocturnos de asma e as suas implicações no absentismo escolar das crianças e no absentismo ao trabalho dos pais, foi objecto de um estudo realizado por Diette, G.B.; Markson, L. Et all em 1999 em Baltimore, E.U.A., publicado em Setembro de 2000 na revista "*Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*" (E.U.A.).

Neste estudo, 432 pais de crianças em idade escolar entre os cinco e os dezasseis anos responderam a questionários sobre o número de dias que as suas crianças faltaram à escola e o número e dias que eles próprios faltaram ao trabalho na sequência das crises nocturnas dos seus filhos e o modo como isso afectava a educação escolar das crianças.

Foi também identificada a severidade da asma e a toma de medicamentos. Foram feitas várias análises dos dados ajustadas à idade, à raça, à severidade dos sintomas e ao uso da medicação.

Das 432 crianças, mais de 40 % tinham tido crises nocturnas durante as quatro semanas do estudo.

O grupo de crianças com acordar nocturno foi comparado com os grupos de crianças que não tinham tido crises nocturnas.

Verificou-se que havia um maior índice de dias perdidos de escola nas crianças que acordaram com sintomas uma a três noites; quatro a sete noites; e mais de sete noites.

A maior severidade dos sintomas de asma e um elevado uso de medicação estiveram associados não só com a perda de dias de escola mas também com a quebra de rendimento escolar e com o absentismo dos pais ao trabalho.

Este estudo revela-se interessante na medida em que sugere uma transição para uma outra temática, se quisermos, ou para uma outra faceta da expressão multifacetada da sintomatologia da asma na criança: A implicação das relações interfamiliares, no desencadear dos sintomas e no ajustamento da criança e dos pais à doença.

Sem queremos acentuar teorias avançadas de explicação para todas as manifestações da asma à luz de um modelo psicossomático de interpretação, também não aceitamos como cabal e única interpretação dos sintomas de asma na criança o modelo médico exclusivo que, tal como referiu Madalena Alarcão (1991), apenas estabeleça associações de natureza alérgica ou infecciosa.

Se a importância dos factores etiológicos na asma não pode, obviamente, ser menosprezada, também é certo que na última década, a mesma visão médica tem manifestado alguma abertura à aceitação dos factores psicológicos e, sobretudo, afectivo-relacionais que se encontram frequentemente associados à expressão dos sintomas.

Para M. Alarcão existe uma “clara relação” entre um horário predominantemente nocturno para a manifestação dos sintomas e a atribuição da crise a desencadeantes de natureza psicológica.

A autora fala da “escolha” deste horário afirmando que essa “escolha” para a manifestação dos sintomas estará subdeterminada por razões de natureza psicológica, mais do que pela presença, habitualmente invocada, de factores de ordem alérgica ou biofisiológica.

O factor mais relevante neste processo seria, segundo M. Alarcão, a angústia que o medo da perda reactualiza em cada “deitar”.

Condicionada pelos ritmos alucinantes da vida moderna à separação diárias dos pais e, em particular, da mãe, a criança sabe que o fim do dia e a noite marcam o tempo e o espaço do reencontro; verifica-se então uma mobilização por vezes excessiva de toda a família em torno da criança e esta aprende que os pais lhe prestam maior atenção quando a crise acontece.

A única forma de prolongar a noite no dia seguinte em termos de presença materna é, muitas vezes, a manifestação de sintomas nocturnos.

Assim prefigurado, o sintoma desempenha uma função, quer ela seja a necessidade de juntar os pais, de desviar conflitos e tensões familiares ou simplesmente de reforçar cuidados e atenções específicas à criança.

A análise de todos os estudos por nós consultados seria como já dissemos inviável, de tão extensa, no âmbito deste nosso trabalho. Iremos, contudo, abordar mais alguns que, pela sua pertinência, ilustram e justificam quer a razão da nossa investigação prática quer as opiniões que nela projectámos no plano teórico.

As implicações das interacções familiares da “família asmática” nas vivências da criança e no ajustamento que esta consegue aos desempenhos, sejam eles relacionais ou de aprendizagem, estão patentes em alguns estudos como o que a seguir analisamos:

Gartland, H.J. e Day, H.D. da Texas Woman’s University Denton, realizaram e 1999 uma investigação sobre a incidência de algumas rotinas familiares que funcionariam como prognóstico de sintomas de asma nas crianças asmáticas: a emoção expressa pelos pais, a adesão à medicação, o contacto das crianças com os pais.

Foram medidas durante um ano através de auto relatos de trinta e dois casais, pais de crianças asmáticas entre cinco e doze anos de idade, as seguintes variáveis: a emoção expressa dos pais para com as crianças e, especificamente através de críticas verbais; o tempo gasto pelos pais com as crianças nos fins-de-semana; a

adesão das crianças à medicação; as idas às consultas e o absentismo escolar das crianças.

Os resultados mostraram que os mais elevados níveis de emoção expressa pelos pais às crianças, nomeadamente através de comentários e críticas negativas, estavam associados a uma menor adesão das crianças à terapêutica e a maiores índices de absentismo escolar das crianças.

Os mais elevados “scores” de tempo gasto pelos pais com os seus filhos asmáticos nos fins-de-semana relevaram-se inversamente proporcionais ao número de vezes que as crianças precisaram de idas às consultas ou aos serviços de urgência.

Num estudo realizado por Lindmann, Herman, Reichbauer, Marianne, Schoebinger, Rudolf *et al*; publicado na revista “ *Journal of Psychosomatic Research*” em Outubro de 1994, vol. 37(7); 697-707, da Universidade de Marburg, Alemanha, investigaram-se as atitudes críticas das mães e a interacção negativa mãe / criança em famílias com crianças asmáticas em tratamento.

Participaram no estudo 28 crianças entre os 6 e os 16 anos com asma brônquica e 23 crianças saudáveis da mesma idade. Todas as mães descreveram as suas crianças e foram questionadas a discutir um problema comum o que constituiu a base para a atitude crítica.

O resultado deste estudo mostrou que no grupo de mães de crianças asmáticas encontrou-se um maior número de mães que mostraram atitude crítica na descrição do que no grupo de controle. As mães das crianças asmáticas fizeram mais observações críticas e apresentaram mais soluções negativas durante a discussão do problema comum.

Dentro do grupo asmático as mães que manifestaram mais observações críticas tiveram que fazer mais esforço para que as suas crianças aderissem às prescrições médicas do que as que manifestaram atitudes menos negativas.

Num outro estudo da responsabilidade do Departamento Pediátrico do centro médico Wolfson, Holon, Israel (Autores anónimos), publicado na revista "*Patient Education and Counseling*", em Fevereiro de 1997, Vol. 30(2); 187-192, com o título: "Auto imagem, coping e interacção familiar", foi investigada a auto-estima e as relações interfamiliares de crianças adolescentes asmáticas numa população de 51 crianças entre os 12 e os 16 anos.

Os resultados deste estudo mostraram que os níveis de auto imagem das crianças asmáticas eram mais baixos quando comparados com os das crianças saudáveis.

Os níveis de coping com as situações stressantes e com a doença crónica eram baixos quando comparados com o grupo de controlo. Os scores de relação inter-familiar eram também mais baixos do que os das crianças saudáveis.

O aconselhamento médico, além de providenciar as terapias medicamentosas incluiu um esforço adicional em recursos psicológicos educacionais em favor das crianças asmáticas.

2.3. – Alguns estudos ligados à prática de exercício físico e actividade desportiva em crianças asmáticas.

Os vários estudos que encontrámos associados à prática de exercício físico em crianças asmáticas apresentam, na sua maioria, objectivos de pesquisa dos efeitos terapêuticos das medicações que as crianças asmáticas estão a tomar e das reacções ao esforço em presença desses medicamentos.

Ainda assim, achámos interessantes as conclusões extraídas de um estudo efectuado em Espanha em 1998, por Garcia de la Rubia; Pajaron, Fernandez et al, com o objectivo de identificar a “asma induzida pelo esforço” em crianças na prática de marcha rápida e de corrida livre: Um grupo de trinta crianças asmáticas com asma ligeira e moderada foram testadas e foram medidos os valores de expirometria antes e depois da corrida.

Os dados foram comparados com os de um grupo de trinta crianças saudáveis que, ao mesmo tempo, fizeram o mesmo tipo de exercício físico. Foram controladas as condições ambientais (temperatura e humidade do ar) em igualdade para os dois grupos bem como a intensidade do exercício físico e o tempo gasto.

Os testes revelaram-se favoráveis à prática das duas modalidades de exercício físico marcha veloz e corrida livre, em 73% e 63.2% respectivamente, o que levou os autores a concluir que, se as condições ambientais e a intensidade do esforço forem controlada, as duas práticas poderão ser usadas, com vantagem, em crianças asmáticas.

A prática de exercício físico é um dos factores mais frequentemente apontados como precipitadores dos sintomas de crise de asma (Asma de esforço).

Contudo, a prática da natação é de todas as formas de exercício físico e práticas desportivas a mais aceite e até a mais aconselhada como adjuvante terapêutica.

Destacamos, a este propósito, um estudo realizado no Japão em 1999, por Matsumoto, J.; Tsuda, K.; et all , da “Division of Pediatrics National Minami Fukuoka Chest Hospital”, e publicado em Inglaterra em Março de 2000 na, revista *Thorax*.

Este estudo revelou-se, em nosso entender, de bastante interesse quer pela escassez de estudos nesta matéria, quer pela natureza dos objectivos propostos: os autores propuseram-se a estudar os efeitos da natação na capacidade ventilatória, (respiratória) em crianças com asma.

A amostra foi constituída por crianças com asma moderada e ligeira que praticaram treinos diários de natação durante seis semanas e por um grupo-controle de crianças não asmáticas.

Os valores da capacidade aeróbica das crianças era medida no início e no fim dos treinos nos dois grupos; a intensidade do exercício foi pré-determinada e controlada por um aparelho de ergometria, individualmente, através da sensibilidade à formação de ácido láctico.

Os resultados mostraram que a capacidade ventilatória das crianças com asma melhorava do início para o fim dos treinos.

Ao terminar as seis semanas do estudo, as crianças asmáticas que participaram nos treinos diários de natação haviam aumentado em 17.9% a sua capacidade ventilatória.

Capítulo 3

AS ATITUDES

3 - AS ATITUDES

3.1 - Evolução histórica e desenvolvimento do conceito de atitudes.

A investigação psicológica sobre as atitudes, apesar das divergências, tem sublinhado a sua importância como factor de desenvolvimento social e individual, capaz de influenciar as instituições e as orientações políticas (Vala, 1992).

A investigação realizada sobre as atitudes parece ter crescido em extensão por imperativos do ensino e das pressões sociais e também para corresponder às necessidades de diferenciação da própria comunidade científica (Vala, 1992).

O conceito de atitude apresenta ainda uma importância significativa na compreensão e na explicação dos comportamentos sociais.

Com o desenvolvimento da psicologia foram surgindo várias abordagens sobre as atitudes e particularmente sobre a formação das mesmas e sobre as suas funções.

Considerando as atitudes como elementos básicos das interacções sociais compreendemos a importância central que Allport lhes atribuiu.

Para além dos comportamentos ou tendências comportamentais, as atitudes podem inferir-se das respostas afectivas e das crenças cognitivas, traduzindo a percepção que a pessoa tem sobre um determinado objecto.

A tendência actual centra-se mais nos aspectos avaliativos ou afectivos considerando-se as crenças, intenções e comportamentos relacionados entre si mas distintos das atitudes.

Existem duas orientações metodológicas que explicam a origem das atitudes: a behaviorista e a cognitivista. Para a primeira, as atitudes constroem-se através dos processos de condicionamento, ou seja "A associação repetida e sistemática entre

objecto e atitude e as contingências positivas e negativas produzem uma reacção afectiva favorável ou desfavorável relativamente ao objecto” (Jesuino, 1994). A abordagem cognitivista destaca a informação, atribuindo às crenças o papel de determinante principal das atitudes, isto é, cada crença associa o objecto da atitude a um atributo considerado positivo ou negativo, sendo esta formulada em termos de valores e utilidades esperadas (Ajzen e Fishbein, 1980).

Considerando a hipótese de que as atitudes resultam da informação pode inferir-se que a sua proveniência se verifica nas suas próprias crenças sobre nós mesmos e sobre o contexto social, podendo ocorrer por experiência directa.

Apesar das divergências em termos de definição, o conceito de atitude surge como um dos primeiros a traduzir a identidade à psicologia social, colocando-o na posição de elo de ligação entre a psicologia individual e a sociologia, dado que permite identificar o posicionamento de um indivíduo num contexto social.

O conceito de atitude, apesar de ser uma área de estudo à qual se dedicaram muitos investigadores, constitui uma temática algo controversa. Foram dadas muitas definições do conceito de atitudes. Allport (1935), apresentou cerca de 100. Com o desenvolvimento do conhecimento científico em psicologia muitas destas verificaram-se como imprecisas e inadequadas.

Thurstone (1928) definiu as atitudes como “a intensidade de afecto pró ou contra um objecto psicológico.

Para Allport (1935), as atitudes são “um estado mental e neurológico de prontidão, organizado através da experiência e capaz de exercer uma influência directiva ou dinâmica sobre a resposta do sujeito a todos os objectos e situações a que está relacionada”.

Para Rodrigues (1996), uma atitude pode definir-se como “uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afectiva pró ou contra um objecto social definido que predispõe a uma acção coerente com as cognições e afectos relativos a esse objecto”, sendo constituídas por três componentes: cognitivo, afectivo e comportamental.

3.2 - Constructos teóricos relacionados com o conceito de atitudes.

O conceito de atitude distingue-se de outros conceitos que embora tenham com este afinidade, se referem a outros constructos.

É importante distinguir o conceito de outros constructos de personalidade utilizados pela psicologia social: crenças, valores e opiniões.

Uma das diferenças é que a atitude possui como característica em relação a outros constructos, ser relacional e ter referentes específicos, isto é ter referentes que implicam uma relação entre a pessoa e aspectos específicos do meio; a atitude diferencia-se, além disso, de outros constructos de personalidade por possuir uma função avaliativa; a atitude é uma predisposição para responder de forma manifesta, ainda antes de se tornar uma resposta e por isso torna-se necessário medi-la de forma indirecta.

As atitudes diferenciam-se de outros constructos semelhantes como as crenças. Acreditar em alguma coisa é aceitar, com alguma probabilidade, a existência dessa coisa; as *crenças* podem ter uma qualidade avaliativa respeitante às preferências pelas características de um objecto. Uma crença poderá transformar-se numa atitude quando acompanhada de uma componente afectiva a qual reflecte uma preferência pelas características de um objecto.

Segundo Fishbein & Ajzen (citados por Lima, 1993), o conceito de atitude é definido como a força das crenças relativas a um determinado objecto medido pela avaliação que o indivíduo faz dessas crenças. Vista assim a atitude seria uma função da avaliação das crenças a que determinados objectos estão associados.

Os valores são o grau de importância atribuído a objectos ou actividades, grau esse que é atribuído pelo possuidor da atitude.

Enquanto as atitudes se dirigem a um objecto, os valores são mais gerais e abstractos transcendendo os objectos e as situações e apresentam um carácter normativo que as atitudes não possuem.

As *opiniões* são verbalizadas, enquanto as atitudes são com frequência mediadas por processos não verbais ou não conscientes; as opiniões são resposta enquanto as atitudes são predisposição para a resposta.

As opiniões são respostas verbais sempre acessíveis à consciência enquanto atitude é uma predisposição para realizar respostas verbais ou não verbais que podem ou não ser avaliadas pela consciência; a opinião é isolada e não compromete o sujeito (Alexandre, 1971).

A atitude é mais estável mais duradoura e mais complexa (Moscovici, 1961); Ambas, atitude e opinião entram no quadro geral da relação psicológica entre sujeito e objecto.

3.3. - Formação e mudança das atitudes

De acordo com (Olson & Zanna 1990) a distinção entre formação e mudança de atitude não é muito evidente. À semelhança da formação da atitude a mudança da mesma ocorre quando se formam novas crenças, se associam novos sentimentos ou quando se produz um comportamento diferente perante o objecto da atitude.

A única diferença entre a formação e a mudança da atitude parece resultar do facto de que na mudança já existe uma avaliação anterior que pode induzir alguma resistência a uma nova informação ou alterar a interpretação de informação importante.

A atitude deve ser considerada como um constructo teórico, algo que ocorre entre o estímulo e a resposta e que depende separadamente ou em conjunto da qualidade e da consistência das seguintes fontes de informação: das crenças e estereótipos (informação cognitiva), dos estados emocionais e afectivos resultantes da mera exposição ou do condicionamento e da análise do comportamento ou ainda das interações comportamentais anteriores que conduzem a abstrações (Zanjonc, 1968).

As atitudes contêm em si um elemento cognitivo (o objecto tal como é conhecido), um elemento afectivo (o objecto como alvo de sentimento a favor ou contra) e um elemento comportamental (a combinação de cognições e afectos como instigadores de comportamentos em situações determinadas).

A atitude é considerada mediadora entre a forma de pensar e de agir apesar dessa relação não ser muito bem conhecida; influencia o comportamento embora nem sempre de uma forma directa ou linear, pressupondo que, quanto maior for a consistência entre as três fontes de informação, maior será a probabilidade de a atitude prever o comportamento sendo este o único aspecto que pode ser avaliado.

Esta noção está inerente à definição de atitude de Fishbein & Ajzen (1975) na teoria da acção reflectida, quando é definida a força das crenças relativas a um

determinado objecto resultante de um trabalho cognitivo de avaliação das mesmas, onde crenças e comportamentos a elas associados são apenas elementos através dos quais pode ser medida a sua intensidade.

A formação e mudança nas atitudes ocorre em função da interacção social com a experiência pessoal em relações consideradas importantes e significativas, por meio da aquisição de nova informação.

Segundo Newcomb (1943) os grupos de pertença têm uma função fundamental na formação e reformulação das atitudes, quer sejam grupos formados por relações pessoais como os grupos de amigos, quer sejam grupos formados por relações mais formais, como as instituições que têm grande peso na sociedade, tais como a escola a igreja e outras.

Kelmen (1961) sugere três processos resultantes da influência social que se podem interrelacionar na formação e modificação das atitudes: a aceitação como forma de se obter a aceitação dos outros; a identificação por ser gratificante para o próprio, e a internalização quando a nova informação obtida é congruente com o sistema de valores da pessoa. (Rodrigues, A., 1991)

Para Davidson (1995) quanto maior for a proporção de informação em que a atitude se baseia maior é a força, a probabilidade que o comportamento subsequente seja consistente com a atitude e menor a probabilidade de mudar perante nova informação.

Davidson coloca a hipótese de a força da atitude mudar depois da performance de um comportamento reforçando a relação entre comportamento e atitude.

Fazio e Zanna (1981) sugerem que as atitudes formadas a partir da experiência pessoal directa são mais estáveis e duradouras e relacionam-se mais com o comportamento ou seja são mais preditoras deste, do que as que são baseadas na experiência indirecta obtida através da interacção com os outros.

Isto porque as reacções sensoriais e emocionais provocadas por um objecto e o comportamento deliberado são considerados como bases de confiança para a avaliação desse objecto (Fazzio, 1995).

Para os autores referidos quando a experiência é pessoal há um aumento de especificidade, de informação, de complexidade cognitiva e elaboração o que conseqüentemente aumenta a sua acessibilidade à memória. Quanto mais conhecimento se tem sobre o objecto mais difícil é a mudança uma vez que existe muita informação que a confirma.

Fazzio (1986) refere que a predição do comportamento em função das atitudes aumenta quando comportamento e atitudes têm o mesmo nível de especificidade.

Quanto maior for a frequência com que os indivíduos treinam a associação entre o objecto da atitude e a avaliação que lhe é feita mais forte a atitude se torna.

A força da atitude aumenta também com o pensar sobre o seu objecto, a exposição a ele e outras formas de comunicação, o que segundo Tesser (1978), pode conduzir também a avaliações mais extremas em determinadas condições.

A polarização ou extremidade das atitudes é um aspecto importante que as caracteriza uma vez que, quanto maior for a sua intensidade, maior é a acessibilidade.

A certeza refere-se ao sentido subjectivo de convicção sobre uma atitude ou opinião (Festinger, 1950).

A certeza objectiva está associada com a exactidão e precisão objectiva e requer a comparação com uma medida da realidade externa enquanto a certeza subjectiva não. Um sinónimo apropriado para certeza objectiva é o sentido de confiança, convicção, certeza e comprometimento na atitude ou na opinião.

Tesser e col. (1995) salientam que muito provavelmente, quando os aspectos cognitivos e afectivos da atitude não são consistentes, eles têm implicações diferentes no comportamento. Para este autor as atitudes cognitivas predizem

melhor o comportamento instrumental enquanto as atitudes afectivas predizem melhor o comportamento consumatório. Esta interacção esbate-se quando as crenças e os sentimentos são muito consistentes.

A resistência à mudança é maior quando a estrutura interna da atitude é coerente, havendo tendência para os seus elementos se tornarem consistentes.

Uma outra característica das atitudes é a ambivalência. A ambivalência existe quando dois componentes contraditórios da atitude são semelhantes em magnitude e têm pelo menos uma intensidade moderada.

Fazzio (1995) diz que quanto maior é a ambivalência da atitude menor é a sua acessibilidade.

As atitudes acessíveis são funcionais ao estruturarem a informação sobre os objecto e as situações numa dimensão avaliativa em bons e maus, porque capacitam o indivíduo para saber do que deve aproximar-se ou afastar-se de uma forma mais económica sem necessidade de realizar um trabalho de análise constante.

As atitudes que têm mais força influenciam de forma mais acentuada a percepção, a atenção e os julgamentos, podendo conduzir a decisões mais rápidas e com menos esforço, mas, ao mesmo tempo, também podem conduzir a mais enviesamentos e erros.

Não existindo atitudes acessíveis, os sujeitos são forçados a construir uma avaliação sobre cada alternativa ao analisar um objecto ou situação.

3.4. - Natureza e disposição interna das atitudes

As atitudes são consideradas por alguns autores como produto final do processo de socialização e também forças motivadoras do comportamento, exercendo efeitos selectivos no processamento da informação (percepção e atenção), influenciando assim as respostas dos indivíduos aos produtos sociais, aos outros indivíduos e aos grupos.

Segundo Pereira e Jesuino (1985), este conjunto de respostas é consistente relativamente a um objecto social e permite, segundo Lima (1993), situar diferentes posições dos indivíduos face a um objecto, num determinado momento, podendo assim encontrar-se semelhanças nas atitudes de indivíduos que pertencem a um mesmo grupo social.

A mesma atitude pode existir em várias pessoas, podendo encontrar-se semelhanças interindividuais em relação a um determinado objecto. Deste modo a partilha de atitudes comuns cria uma ligação que pode tornar-se base de um grupo permanente; constituindo, então, as atitudes um factor de formação e de manutenção de relações sociais.

Prevê-se pois que a estabilidade das atitudes seria decorrente de processos de normalização; todavia a atitude normalizadora pode evoluir devido a processos de inovação e interacção social.

Alguns autores sustentam que, uma vez conhecida a atitude de um indivíduo face a um objecto é possível, em presença de determinadas variáveis, predizer as reacções dos indivíduos a um determinado conjunto de objectos.

A atitude é vista como expressão de uma tendência psicológica para avaliar uma entidade particular implicando um certo grau de aprovação ou de desaprovação.

Por tendência psicológica entende-se um tipo de inclinação que predispõe o indivíduo a dar determinado tipo de respostas avaliativas, sejam elas positivas ou negativas.

Para Alexandre (1971), a atitude corresponderia a uma realidade interna próxima do sentido de estado de espírito. Para este autor a atitude seria o resultado de sensações, desejos e sentimentos a respeito de um objecto ou de uma situação que influenciam a percepção e o comportamento do sujeito.

Moscovici (1986), refere-se a estados de espírito sobre valores e disponibilidade organizados através da experiência e, enquanto estruturas cognitivas, este autor considera as atitudes como pilar de todas as manifestações psíquicas: comportamentos, julgamentos e percepções.

A atitude aparece assim como o produto de todas as experiências que o indivíduo teve sobre o objecto ou o símbolo do mesmo; é uma característica própria deste indivíduo, representa uma parte da sua personalidade, é uma marca subjectiva da sua individualidade.

A atitude é, pois, uma disposição interna, um estado mediador entre a forma de agir e de pensar dos indivíduos, porém, ela não é directamente observável a não ser quando se exprime através de respostas verbais que podem todavia ser motivadas por outras razões diferentes daquela que se afirma ter pensado; podem ser também influenciadas por condições externas de circunstância.

De acordo com o modelo sociocognitivo de Pratkanis e Greenwald, surgido em 1989, as atitudes são perspectivadas em termos de estrutura interna, ou seja, a atitude relativa a um objecto é representada na memória por um rótulo do objecto, um sumário avaliativo e uma estrutura de conhecimento que serve de suporte à avaliação.

3.5. – Avaliação ou medida das atitudes.

Um modelo hierárquico de organização das atitudes é proposto por Eysenck (1954). Este autor define as opiniões como respostas a itens unidimensionais, e atitudes como conjuntos coerentes de itens encontrados por análise factorial das opiniões constituídos em escalas.

Esta definição operacionaliza a medição das atitudes ao pressupor as escalas de itens construídas a partir da análise factorial.

As atitudes são usadas pelos sujeitos para colocar o objecto atitudinal numa classe favorável ou desfavorável, contribuindo para fornecer estratégias simples para resolver problemas organizar a memória de acontecimentos e manter a auto estima.

A técnica das escalas de atitudes parte do pressuposto que se podem medir as atitudes a partir das crenças, opiniões e avaliações, e que a melhor forma de ter acesso a estes conteúdos é a autodescrição do posicionamento individual.

Nestas escalas parte-se do princípio que a atitude é inferida através da resposta a uma série de frases (conhecimento) que atribuem ao objecto características avaliativamente positivas ou negativas e raramente neutras (Valência), onde os sujeitos indicam a dimensão do seu agrado ou desagrado.

As escalas de atitudes apesar de constituírem uma técnica bastante utilizada têm inerentes algumas limitações. Uma delas é que com frequência, não é possível averiguar se a resposta do sujeito manifesta a sua atitude real, ou se está a transmitir uma imagem diferente, conotada com a aceitabilidade social.

Outra limitação refere-se ao grau de centralidade da atitude para o sujeito, ou seja, se ela corresponde ou não a uma posição bem estruturada.

A linguagem utilizada nos itens é outro factor que pode influenciar as respostas dos sujeitos. Eiser e Van de Plist (1984), salientaram a conotação que algumas palavras podem induzir e Fishoffe e MacGregor (1983) realizaram

investigações em que constataram que o modo como era formulada a questão influenciava a resposta dada.

O interesse e disponibilidade da sujeito para responder aos itens pode também influenciar as respostas.

É necessário, além disso, ter em conta as limitações da utilização de questionários que se traduzem em recolha parcial de informação sobre os processos sociais, ao recolherem informação sobre indivíduos e não sobre relações.

Apesar das limitações referidas as escalas de atitudes são instrumentos válidos na interpretação dos resultados recolhidos.

3.6 - Atitudes face à escola.

De uma forma geral os trabalhos desenvolvidos em Psicologia da Educação têm como pressuposto que as atitudes positivas face à escola podem incrementar o sucesso no desempenho do aluno e facilitar a realização dos objectivos educacionais (Gilly, 1980; Lewy, 1986; Santiago, 1991,1993).

Os diversos estudos realizados nesta área têm procurado identificar condições de desenvolvimento e promoção de atitudes positivas face à escola e, sobretudo, face às aprendizagens escolares.

Nesta perspectiva, os pensamentos, percepções e sentimentos tanto do aluno como do professor poderão influenciar e orientar os comportamentos manifestos em situação de ensino/aprendizagem (Gilly, 1980).

Assim, a concepção de aprendizagem tende a valorizar a interacção entre professor e aluno envolvendo aos dois como construtores activos do processo de aprendizagem.

Pesquisas realizadas no domínio das atitudes na área da educação incidiram sobre as práticas educacionais, atitudes face à educação, atitudes face aos trabalhadores em educação, sobre práticas e sobre instituições educativas.

Dentro das práticas educacionais, os estudos da medida das atitudes incluíram escalas de atitudes destinadas a avaliar a actividade docente, o processo educacional e as práticas centradas na criança.

Das investigações produzidas nestas áreas destaca-se uma escala de atitudes tipo Likert, elaborada por Mevin e Di Vesta citados por Shaw e Wright (1967), sobre o ensino como profissão. Esta escala estava orientada para o estudo da estrutura das atitudes e os itens foram elaborados de modo a obter-se o máximo de conteúdo afectivo e o mínimo de conteúdo cognitivo. Estes autores construíram também uma escala de atitudes face à educação física; Miller (1934) citado por Shaw e Wright (1967), construiu uma escala de atitudes sobre a actividade de ensinar. Esta escala foi concebida com o propósito de validar uma escala

generalizada para medir atitudes face a qualquer tipo de ocupação. Lindgren e Patton (1958) citado Shaw e Wright (1967), elaboraram uma escala de atitudes centradas no processo educativo da criança.

A exposição dos elementos diz respeito à compreensão do comportamento dos alunos e ao uso de métodos autoritários pelos professores para controlarem o comportamento dos alunos.

No âmbito das questões educativas mais gerais, foram concebidas escalas destinadas a pesquisar o valor da educação e do educando, onde se destaca uma escala tipo Likert, desenvolvida por Rundquist e Sletto (1936), destinada a medir o conflito entre educação e trabalho.

Outra escala, do tipo Thurstone foi desenvolvida por Glassey (1945), citada por Shaw e Wright (1967), para medir as atitudes face aos efeitos da educação.

Para Gilly, investigar as atitudes dos alunos face à escola revela-se de grande interesse no sistema educativo. Nesta perspectiva os pensamentos, percepções e sentimentos, tanto do aluno como do professor poderão influenciar e orientar os comportamentos manifestos em situação de ensino aprendizagem procurando articular as variáveis individuais e a situação em que as mudanças ocorrem, tendo em conta componentes afectivos, motivacionais, relacionais, socioculturais e escolares.

Ainda segundo Gilly, as atitudes favoráveis do aluno face à escola, podem incrementar a concretização da aprendizagem com sucesso e facilitar a realização dos objectivos educacionais (Gilly, 1980; Lewy, 1986).

A pesquisa relativa às atitudes face à escola iniciou-se no princípio do século passado, mas segundo Lewy (1986) continua a tratar-se de um conceito de difícil consenso e sistematização. Na literatura sobre educação, o padrão de comportamento designado por *school attitude* aparece frequentemente designado como opinião do aluno, atitudes face à escola, sentimentos relativos à escola, ou, também pode aparecer designado como interesse, aversão, motivação escolar (Bloom, 1981).

As tentativas de demarcação entre as diversas designações têm-se mostrado difíceis, ao procurar distinguir entre atitude e interesse face a um objecto escolar específico. Nesta tentativa de distinção, o que parece emergir é um *continuum* que se verifica desde as opiniões positivas, de preferências, isto é, uma disposição afectiva positiva em relação a determinado objecto até ao extremo oposto, ou seja, as opiniões negativas, de desagrado ou disposição afectiva negativa relativa ao objecto.

Deste ponto de vista as atitudes do aluno face à escola são consideradas ao nível das características afectivas do sujeito e podem ser desencadeadas face à aprendizagem em geral ou face à aprendizagem de tarefas específicas dentro do processo de escolaridade.

PARTE II

ORGANIZAÇÃO E PLANIFICAÇÃO DO TRABALHO

Capítulo 1

METODOLOGIA

1 - METODOLOGIA

1.1 – Objectivos e questões de investigação

Este estudo percorre uma linha de orientação que tem como finalidade identificar, por um lado as atitudes maternas e/ou parentais dos progenitores das crianças asmáticas em idade escolar relativamente ao absentismo escolar “facilitado” pela condição de ser asmático: por outro lado, procuramos investigar também quais as atitudes das mães das crianças com asma perante a prática de exercício físico ou das actividades desportivas mais frequentes em idade escolar, nomeadamente a disciplina de Educação Física e a natação.

Procura-se ainda neste trabalho fazer o levantamento dos níveis de absentismo escolar e da prática de actividades desportivas ou exercício físico das crianças da amostra.

Procuramos finalmente encontrar eventuais relações dos níveis de absentismo e de práticas de exercício físico/actividades desportivas nas crianças asmáticas com a menor ou maior severidade da doença.

As razões que motivaram este estudo prendem-se com a nossa prática de trabalho e o contacto diário com as crianças asmáticas; com a observação atenta que temos vindo a fazer dos seus comportamentos, da expressão, ou da ausência de expressão, das suas manifestações de alegria e também dos seus medos e das suas angústias.

Tal como ficou dito no desenvolvimento teórico deste trabalho, estudos recentes confirmam que mais de uma em cada dez crianças, em Portugal e nos países estudados, têm asma.

A probabilidade de as escolas terem crianças asmáticas em todas as turmas é elevada.

Os problemas decorrentes de a criança ser portadora de uma doença crónica e as dificuldades específicas da condição de ser asmática influenciam, naturalmente, o desenvolvimento da criança e as respostas que ela dá aos estímulos das suas vivências ao longo do seu percurso de socialização, e da sua integração escolar.

Ora, a criança é um ser dependente e como tal, no decurso do seu crescimento, é à família e à sociedade que cumpre favorecer o processo de desenvolvimento da criança; à escola cumpre apoiar e facilitar o desabrochar do seu pensamento.

Enquanto dependentes dos progenitores/cuidadores que por elas decidem e condicionadas pelas limitações que a doença crónica lhes impõe, as crianças respondem como podem às exigências que lhes são feitas pela sociedade e pela escola.

Serão sempre as atitudes dos pais face à escolaridade das crianças asmáticas, facilitadoras do processo de integração escolar e do processo de crescimento e desenvolvimento harmonioso dos seus filhos com asma ? Ou, apesar das melhores intenções, serão estas crianças condicionadas pela falta de informação adequada dos seus pais sobre a doença dos filhos?

Estudar as atitudes das mães, face ao absentismo escolar e à disciplina de educação física e outras actividades desportivas, pareceu-nos importante porque, no campo das atitudes, o que interessa não é tanto o que acontece mas sim o que se crê que acontece. Quando as situações são definidas como reais tornam-se mais reais nas suas consequências ainda que a sua definição não seja a mais apropriada.

Sendo assim, o estudo das atitudes das mães enquanto responsáveis pelas tomadas de decisão sobre as suas crianças com asma faz sentido, na medida em que poderá contribuir para uma melhor compreensão dos problemas que afectam as crianças asmáticas.

Procuraremos por isso, ao longo do nosso estudo, encontrar respostas as seguintes questões:

Questão 1: Quais as atitudes das mães/pais das crianças asmáticas em idade escolar do ensino básico, acerca do absentismo escolar dos seus filhos, quando confrontados com os sintomas de asma?

Questão 2: Quais as atitudes das mães/pais das crianças asmáticas em idade escolar do ensino básico, face à prática da disciplina de educação física na escola, à natação e outras actividades desportivas dos seus filhos, em presença de sintomatologia da asma?

Questão 3: Quais foram, no último ano lectivo: a razão das faltas à escola, os índices concretos de absentismo escolar e da prática de exercício físico/actividades desportivas nas crianças asmáticas?

Questão 4: Existirá relação entre os níveis de absentismo escolar, e o grau de severidade da asma das crianças (asma severa, moderada e ligeira)?

1.2 – Composição e caracterização da amostra

De acordo com estudos atrás referidos as infecções respiratórias são a causa mais frequente do recurso das crianças aos serviços de urgência hospitalar.

Estudos realizados por M. Coelho et all. (1995) revelaram que, no ano de 1994, o hospital pediátrico de D. Estefânia em Lisboa atendeu cem mil crianças por doença respiratória tendo 8,5% destas ficado internadas.

Segundo M. Queirós (1997) a asma constitui uma das formas mais frequentes de doença pulmonar nas crianças. Ela é também a mais frequente das doenças alérgicas.

Partindo deste pressuposto pareceu-nos que um grande hospital pediátrico seria, porventura, o melhor campo para recolher uma amostra que pretendíamos, entre cem a cento e vinte díades mãe/criança asmática em idade escolar e dentro do ensino básico. Começámos então por solicitar, com o apoio do ISPA, junto do Conselho de Administração do Hospital de D. Estefânia, de Lisboa, a autorização formal para desenvolver o nosso trabalho no hospital. Para tanto precisávamos de ter acesso, durante o tempo necessário, ao serviço de urgência pediátrica e ao Serviço de Consultas de Imuno-alergologia.

O Conselho de Administração solicitou parecer ao director do Serviço de Consultas e, depois de algumas dificuldades ultrapassadas, obtivemos do C.A. do Hospital de D. Estefânia a necessária autorização, bem como o acordo verbal do director do Serviço de Consultas.

Os sujeitos da amostra deste estudo foram então recolhidos, na sua maioria, nas consultas de Alergologia do Hospital de D. Estefânia e, uma menor parte, nas urgências do mesmo hospital.

A amostra final é constituída por noventa e três (93) mães / criança ou seja noventa e três díades, uma vez que, embora sejam as mães as inquiridas, as suas

crianças são também sujeitos deste estudo, não de uma forma directa mas, de qualquer modo não menos concreta, para a persecução dos objectivos através dos dados transmitidos pelas percepções das mães.

As crianças da amostra têm entre os seis e os treze anos de idade e distribuem-se pelos três ciclos do ensino básico.

1.3 – Procedimentos

A recolha de dados foi efectuada no final do ano lectivo 2000/2001 entre o início de Junho e o fim de Agosto, uma vez que era nosso particular interesse recolher informação sobre aspectos relacionados com “o último ano lectivo” e pretendíamos que os dados fossem o mais actualis possível.

Durante os três meses referidos deslocámo-nos ao serviço de consultas de Alergologia logo pelas oito horas a fim de poder fazer a “triagem” dos doentes que se apresentariam durante a manhã para consulta. Esta triagem obedecia aos critérios selectivos que estabelecemos para a nossa amostra:

- Todas as crianças a seleccionar tinham obrigatoriamente de ter o diagnóstico de asma confirmado medicamente.
- Todas as crianças deviam estar compreendidas entre os seis e os treze anos de idade;
- Todas as crianças estavam na escola em algum dos três ciclos do ensino básico.

Em caso de dúvidas relativamente à idade ou à escola da criança interrogámos a mãe tendo havido uma boa colaboração na quase totalidade dos casos.

Como a maioria das crianças que acorreram às consultas e às urgências pediátricas devido a problemas respiratórios se situa numa faixa etária entre os zero e os três anos de idade, é fácil concluir que se tornou difícil recolher o número de amostra que tínhamos projectado: entre cem e cento e vinte, como já foi referido.

Uma vez feita a triagem entregávamos à mãe o questionário e a escala pedindo-lhe que respondesse, de forma individual, enquanto aguardava na sala pela consulta cuja espera era, habitualmente, de cerca de trinta minutos.

Os questionários e escalas respondidos eram entregues no apoio administrativo da consulta.

Distribuímos, deste modo, cem (100) questionários / escala.

Algumas crianças, cerca de 10% do total da amostra, vieram acompanhadas pelo pai; distribuímo-lhes igualmente o questionário / escala informando-nos previamente se esses pais coabitavam com a criança de molde a conhecerem bem a sua doença e a sua situação escolar.

Apenas num caso o pai não estava a par da situação diária da criança pelo que não fizemos a distribuição do questionário.

Verificámos depois que os pais acompanhantes das crianças responderam ao questionário colocando a idade e habilitações escolares da mãe e não as próprias, uma vez que o questionário estava feito par a mãe responder.

Por tal razão demos um tratamento igual a todas as respostas de cada questão como se da mãe se tratasse, independentemente de ter sido a mãe ou o pai a responder.

Recolhemos no final noventa e oito dos cem questionários / escalas que havíamos distribuído e rejeitámos cinco pelo facto de revelarem abandono de resposta, ou seja terem sido respondidos apenas em dois ou três itens, ou apresentarem um número muito elevado de respostas omissas.

Numa fase seguinte procedemos à análise e tratamento dos dados recolhidos partir dos noventa e três (93) questionários escala correctamente preenchidos.

1.4 – Instrumentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário e de uma escala de atitudes.

Optámos por uma escala que se baseia num modelo proposto por Likert (1932).

Segundo Torgeson (1958), o método de Likert está centrado no sujeito e, segundo Raposo (1981), neste tipo de escala as variações nas respostas aos estímulos são atribuídas às diferenças entre os indivíduos e não aos itens em si.

Preferimos este modelo de escala por nos parecer tratar-se de um instrumento adequado face aos objectivos deste estudo.

E apoiámo-nos ainda nas opiniões favoráveis que a utilização deste instrumento tem gerado em diversos estudos, designadamente por ser de fácil construção (Nunnaly, 1978; Raposo, 1981); por oferecer uma técnica de construção passível de ser adaptada ao estudo de diferentes tipos de atitudes

Mc. Iver et al., 1981, consideram esta escala como um dos instrumentos mais úteis na investigação do comportamento. Também Lima (1983) identifica as escalas como sendo dos instrumentos mais usados nos estudos de atitudes.

1.4.1 – Construção da escala de atitudes das mães face ao absentismo escolar e à prática de exercício físico

Começámos por fazer a recolha e análise bibliográfica da literatura e de estudos existentes sobre escalas de atitudes acerca de diversos temas mas, principalmente, atitudes face à escola, visto que inicialmente havíamos idealizado um trabalho sobre as atitudes familiares face à escolaridade das crianças asmáticas.

Demo-nos conta, porém, da vastidão dos aspectos que a escolaridade engloba não sendo possível, por isso, a sua total abrangência.

Limitámos, então o campo de estudo a dois aspectos directamente relacionados com a escola: o absentismo escolar e a prática de exercício físico, sendo esta prática para muitas crianças materializada na disciplina curricular de educação física.

A razão para esta opção reside no conhecimento empírico que temos, através da prática do contacto com as crianças asmáticas em idade escolar e suas famílias, de que elas faltam com frequência à escola devido às crises de asma por um lado e de que o exercício físico e, por conseguinte, a disciplina de educação física são encarados pelos pais com muito receios da exacerbação dos sintomas.

O contacto com as mães e as suas crianças asmáticas permitiu-nos o levantamento cuidadoso dos aspectos mais preocupantes, para as mães, da asma dos seus filhos, bem como das suas respostas comportamentais em relação a eles.

Sendo este nosso trabalho de natureza exploratória procurámos dentro do conhecimento que temos da asma baseado em critérios médicos, chegar a uma abrangência máxima dos aspectos que envolvem a doença e fazer uma lista desses aspectos, tendo sempre presentes os objectivos deste trabalho de modo a permitir-nos a selecção de itens e a construção da escala.

Falámos com as mães de maneira informal sobre aspectos da doença que as preocupavam, sempre que considerámos tal adequado e necessário, quer em relação à escola quer em relação ao exercício físico integrado no programa escolar ou extra escolar.

Desta primeira fase resultou a construção de uma escala composta por quarenta e oito itens. Submetemos esta à crítica e orientação de um docente especialista na matéria e, após trabalho conjunto, foi construída uma escala de quarenta e quatro itens, incluindo quarenta afirmações e quatro questões de resposta múltipla.

Fizemos acompanhar a escala de uma nota explicativa, na primeira folha, contendo as instruções de preenchimento onde era pedido aos sujeitos, relativamente a cada item, que manifestassem a sua opinião tendo em consideração uma escala gradativa de quatro pontos:

1. Concordo totalmente
2. Concordo
3. Discordo
4. Discordo totalmente

Após a construção da escala esta foi submetida a pré-teste, juntamente com o questionário, num número reduzido de amostra, seis mães de crianças asmáticas, com o fim de detectar se todas as questões e itens da escala e questionário eram devidamente percebidos ou se haveria rejeição de alguns deles.

Não tendo surgido qualquer dificuldade sugestiva de correcção ou alteração, construímos a versão definitiva da escala que foi aplicada à amostra total; o conjunto de instrumentos de recolha de dados constituído pela escala e questionário apresentava uma folha de rosto contendo informação sobre a natureza do estudo e algumas informações consideradas úteis à participação dos sujeitos, assim como um agradecimento prévio.

1.4.2 – Distribuição de conteúdos temáticos dentro da escala

De acordo com os objectivos deste estudo, os itens da escala de atitudes das mães podem agrupar-se em duas áreas de conteúdo temático:

- O absentismo escolar;
- A prática de exercício físico/ actividades desportivas.

Dentro deste último grupo especificamos dois subgrupos de actividades que são as mais praticadas e comuns à grande maioria das crianças da amostra:

- ▶ a educação física;
- ▶ a natação.

Um terceiro subgrupo envolve todas as *outras práticas de actividade física*.

1.4.2.1 – Absentismo escolar

Os itens um a dezanove (1 a 19) da escala são direccionados para a recolha de dados sobre o absentismo escolar das crianças da amostra.

Os itens um a dezasseis (1 a 16) permitem a expressão de atitudes materno / parentais face à escola envolvendo:

- ▶ informação sobre a doença, ou ausência dela e como comportar-se face aos sintomas da doença: itens 1, 2, 5, 6, 7;
- ▶ medos face à escola em si mesma enquanto tempo e espaço de separação da “zona” de protecção materno / parental: itens 3, 4, 10;
- ▶ receios de que a doença interfira com o rendimento escolar: itens 8 e 9;
- ▶ preocupações com a toma de medicamentos na escola: itens 11 e 12;

- ▶ uma eventual rejeição da escola devido a dificuldades de integração: itens 13 e 14;
- ▶ absentismo obrigatório para as consultas de asma: item 15;
- ▶ o item 16, testando a atitude dos pais face a sintomas concretos, permite também quantificar dados sobre faltas à escola.;
- ▶ os itens 17, 18 e 19 permitem quantificar o absentismo escolar concreto das crianças da amostra no último ano lectivo.

1.4.2.2 – Prática de exercício físico / actividades desportivas

Os itens vinte a quarenta e quatro (20 a 44) da escala são direccionados para a recolha de informação sobre as atitudes das mães acerca da prática de exercício físico e actividades desportivas das suas crianças na escola.

Os itens 20 e 21 englobam duas questões destinadas a recolher informações concretas sobre quantos sujeitos (crianças) tiveram a disciplina de educação física na escola no último ano lectivo (item 20) e quantos, nesse mesmo espaço de tempo, praticaram natação ou outras actividades desportivas (item 21).

Os itens vinte e dois a vinte e nove (22 a 29) permitem a expressão de actividades das mães face à disciplina de educação física;

Os itens trinta a trinta e seis (30 a 36) permitem a expressão de atitudes das mães face à natação;

Os itens trinta e sete a quarenta e quatro (37 a 44) exprimem as atitudes das mães face a outras formas de exercício físico.

1.4.3. – Estrutura do questionário

Construímos um pequeno questionário que foi passado às mães juntamente com a escala e que teve a finalidade de recolher a informação sobre 2 aspectos essenciais à concretização dos objectivos deste estudo:

- Caracterização da amostra das mães e das suas crianças;
- Grau de severidade da asma de acordo com a percepção das mães e da informação médica de que dispunham permitindo-nos, ao mesmo tempo, pelos sintomas e frequência das crises, confirmar em que categoria de gravidade se situavam as crianças.

Preferimos o questionário à entrevista por razões de viabilidade prática, parecendo-nos esta forma menos morosa e menos dispendiosa e sendo, ao mesmo tempo, a que permite uma mais fácil análise da informação recolhida.

Tem, além disso, uma mais fácil aceitação das mães por acharem que, desta forma, não se “expõem” tanto quanto poderiam expor-se na entrevista e gastam menos tempo, estando assim nas suas mãos o controle da situação.

Este processo de recolha de informação é também considerado por Ghigliione e Matalon (1993) como fundamental no levantamento de informações suficientemente sólidas em relação a tudo o que possa conduzir à inventariação mais ou menos estruturada de atitudes, representações, comportamentos e motivações.

Procurámos, tanto no questionário como na escala, utilizar uma linguagem clara e desprovida de aspectos ambíguos.

A terminologia usada, em termos de sintomatologia ou de terapêutica, teve em consideração, em ambos os instrumentos, as linguagens do domínio familiar das

mães das crianças asmáticas, adquiridas e treinadas nas suas vivência de contacto frequente ou permanente quer com a doença em si quer com os profissionais de saúde nessa área. Fugimos, intencionalmente à utilização desnecessária de termos excessivamente técnicos.

Nenhuma mãe se queixou ou deu mostras de não entender qualquer questão ou conceito.

1.5 – Considerações gerais e método estatístico utilizado.

Este estudo é de natureza exploratória e de carácter descritivo dados os objectivos que nortearam o nosso trabalho.

Assim, o tipo de análise estatística que melhor servia os nossos objectivos era a estatística descritivo/dedutiva e foi esse o método que utilizámos.

Os dados foram tratados no programa SPSS. (Statistical Package for the Social Sciences)

Foram calculadas as medidas de localização ou de tendência central e de dispersão, bem como as frequências absolutas e percentuais que serão expressas através de tabelas e da representação de gráficos sempre que isso se revele necessário a uma boa leitura e a uma melhor compreensão dos resultados.

Foram feitos alguns cruzamentos de dados para determinar com maior precisão a influência que o grau de severidade da asma das crianças exerceu relativamente às questões e objectivos do estudo

Na apresentação dos resultados teremos em conta as linhas de informação obtidas através dos instrumentos que utilizámos.

PARTE III

**APRESENTAÇÃO, ANÁLISE, DISCUSSÃO DOS
RESULTADOS E CONCLUSÕES GERAIS DO ESTUDO**

Capítulo 1

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1.1 – Resultados relativos à caracterização das mães da amostra por idades e por habilitações escolares.

Começaremos por apresentar os resultados obtidos através do questionário para a caracterização das mães da amostra e suas crianças asmáticas e para a identificação do grau de severidade da asma.

No quadro 1 e na figura 1 podemos ver a caracterização das mães por idades e por habilitações escolares. Os quadros 2 e 3 e a figura 2 mostram-nos as idades das crianças da amostra e a sua distribuição por níveis de escolaridade.

Quadro 1 - Caracterização das mães por idades

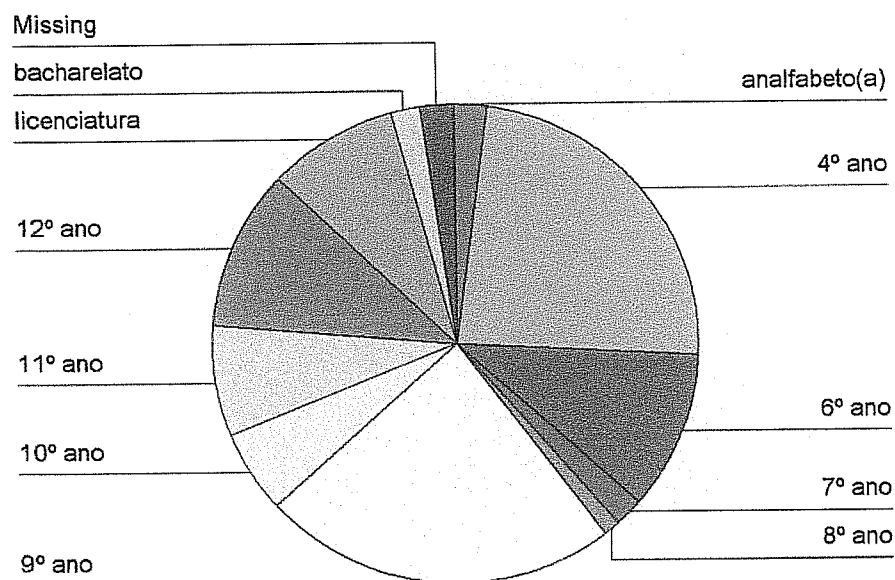
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid 29	4	4.3	4.3	4.3
30	3	3.2	3.2	7.5
31	4	4.3	4.3	11.8
32	4	4.3	4.3	16.1
33	10	10.8	10.8	26.9
34	6	6.5	6.5	33.3
35	7	7.5	7.5	40.9
36	7	7.5	7.5	48.4
37	8	8.6	8.6	57.0
38	7	7.5	7.5	64.5
39	7	7.5	7.5	72.0
40	5	5.4	5.4	77.4
41	8	8.6	8.6	86.0
42	1	1.1	1.1	87.1
43	3	3.2	3.2	90.3
44	1	1.1	1.1	91.4
46	1	1.1	1.1	92.5
47	1	1.1	1.1	93.5
48	2	2.2	2.2	95.7
49	1	1.1	1.1	96.8
52	1	1.1	1.1	97.8
54	1	1.1	1.1	98.9
58	1	1.1	1.1	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		37.30
Median		37.00
Mode		33
Std. Deviation		5.52
Minimum		29
Maximum		58

As idades das mães da amostra variam entre os 29 e os 58 anos.

A média das idades das mães é de 37.30 anos sendo 33 anos a idade mais representada

Figura 1 - Caracterização das mães da amostra por habilitações escolares.



De acordo com a leitura da figura 1, as habilitações escolares das mães vão do 4º ano de escolaridade à licenciatura, havendo dois sujeitos analfabetos.

Verifica-se ainda que as habilitações escolares mais representadas são o 9º ano e o 4º ano de escolaridade.

1.2. – Resultados relativos à caracterização das crianças da amostra por idades e níveis de escolaridade.

Quadro 2 - Idades das crianças da amostra

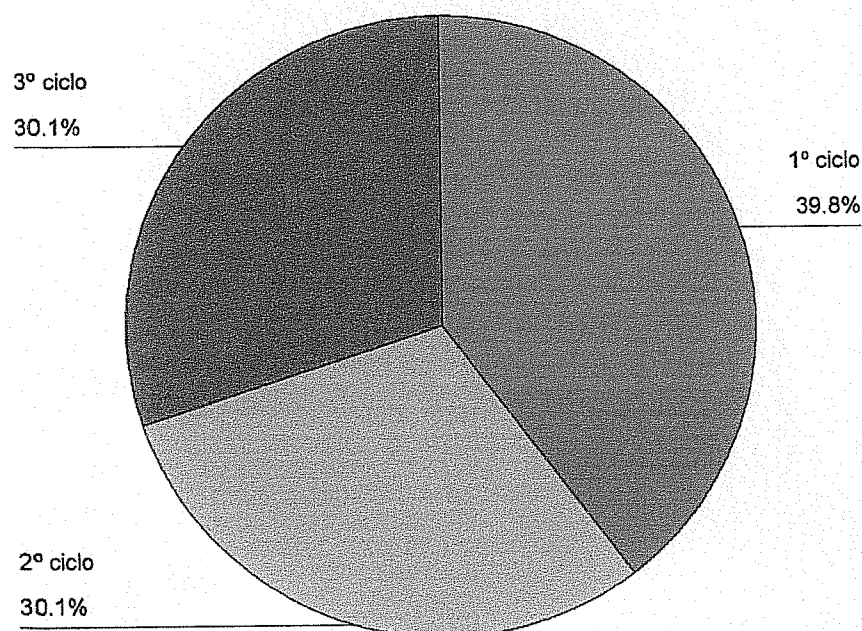
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid 6	9	9.7	9.7	9.7
7	4	4.3	4.3	14.0
8	6	6.5	6.5	20.4
9	18	19.4	19.4	39.8
10	13	14.0	14.0	53.8
11	11	11.8	11.8	65.6
12	10	10.8	10.8	76.3
13	22	23.7	23.7	100.0
Total	93	100.0	100.0	

Da leitura do quadro dois verifica-se que as idades das crianças da amostra variam entre os 6 e os 13 anos, sendo os 13 anos e os 9 as idades mais representadas.

Quadro 3 - Nível de escolaridade das crianças da amostra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1º ciclo	37	39.8	39.8	39.8
	2º ciclo	28	30.1	30.1	69.9
	3º ciclo	28	30.1	30.1	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

Figura 2 - Distribuição das crianças por ciclos



A figura 2 revela que a maior percentagem das crianças da amostra (39%) situa-se no 1º ciclo do ensino básico; em percentagens iguais entre si (30.1%) distribuem-se o resto das crianças pelos 2º e 3º ciclos

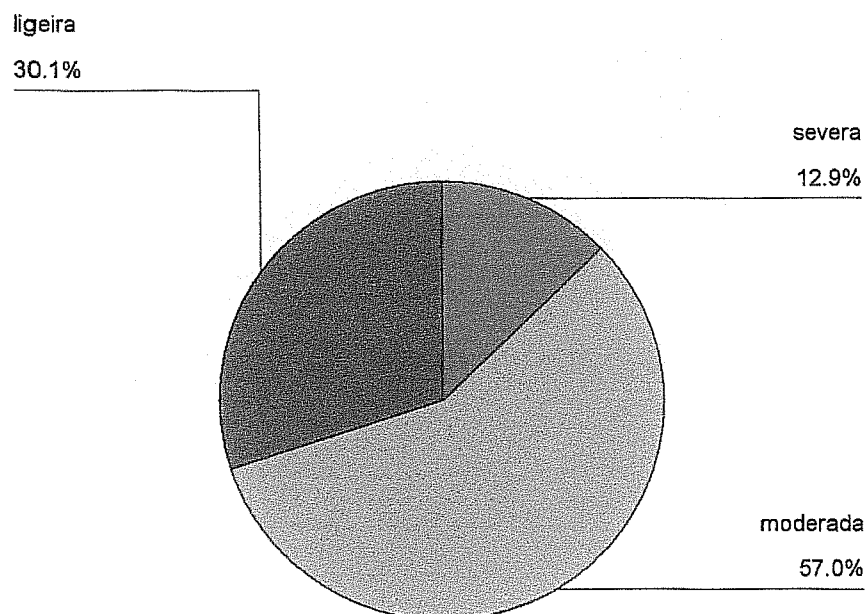
1.3. – Resultados relativos à identificação do grau de severidade da asma nas crianças da amostra

Quadro 4 - Identificação do grau de severidade da asma das crianças da amostra

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid severa	12	12.9	12.9	12.9
moderada	53	57.0	57.0	69.9
ligeira	28	30.1	30.1	100.0
Total	93	100.0	100.0	

Percentagens da asma moderada (57%); ligeira (30.1%); severa (12.9%), nas crianças da amostra.

Figura 3 - Distribuição das crianças da amostra de acordo com o grau de severidade da asma



A maior parte das crianças da amostra tinham asma moderada.

1.4. – Resultados obtidos através da escala de atitudes

De acordo com a descrição que fizemos na apresentação dos *instrumentos de recolha de dados* e seguindo de perto os aspectos metodológicos da divisão temática dentro da escala de atitudes por nós utilizada, apresentaremos os resultados obtidos em consonância com as respostas para cada item em particular e / ou dentro do grupo temático que lhe corresponde.

Deste modo para cada item será apresentada a respectiva tabela de frequências que nos permite verificar os níveis de concordância e / ou discordância, assim como o cálculo estatístico dos valores da média, mediana, moda e desvio padrão.

1.4.1. – Resultados da escala referentes ao absentismo escolar

(Itens 1 a 16)

Tabela 1

Distribuição das respostas ao item

“O meu (minha) filho(a) vai à escola mesmo que esteja com sintomas de asma”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	7	7.5	7.5	7.5
concordo	53	57.0	57.0	64.5
discordo	24	25.8	25.8	90.3
discordo totalmente	9	9.7	9.7	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		2.38
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.76
Minimum		1
Maximum		4

Verifica-se que a resposta mais frequente foi de concordância. As mães concordaram com este item em 64.5% contra 35.5% de discordância.

Uma vez que a questão as confronta com os sintoma de asma de uma forma genérica sobrepõem-se a uma atitude positiva face à escola.

Tabela 2

Distribuição das respostas ao item

“As crianças asmáticas só devem ir à escola quando não apresentam quaisquer sintomas de asma”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	17	18.3	18.3	18.3
concordo	22	23.7	23.7	41.9
discordo	44	47.3	47.3	89.2
discordo totalmente	10	10.8	10.8	100.0
Total	93	100.0	100.0	

As mães expressaram relativamente a esta questão uma discordância de 58.1% contra 41.9% de concordância o que evidencia uma coerência com a resposta ao item anterior visto que os dois itens apresentam entre si algum antagonismo relativamente à atitude de levar o filho à escola quando confrontadas com uma situação de sintomas genéricos. Contudo o grau de concordância é também bastante elevado, o que pode revelar uma grande hesitação entre mandar ou não a criança à escola.

Tabela 3

Distribuição das respostas ao item

“ Só deveria ir à escola quem quer ”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	2	2.2	2.2	2.2
concordo	4	4.3	4.3	6.5
discordo	27	29.0	29.0	35.5
discordo totalmente	60	64.5	64.5	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		3.56
Median		4.00
Mode		4
Std. Deviation		.68
Minimum		1
Maximum		4

Verifica-se uma discordância fortíssima, 93.5% para 6.5% de concordância.

Embora se tenha verificado relativamente a este item uma atitude de rejeição do conceito, já por nós esperada, evidenciando uma atitude favorável à frequência escolar de todas as crianças, a verdade é que, ao passarmos o pré-teste, das 6 mães inquiridas, 2 afirmaram a sua concordância ao item, razão porque decidimos mantê-lo na escala.

Tabela 4

Distribuição das respostas ao item

“As crianças asmáticas não deveriam ser obrigadas a ir á escola”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	4	4.3	4.3	4.3
concordo	4	4.3	4.3	8.6
discordo	26	28.0	28.0	36.6
discordo totalmente	59	63.4	63.4	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		3.51
Median		4.00
Mode		4
Std. Deviation		.77
Minimum		1
Maximum		4

Verificou-se uma discordância forte a este item, 91.4% contra 8.6% de concordância. Em coerência absoluta com o item anterior as mães, quando confrontadas de forma genérica com os sintomas, revelam uma atitude favorável face à escolaridade das suas crianças asmáticas.

Tabela 5

Distribuição das respostas ao item

“O(A) meu(minha) filho(a) falta à escola quando está com algum destes sintomas: tosse, “pieira”, “farfalheira”.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	concordo totalmente	14	15.1	15.2	15.2
	concordo	22	23.7	23.9	39.1
	discordo	51	54.8	55.4	94.6
	discordo totalmente	5	5.4	5.4	100.0
	Total	92	98.9	100.0	
Missing	System	1	1.1		
Total		93	100.0		

N	Valid	92
	Missing	1
Mean		2.51
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.82
Minimum		1
Maximum		4

Registrou-se um nível de discordância de 62% contra 39.1% de concordância. No entanto estamos em presença de uma discordância moderada; como podemos verificar, o valor modal representado é 3: *discordo*.

Tabela 6

Distribuição das respostas ao item

*“Não mando(a) meu(minha) filho(a) à escola sempre que, de manhã, está com
“falta de ar”.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	24	25.8	25.8	25.8
concordo	38	40.9	40.9	66.7
discordo	29	31.2	31.2	97.8
discordo totalmente	2	2.2	2.2	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		2.10
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.81
Minimum		1
Maximum		4

Confrontadas com a decisão de mandar os filhos asmáticos à escola em presença de um sintoma preocupante, a falta de ar, as mães da amostra concordam, em maioria (66.7%), que não mandam as crianças à escola quando estas estão com falta de ar:

Tabela 7

Distribuição das respostas ao item

“Acho, que quando o (a) meu (minha) filho(a) tem uma crise de asma durante a noite não deverá ir à escola no dia seguinte”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	17	18.3	18.3	18.3
concordo	30	32.3	32.3	50.5
discordo	45	48.4	48.4	98.9
discordo totalmente	1	1.1	1.1	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		2.32
Median		2.00
Mode		3
Std. Deviation		.78
Minimum		1
Maximum		4

Relativamente a este item verificou-se uma concordância de 50.5% contra uma discordância de 49.5%.

Tabela 8

Distribuição das respostas ao item

“Penso que o rendimento escolar do meu filho poderá ser prejudicado por causa das faltas”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	36	38.7	38.7	38.7
concordo	37	39.8	39.8	78.5
discordo	17	18.3	18.3	96.8
discordo totalmente	3	3.2	3.2	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		1.86
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.83
Minimum		1
Maximum		4

As mães da amostra exprimiram uma concordância ao item de 78.5, revelando receios de que as faltas da sua criança asmática possam repercutir-se no aproveitamento escolar.

Tabela 9

Distribuição das respostas ao item

“No último ano lectivo o(a) meu(minha) filho(a) foi prejudicado nos resultados escolares”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	7	7.5	7.6	7.6
concordo	20	21.5	21.7	29.3
discordo	41	44.1	44.6	73.9
discordo totalmente	24	25.8	26.1	100.0
Total	92	98.9	100.0	
Missing System	1	1.1		
Total	93	100.0		

N	Valid	92
	Missing	1
Mean		2.89
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.88
Minimum		1
Maximum		4

Verificou-se uma discordância de 69.9%; 29.3% das mães acharam que os seus filhos asmáticos haviam sido prejudicados nos resultados escolares durante o último ano lectivo devido a faltas dadas à escola.

Tabela 10

Distribuição das respostas ao item

“Tenho medo que o(a) meu(minha) filho(a) tenha uma crise na escola”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	27	29.0	29.3	29.3
concordo	44	47.3	47.8	77.2
discordo	17	18.3	18.5	95.7
discordo totalmente	4	4.3	4.3	100.0
Total	92	98.9	100.0	
Missing System	1	1.1		
Total	93	100.0		

N	Valid	92
	Missing	1
Mean		1.98
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.81
Minimum		1
Maximum		4

Verificou-se uma elevada concordância ao item: 77.2% das mães concordaram que têm medo de que a sua criança tenha um crise de asma na escola.

Tabela 11

Distribuição das respostas ao item

“Não mando o(a) meu(minha) filho(a) à escola quando tem de tomar medicamentos porque lá ninguém lhos dá de forma correcta”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid concordo totalmente	5	5.4	5.4	5.4
concordo	15	16.1	16.1	21.5
discordo	56	60.2	60.2	81.7
discordo totalmente	17	18.3	18.3	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		2.91
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.75
Minimum		1
Maximum		4

Verificou-se uma discordância de 78.5%. Só 21.5% das mães concordaram que não mandam o filho à escola devido aos receios relativos à toma da medicação na escola.

Tabela 12

Distribuição das respostas ao item

Digo sempre ao(à) meu(minha) filho(a) para levar a "bomba" para a escola.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	concordo totalmente	22	23.7	24.4	24.4
	concordo	31	33.3	34.4	58.9
	discordo	32	34.4	35.6	94.4
	discordo totalmente	5	5.4	5.6	100.0
	Total	90	96.8	100.0	
Missing	System	3	3.2		
Total		93	100.0		

N	Valid	90
	Missing	3
Mean		2.22
Median		2.00
Mode		3
Std. Deviation		.88
Minimum		1
Maximum		4

Verificou-se uma concordância moderada ao item: 58.8%; discordaram 41.2% das mães.

Tabela 13

Distribuição das respostas ao item

O(a) meu(minha) filho(a) falta às vezes à escola porque não gosta dos colegas no recreio.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	1	1.1	1.1	1.1
concordo	1	1.1	1.1	2.2
discordo	26	28.0	28.0	30.1
discordo totalmente	65	69.9	69.9	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		3.67
Median		4.00
Mode		4
Std. Deviation		.56
Minimum		1
Maximum		4

A discordância das mães ao item foi quase total: 97.9%.

Tabela 14

Distribuição das respostas ao item

“O(a) meu(minha) filho(a) falta às vezes à escola porque não tem lá amigos para brincar”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo	1	1.1	1.1	1.1
discordo	27	29.0	29.0	30.1
discordo totalmente	65	69.9	69.9	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		3.69
Median		4.00
Mode		4
Std. Deviation		.49
Minimum		2
Maximum		4

Tal como no item anterior verificou-se uma discordância muito forte: 98.9%

Tabela 15

Distribuição das respostas ao item

“No último ano lectivo o(a) meu(minha) filho(a) só faltou à escola para ir às consultas”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	36	38.7	38.7	38.7
concordo	29	31.2	31.2	69.9
discordo	22	23.7	23.7	93.5
discordo totalmente	6	6.5	6.5	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		1.98
Median		2.00
Mode		1
Std. Deviation		.94
Minimum		1
Maximum		4

Relativamente a este item concordaram cerca de 70% das mães.

Tabela 16

Distribuição das respostas ao item

“Quando o(a) seu(sua) filho(a) está com sintomas de asma ou tem uma crise ele(ela) falta à escola”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid não	17	18.3	18.3	18.3
sim, 1 dia	44	47.3	47.3	65.6
sim, 2 dias	25	26.9	26.9	92.5
sim, 3 a 5 dias	7	7.5	7.5	100.0
Total	93	100.0	100.0	

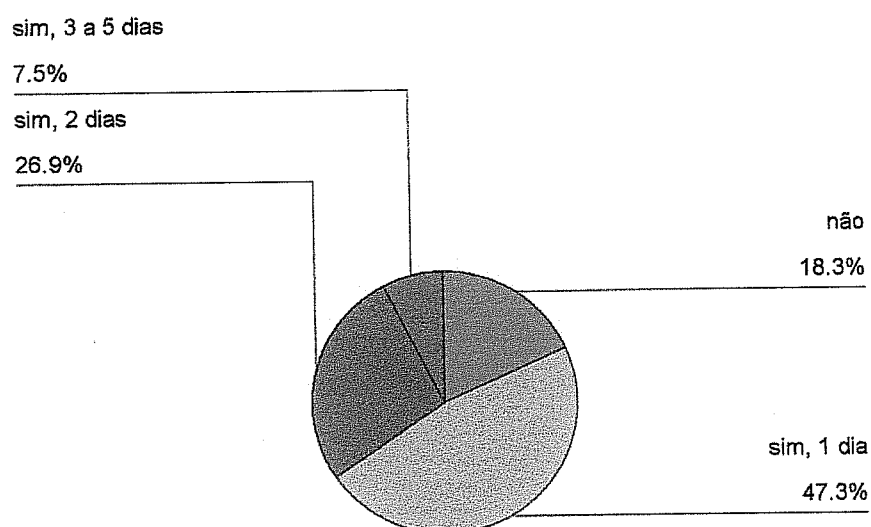
N	Valid	93
	Missing	0
Mean		1.24
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.84
Minimum		0
Maximum		3

As mães da amostra exprimem uma concordância elevada ao item: 77.7%.

Apenas 18.3% das mães responderam que os seus filhos asmáticos não faltam à escola quando estão com sintomas ou perante um crise de asma

A figura 4 permite uma melhor interpretação das respostas maternas concordantes com o absentismo escolar das crianças asmáticas, em termos percentuais.

Figura 4 - Distribuição percentual das respostas das mães ao item 16



Na opinião de 77.7 % das mães, quando os seus filhos asmáticos estão “ com sintomas de asma ou têm uma crise, eles faltam à escola”:

pelo menos 1 dia – segundo 47.3% das mães;

2 dias – segundo 26.9% das mães;

entre 3 a 5 dias – segundo 7.5% das mães

Responderam que não faltam 18.3% das mães

1.4.2. - Resultados sobre o absentismo escolar concreto das crianças da amostra no último ano lectivo

(Itens 17, 18 e 19)

Tabela 17

Distribuição das respostas ao item

“No último ano lectivo o(a) meu(minha) filho(a) faltou à escola por causa da asma”

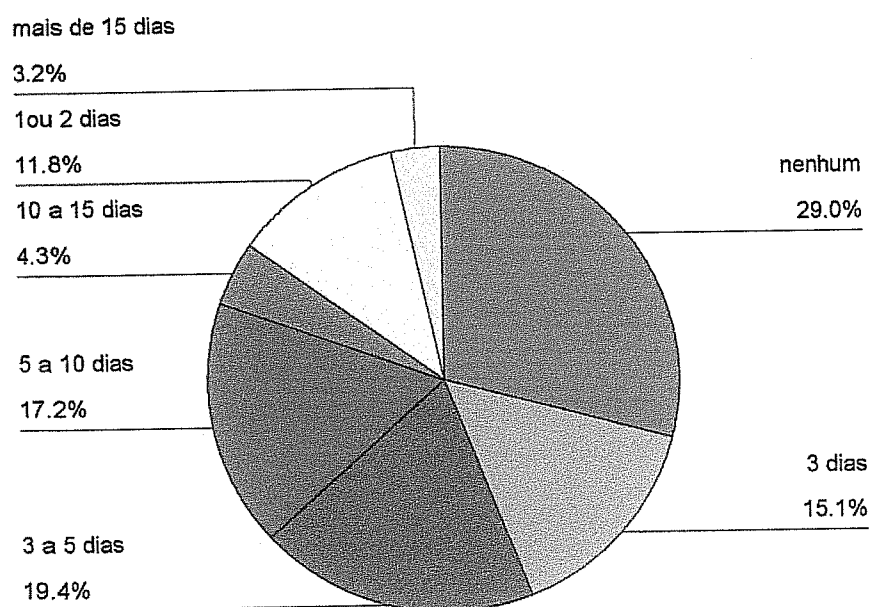
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid nenhum	27	29.0	29.0	29.0
3 dias	14	15.1	15.1	44.1
3 a 5 dias	18	19.4	19.4	63.4
5 a 10 dias	16	17.2	17.2	80.6
10 a 15 dias	4	4.3	4.3	84.9
1ou 2 dias	11	11.8	11.8	96.8
mais de 15 dias	3	3.2	3.2	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		2.01
Median		2.00
Mode		0
Std. Deviation		1.81
Minimum		0
Maximum		6

Procurou-se neste item determinar quantos dias faltaram à escola as crianças da amostra, devido aos sintomas e crises de asma, no último ano lectivo.

De acordo com as respostas concordantes das mães ao item, 71% das crianças da amostra faltaram à escola no ano lectivo 2000/2001 por causa da asma, sintomas ou crises, nas percentagens que podemos observar na figura 5.

Figura 5 - Distribuição percentual das respostas das mães ao item 17



Apenas 29% das mães afirmam que os seus filhos não faltaram à escola devido aos sintomas e crises de asma.

A maioria das crianças faltou entre dois e dez dias por este motivo.

Tabela 18

Distribuição das respostas ao item

“No último ano lectivo quantos dias no total faltou o(a) seu(sua) filho(a) à escola só para ir às consultas”

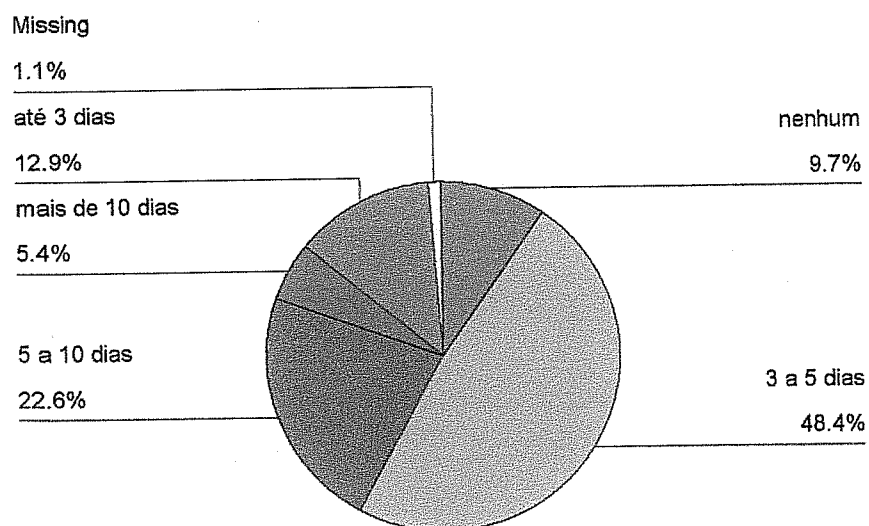
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhum	9	9.7	9.8	9.8
	3 a 5 dias	45	48.4	48.9	58.7
	5 a 10 dias	21	22.6	22.8	81.5
	mais de 10 dias	5	5.4	5.4	87.0
	até 3 dias	12	12.9	13.0	100.0
	Total	92	98.9	100.0	
Missing	System	1	1.1		
Total		93	100.0		

N	Valid	92
	Missing	1
Mean		1.63
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		1.16
Minimum		0
Maximum		4

Na opinião das mães, a quase totalidade das crianças da amostra, 89.3 %, faltou à escola no último ano lectivo para ir às consultas sendo a maior frequência de faltas entre 3 e 10 dias.

Podemos observar na figura 6 a distribuição percentual dessas faltas.

Figura 6 - Distribuição percentual das respostas das mães ao item 18



Apenas 9.7% das mães responderam que os seus filhos não tinham faltado à escola nenhum dia por causa das consultas.

Tabela 19

Distribuição das respostas ao item

“O seu (sua) filho(a) esteve hospitalizado alguma vez durante o último ano lectivo”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid não	87	93.5	93.5	93.5
sim, 3 a 5 dias	3	3.2	3.2	96.8
sim, 5 a 10 dias	2	2.2	2.2	98.9
sim menos que 3 dias	1	1.1	1.1	100.0
Total	93	100.0	100.0	

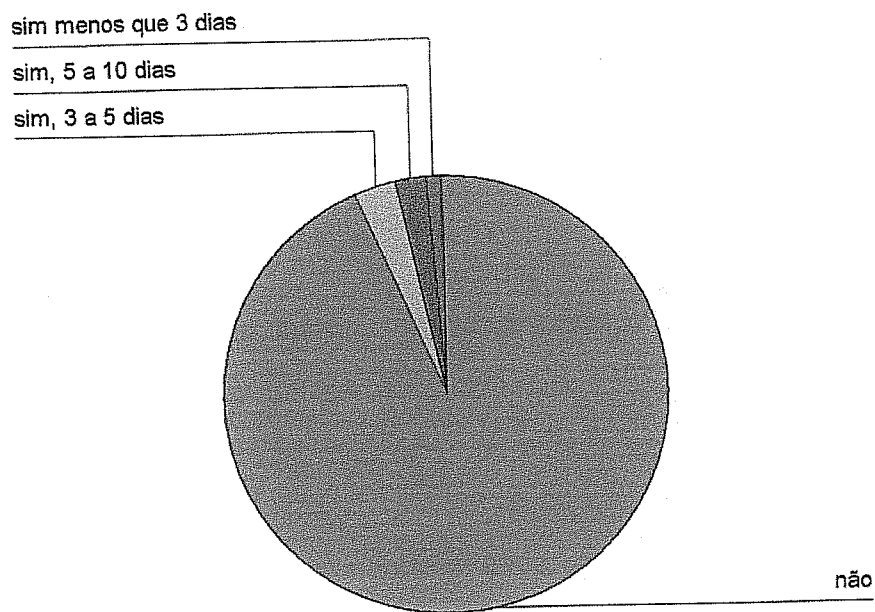
N	Valid	93
	Missing	0
Mean		.12
Median		.00
Mode		0
Std. Deviation		.53
Minimum		0
Maximum		4

0 = não
1 = sim

Como podemos verificar 93.5% das crianças da amostra não estiveram internadas durante o ultimo ano lectivo; apenas 6.5% estiveram hospitalizadas, de acordo com as respostas das mães.

Observando a figura 7 podemos ver a distribuição dos dias de hospitalização das crianças.

Figura 7 - Distribuição das respostas das mães ao item 19



Como podemos observar na figura, a quase totalidade das crianças asmáticas da amostra não estiveram internadas durante o último ano lectivo.

1.4.3. – Resultados da distribuição das faltas devidas a sintomas e

1.4.3. – Resultados da distribuição das faltas devidas a sintomas e crises de asma e das faltas devidas a consultas, de acordo com o grau de severidade da asma das crianças

Dada a relevância das duas primeiras causas encontradas para o absentismo escolar das crianças asmáticas, isto é, as faltas por sintomas e crises de asma e as faltas para consultas, pareceu-nos importante verificar o modo como as faltas se distribuem tanto num como noutro caso de acordo com o grau de severidade da asma, ou se seria possível encontrar uma relação entre os níveis de absentismo e o grau de severidade da asma das crianças.

No **quadro 5** podemos observar os resultados do cruzamento das *faltas devidas a sintomas e crises de asma* com o grau de severidade da doença nas crianças da amostra.

Quadro 5 – Relação entre as faltas por sintomas e crises de asma e o grau de severidade da doença.

Crosstab

Count

		A asma da sua criança é:			Total
		severa	moderada	ligeira	
No último ano lectivo o(a) meu(minha) filho(a) faltou à escola por causa da asma.	nenhum		12	15	27
	3 dias	1	9	4	14
	3 a 5 dias	3	9	6	18
	5 a 10 dias	5	11		16
	10 a 15 dias	1	3		4
	1 ou 2 dias	1	7	3	11
	mais de 15 dias	1	2		3
Total		12	53	28	93

Da leitura do quadro pode inferir-se que das crianças que faltaram à escola no ano lectivo de 2000 / 2001 (71%), por sintomas e crises de asma:

Faltaram de 3 a 5 dias, 3 crianças com asma severa para 9 de asma moderada e 6 de asma ligeira;

Faltaram de 5 a 10 dias, 5 crianças de asma severa para 11 de asma moderada e nenhuma de asma ligeira;

Faltaram mais de 15 dias, 1 criança com asma severa, 1 criança com asma moderada e nenhuma com asma ligeira.

O **quadro 6** permite-nos observar o cruzamento dos resultados das *faltas para consultas* com o grau de severidade de asma das crianças.

Quadro 6 - Relação entre as faltas para consultas e o grau de severidade da asma das crianças

Crosstab

Count

		A asma da sua criança é:			Total
		severa	moderada	ligeira	
No último ano lectivo	nenhum	2	5	2	9
quantos dias no total	3 a 5 dias	4	28	13	45
faltou o(a) seu(sua)	5 a 10 dias	4	11	6	21
filho(a) à escola só	mais de 10 dias	1	4		5
para ir às consultas.	até 3 dias		5	7	12
Total		11	53	28	92

Como podemos observar, das 89.3% de crianças que faltaram à escola no lectivo de 2000 / 2001 para consultas :

Faltaram de 3 a 5 dias, 4 crianças de asma severa para 28 de asma moderada e 13 de asma ligeira;

Faltaram de 5 a 10 dias, 4 crianças de asma severa para 11 de asma moderada e 6 de asma ligeira;

Faltou mais de 10 dias, uma criança de asma severa para 4 de asma moderada e nenhuma de asma ligeira.

Os resultados a que chegámos no nosso estudo relativamente às causas de absentismo escolar das crianças asmáticas estão de acordo com as causas já apontadas por Mário Cordeiro (1993) o qual defende, como vimos, 3 razões para o absentismo destas crianças: crises de asma, consultas médicas e hospitalizações.

O nosso estudo confirmou a importância das duas primeiras causas, não tendo expressão, na nossa amostra, a terceira causa de absentismo defendida por Mário Cordeiro.

1.4.4. - Resultados referentes à prática de exercício físico e actividades desportivas.

Através dos itens 20 e 21 procurámos determinar os níveis concretos da prática de exercício físico e actividades desportivas das crianças da nossa amostra durante o ano lectivo de 2000 / 2001.

1.4.4.1. - Educação física e sua distribuição por ciclos de escolaridade

Tabela 20

Distribuição das respostas ao item

No último ano lectivo o(a) seu(sua) filho(a) teve educação física na escola

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid não	8	8.6	8.6	8.6
sim	85	91.4	91.4	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		.91
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.28
Minimum		0
Maximum		1

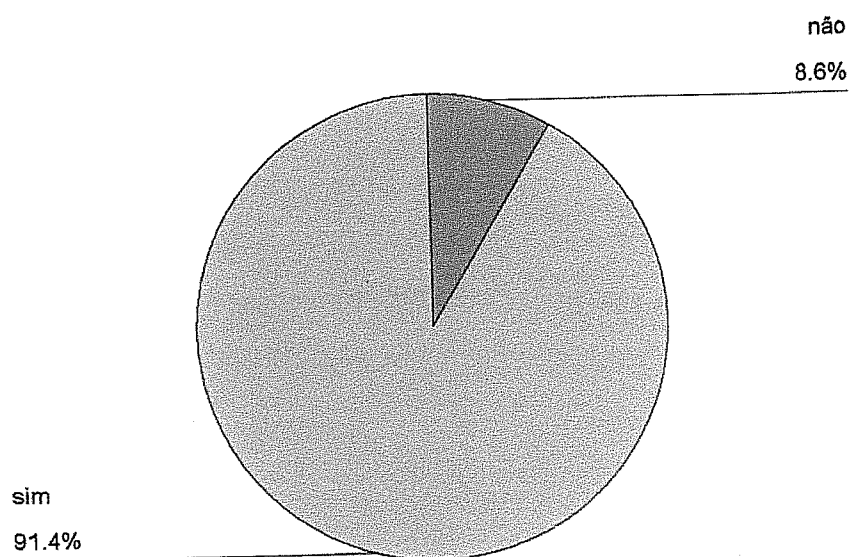
0 = não
1 = sim

De acordo com as respostas das mães, 91.4% das crianças da amostra tiveram a disciplina de educação física na escola, no último ano lectivo.

Apenas 8.6% das crianças não tiveram a disciplina.

A **figura 8** permite-nos uma fácil leitura do resultados obtidos através das respostas ao item 20

Figura 8 – Expressão percentual da prática da disciplina de Educação Física.



Quase todas as crianças da amostra, 91.4%, tiveram a disciplina de educação física na escola no último ano lectivo.

Sabendo nós que 37 das 93 crianças da amostra pertencem ao primeiro ciclo do ensino básico, em cujo currículo a disciplina não é obrigatória, achámos interessante verificar quantas crianças por ciclo praticaram a disciplina de educação física, o que fizemos através dos cruzamentos expostos no quadro 7:

Quadro 7 – Distribuição da disciplina de educação física por ciclos de escolaridade

Crosstab

Count

		Nível de escolaridade da criança			Total
		1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	
No último ano lectivo o(a) seu(sua) filho(a) teve educação física na escola?	não	6	1	1	8
	sim	31	27	27	85
Total		37	28	28	93

- Das 37 crianças do 1º ciclo 31, ou seja 83.78%, tiveram a disciplina de educação física; apenas 6 não tiveram;
- Das 28 crianças do 2º ciclo 27, ou seja 96.43%, tiveram a disciplina de educação física;
- Das 28 crianças do 3º ciclo 27, ou seja 96.43%, tiveram a disciplina de educação física;

1.4.4.2. - *Prática de natação e outras actividades desportivas e sua distribuição por ciclos*

Tabela 21

Distribuição das respostas ao item

“E outras actividades desportivas”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	32	34.4	34.4	34.4
sim-futebol	16	17.2	17.2	51.6
sim-natação	30	32.3	32.3	83.9
sim-ginástica	11	11.8	11.8	95.7
sim-artes marciais	4	4.3	4.3	100.0
Total	93	100.0	100.0	

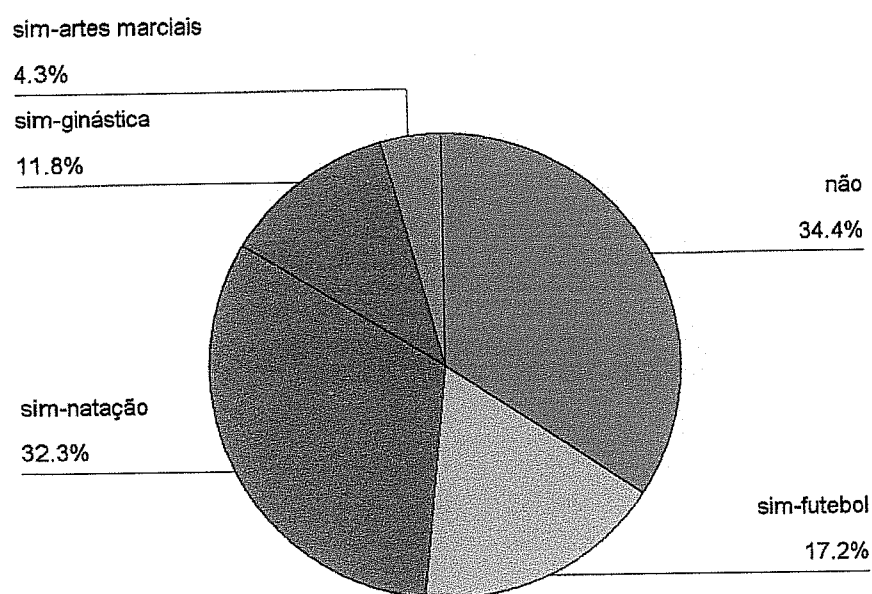
N	Valid	93
	Missing	0
Mean		1.43
Median		1.00
Mode		0
Std. Deviation		1.43
Minimum		0
Maximum		6

De acordo com as respostas das suas mães, 65.6% das crianças praticaram *outras formas de exercício físico e actividades desportivas* durante o ano lectivo de 2000 / 2001.

Não praticaram outras actividades desportivas, para além da disciplina de educação física, 34.4%.

Podemos ver através da figura 9 como se distribuíram essas práticas.

Figura 9 – Imagens percentuais da prática da natação e outras actividades desportivas no último ano lectivo



- 32.3% das crianças da amostra praticaram natação;
- 17.2% praticaram futebol;
- 11.8% praticaram “ginástica” (inclui ballet, dança e ginásticas não específicas);
- 4.3% praticaram artes marciais (karaté e judo).
- 34.4% das crianças não praticaram, segundo as mães, outras actividades desportivas para além da disciplina de educação física.

A natação é, como pode ver-se, a actividade desportiva mais praticada pelas crianças asmáticas.

Dado o quadro da evolução da asma infantil e as suas características, achámos que se revestia de interesse procurar conhecer também a distribuição do exercício físico e da prática destas actividades pelas crianças dos três ciclos; foi o que fizemos através dos cruzamentos que constam do quadro 8.

Quadro 8 – Distribuição da prática da natação e das outras actividades desportivas pelos ciclos de escolaridade

Crosstab

Count

		Nível de escolaridade da criança			Total
		1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	
E outras actividades desportivas?	não	15	8	9	32
	sim-futebol	4	8	4	16
	sim-natação	12	7	11	30
	sim-ginástica	4	4	3	11
	sim-artes marciais	2	1	1	4
Total		37	28	28	93

A leitura deste quadro mostra que:

- a prática de “exercício físico e outras actividades desportivas” se distribui de uma forma equilibrada e proporcional pelos três ciclos;
- a natação é a modalidade mais praticada no total da amostra.

Tabela 22

Distribuição das respostas ao item

“As crianças asmáticas não devem ter educação física”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	1	1.1	1.1	1.1
concordo	8	8.6	8.7	9.8
discordo	41	44.1	44.6	54.3
discordo totalmente	42	45.2	45.7	100.0
Total	92	98.9	100.0	
Missing System	1	1.1		
Total	93	100.0		

N	Valid	92
	Missing	1
Mean		3.35
Median		3.00
Mode		4
Std. Deviation		.69
Minimum		1
Maximum		4

A resposta mais dada foi: *discordo totalmente*.

Verificou-se uma discordância muito forte relativamente à afirmação contida neste item: 89.3% das mães discordaram de que os seus filhos sejam privados da disciplina de educação física.

Tabela 23

Distribuição das respostas ao item

“A Educação Física deve ser facultativa para as crianças com asma”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	8	8.6	8.6	8.6
concordo	43	46.2	46.2	54.8
discordo	21	22.6	22.6	77.4
discordo totalmente	21	22.6	22.6	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		2.59
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.94
Minimum		1
Maximum		4

A resposta mais dada foi: *concordo*

As mães da amostra dividiram-se, quase por igual, entre a concordância e a discordância, com uma vantagem para a concordância: 54.8%

Tabela 24

Distribuição das respostas ao item

“Acho que devo pedir na escola para o(a) meu(minha) filho(a) ser dispensado das aulas de educação física”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	3	3.2	3.2	3.2
concordo	4	4.3	4.3	7.5
discordo	53	57.0	57.0	64.5
discordo totalmente	33	35.5	35.5	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		3.25
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.69
Minimum		1
Maximum		4

As mães da amostra manifestaram uma discordância forte nas repostas a este item, 92.5%, o que revela coerência com as respostas dadas ao item 22 em que se afirmava, pela negativa, que “as crianças asmáticas não devem ter educação física” e do qual as mães discordaram fortemente

Tabela 25

Distribuição das respostas ao item

“Acho que o(a) meu(minha) filho(a) piora sempre quando faz educação física”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	concordo totalmente	3	3.2	3.3	3.3
	concordo	13	14.0	14.3	17.6
	discordo	53	57.0	58.2	75.8
	discordo totalmente	22	23.7	24.2	100.0
	Total	91	97.8	100.0	
Missing	System	2	2.2		
Total		93	100.0		

N	Valid	91
	Missing	2
Mean		3.03
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.72
Minimum		1
Maximum		4

Verificou-se aqui, também, forte discordância ao item. Discordaram 80.7% das mães, embora 17.2% achem que as suas crianças pioram sempre que fazem educação física.

O valor mais representado é 3: *discordo*

Tabela 26

Distribuição das respostas ao item

“Tenho medo que o(a) meu(minha) filho(a) fique com "falta de ar" ou tenha uma crise na educação física ou nas actividades desportivas”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	11	11.8	12.0	12.0
concordo	46	49.5	50.0	62.0
discordo	25	26.9	27.2	89.1
discordo totalmente	10	10.8	10.9	100.0
Total	92	98.9	100.0	
Missing System	1	1.1		
Total	93	100.0		

N	Valid	92
	Missing	1
Mean		2.37
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.83
Minimum		1
Maximum		4

Concordaram com o item 61.3% das mães da amostra, contra uma discordância de 37.7%.

As mães exprimem, na sua maioria, receios perante a expectativa de uma crise desencadeada pelo exercício físico.

Tabela 27

Distribuição das respostas ao item

“Acho que o(a) meu(minha) filho(a) pode fazer actividades desportivas porque não lhe acontece mal algum por causa disso”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	concordo totalmente	17	18.3	18.5	18.5
	concordo	54	58.1	58.7	77.2
	discordo	20	21.5	21.7	98.9
	discordo totalmente	1	1.1	1.1	100.0
	Total	92	98.9	100.0	
Missing	System	1	1.1		
Total		93	100.0		

N	Valid	92
	Missing	1
Mean		2.05
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.67
Minimum		1
Maximum		4

Verifica-se uma concordância de 76.4%, mas há uma percentagem elevada de mães 22.6%, que exprimem a sua discordância revelando receios relativos a que algo aconteça à criança durante a prática das actividades desportivas.

Tabela 28

Distribuição das respostas ao item

“Acho que o(a) meu(minha) filho(a) pode praticar qualquer desporto para crianças porque isso faz bem à asma”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	concordo totalmente	14	15.1	15.7	15.7
	concordo	50	53.8	56.2	71.9
	discordo	23	24.7	25.8	97.8
	discordo totalmente	2	2.2	2.2	100.0
	Total	89	95.7	100.0	
Missing	System	4	4.3		
Total		93	100.0		

N	Valid	89
	Missing	4
Mean		2.15
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.70
Minimum		1
Maximum		4

Verificamos, neste item, uma concordância de 68.9% mas, tal como no item anterior, registou-se uma discordância de cerca de um quarto das mães (26.9%) e houve 4.3% de respostas omissas.

Tabela 29

Distribuição das respostas ao item

“Só digo ao(à) meu(minha) filho(a) para levar a "bomba" quando vai ter aula de educação física ou outras actividades desportivas”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	concordo totalmente	9	9.7	10.2	10.2
	concordo	19	20.4	21.6	31.8
	discordo	49	52.7	55.7	87.5
	discordo totalmente	11	11.8	12.5	100.0
	Total	88	94.6	100.0	
Missing	System	5	5.4		
Total		93	100.0		

N	Valid	88
	Missing	5
Mean		2.70
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.82
Minimum		1
Maximum		4

As mães exprimiram uma concordância de 30.1% ao item, tendo-se registado uma discordância de 64.5%.

É de salientar a existência de 5.4% de respostas omissas.

Tabela 30

Distribuição das respostas ao item

“A natação faz bem à asma”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	concordo totalmente	45	48.4	50.0	50.0
	concordo	38	40.9	42.2	92.2
	discordo	5	5.4	5.6	97.8
	discordo totalmente	2	2.2	2.2	100.0
	Total	90	96.8	100.0	
Missing	System	3	3.2		
Total		93	100.0		

N	Valid	90
	Missing	3
Mean		1.60
Median		1.50
Mode		1
Std. Deviation		.70
Minimum		1
Maximum		4

Como podemos verificar registou-se aqui uma concordância fortíssima: 92.2% das mães das crianças asmáticas acham que a natação faz bem à asma, sendo de salientar a elevada percentagem de concordância absoluta; quase metade das mães, 48.4%, afirma concordar totalmente.

Tabela 31

Distribuição das respostas ao item

“Só mando o(a) meu(minha) filho(a) à natação quando ele(a) não apresenta qualquer sintoma de asma”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	concordo totalmente	11	11.8	12.4	12.4
	concordo	44	47.3	49.4	61.8
	discordo	24	25.8	27.0	88.8
	discordo totalmente	10	10.8	11.2	100.0
	Total	89	95.7	100.0	
Missing	System	4	4.3		
Total		93	100.0		

N	Valid	89
	Missing	4
Mean		2.37
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.84
Minimum		1
Maximum		4

Registou-se em relação a este item uma concordância moderada das mães, 59.1%. Contudo, verificou-se uma discordância considerável, 36.6% e houve 3.4% de respostas omissas.

Tabela 32

Distribuição das respostas ao item

“Se o(a) meu(minha) filho(a) estiver com tosse mando-o à natação”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	concordo totalmente	2	2.2	2.3	2.3
	concordo	30	32.3	34.1	36.4
	discordo	44	47.3	50.0	86.4
	discordo totalmente	12	12.9	13.6	100.0
	Total	88	94.6	100.0	
Missing	System	5	5.4		
Total		93	100.0		

N	Valid	88
	Missing	5
Mean		2.75
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.72
Minimum		1
Maximum		4

Verificou-se uma discordância moderada de 60.2%, mas há também uma concordância de mais de um terço das mães (34.5%) e 4.3% de respostas omissas, o que pode exprimir uma margem de dúvida, da parte das mães, sobre a vantagem ou o risco de mandar a criança à natação quando tem tosse.

Tabela 33

Distribuição das respostas ao item

“Mando o(a) meu(minha) filho(a) à natação apesar de ele estar com "pieira" e/ou "farfalheira”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	concordo totalmente	2	2.2	2.3	2.3
	concordo	17	18.3	19.8	22.1
	discordo	49	52.7	57.0	79.1
	discordo totalmente	18	19.4	20.9	100.0
	Total	86	92.5	100.0	
Missing	System	7	7.5		
Total		93	100.0		

N	Valid	86
	Missing	7
Mean		2.97
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.71
Minimum		1
Maximum		4

As mães expressaram neste item uma discordância de 72.1% persistindo, contudo, 20.5% de concordâncias e 7.5% de respostas omissas.

Tabela 34

Distribuição das respostas ao item

“Não mando o(a) meu(minha) filho(a) à natação se ele(a) estiver com "falta de ar”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	concordo totalmente	34	36.6	38.6	38.6
	concordo	41	44.1	46.6	85.2
	discordo	10	10.8	11.4	96.6
	discordo totalmente	3	3.2	3.4	100.0
	Total	88	94.6	100.0	
Missing	System	5	5.4		
Total		93	100.0		

N	Valid	88
	Missing	5
Mean		1.80
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.78
Minimum		1
Maximum		4

As mães manifestaram uma concordância forte a este item:80.7%;
14% discordaram e houve 5.4% de respostas omissas.

Tabela 35

Distribuição das respostas ao item

“Não mando o(a) meu(minha) filho(a) à natação porque ao sair arrefece e constipa-se”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid concordo totalmente	3	3.2	3.5	3.5
concordo	7	7.5	8.1	11.6
discordo	53	57.0	61.6	73.3
discordo totalmente	23	24.7	26.7	100.0
Total	86	92.5	100.0	
Missing System	7	7.5		
Total	93	100.0		

N	Valid	86
	Missing	7
Mean		3.12
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.69
Minimum		1
Maximum		4

As mães exprimiram uma discordância elevada ao item, 81.7%, sendo de salientar 7.5% de respostas omissas.

Tabela 36

Distribuição das respostas ao item

“Não ponho o(a) meu(minha) filho(a) na natação porque tenho medo que o cloro da água lhe faça alergia”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	7	7.5	7.8	7.8
concordo	11	11.8	12.2	20.0
discordo	51	54.8	56.7	76.7
discordo totalmente	21	22.6	23.3	100.0
Total	90	96.8	100.0	
Missing System	3	3.2		
Total	93	100.0		

N	Valid	90
	Missing	3
Mean		2.96
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.82
Minimum		1
Maximum		4

As mães exprimiram uma discordância elevada (76.8%)

Contudo 19.3% das mães concordam com o item; verificaram-se 3.2% de respostas omissas.

Tabela 37

Distribuição das respostas ao item

“Digo a(à) meu(minha) filho(a) para não correr no recreio na escola porque pode ter uma crise”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	concordo totalmente	8	8.6	8.7	8.7
	concordo	20	21.5	21.7	30.4
	discordo	46	49.5	50.0	80.4
	discordo totalmente	18	19.4	19.6	100.0
	Total	92	98.9	100.0	
Missing	System	1	1.1		
Total		93	100.0		

N	Valid	92
	Missing	1
Mean		2.80
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.85
Minimum		1
Maximum		4

Como podemos observar 69.3% das mães discordaram da afirmação contida no item acima; verifica-se contudo uma concordância de cerca de um terço das respostas (30.1%).

A resposta mais dada foi: *“discordo”*.

Tabela 38

Distribuição das respostas ao item

“A corrida é uma actividade proibida para crianças com asma”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	4	4.3	4.3	4.3
concordo	11	11.8	11.8	16.1
discordo	56	60.2	60.2	76.3
discordo totalmente	22	23.7	23.7	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		3.03
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.73
Minimum		1
Maximum		4

Relativamente à afirmação contida no item 38, as mães da amostra manifestaram uma forte discordância: 83.9%.

Tabela 39

Distribuição das respostas ao item

“O(a) meu(minha) filho(a) nunca poderá participar em nenhum campeonato porque pode ter uma crise”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	concordo totalmente	6	6.5	6.7	6.7
	concordo	8	8.6	8.9	15.6
	discordo	55	59.1	61.1	76.7
	discordo totalmente	21	22.6	23.3	100.0
	Total	90	96.8	100.0	
Missing	System	3	3.2		
Total		93	100.0		

N	Valid	90
	Missing	3
Mean		3.01
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.77
Minimum		1
Maximum		4

Registou-se, relativamente a este item, uma discordância elevada (81.7%)
 Apenas uma pequena percentagem 15.1% das mães manifestaram a sua concordância.

A resposta mais dada pelas mães foi: “*discordo*”.

Tabela 40

Distribuição das respostas ao item

“Acho que o(a) meu(minha) filho(a) não deve saltar à corda e digo-lhe para não fazer isso porque pode ficar cansado!”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	concordo totalmente	7	7.5	7.6	7.6
	concordo	15	16.1	16.3	23.9
	discordo	48	51.6	52.2	76.1
	discordo totalmente	22	23.7	23.9	100.0
	Total	92	98.9	100.0	
Missing	System	1	1.1		
Total		93	100.0		

N	Valid	92
	Missing	1
Mean		2.92
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.84
Minimum		1
Maximum		4

As mães da amostra expressaram uma discordância de 75.3% relativamente ao item 40, sendo “*discordo*” a resposta mais dada.

Concordaram com a afirmação 13.6%.

Tabela 41

Distribuição das respostas ao item

Não quero que o(a) meu(minha) filho(a) jogue à luta com os colegas da escola porque pode ficar com "falta de ar"

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	9	9.7	9.7	9.7
concordo	23	24.7	24.7	34.4
discordo	43	46.2	46.2	80.6
discordo totalmente	18	19.4	19.4	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		2.75
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.88
Minimum		1
Maximum		4

As mães discordaram em 65.6%, desta afirmação. Contudo, há uma percentagem importante de concordâncias: 34.4%.

Não há respostas omissas.

Tabela 42

Distribuição das respostas ao item

Não deixo o(a) meu(minha) filho(a) participar nos passeios de estudo porque pode ter uma crise na minha ausência e eu não posso ajudá-lo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	1	1.1	1.1	1.1
concordo	2	2.2	2.2	3.2
discordo	55	59.1	59.1	62.4
discordo totalmente	35	37.6	37.6	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		3.33
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.58
Minimum		1
Maximum		4

Verificou-se uma fortíssima discordância com a afirmação do item acima, tendo-se registado 94.7% de respostas discordantes.

O valor mais respondido é “*discordo*”

Tabela 43

Distribuição das respostas ao item

Peço na escola para o(a) meu(minha) filho(a) não participar em experiências de terra e jardinagem por causa da asma

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	8	8.6	8.6	8.6
concordo	9	9.7	9.7	18.3
discordo	50	53.8	53.8	72.0
discordo totalmente	26	28.0	28.0	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		3.01
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.85
Minimum		1
Maximum		4

As mães da amostra manifestaram uma elevada discordância a este item: 81.8%.

Verificaram-se contudo 18.3% de respostas concordantes.

Tabela 44

Distribuição das respostas ao item

“Não quero que o(a) meu(minha) filho(a) participe em brincadeiras e teatros nas festas e no Carnaval porque não pode pintar-se, mexer em tintas ou em fatos velhos guardados por causa do pó”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid concordo totalmente	4	4.3	4.3	4.3
concordo	11	11.8	11.8	16.1
discordo	53	57.0	57.0	73.1
discordo totalmente	25	26.9	26.9	100.0
Total	93	100.0	100.0	

N	Valid	93
	Missing	0
Mean		3.06
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.75
Minimum		1
Maximum		4

As mães da amostra não revelaram preocupação com a alergia, e, coerentes com as respostas ao item anterior, discordaram do item 44 em 81.8%.

Verificou-se, todavia, uma concordância de 18.3%

Capítulo 2

DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.

2 - DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

2.1. – Análise dos dados relativos à caracterização da amostra.

2.1.1. – Caracterização das mães da amostra

Os resultados obtidos sobre a caracterização da amostra deste estudo sugerem as seguintes reflexões acerca da idade e das habilitações académicas das 93 mães da amostra.

A amostra de mães apresentou uma componente de heterogeneidade acentuada, sobretudo em relação às habilitações académicas, distribuindo-se estas do 4º ano de escolaridade à frequência universitária e à licenciatura.

As habilitações mais encontradas foram o 4º ano e o 9º ano de escolaridade.

A presença de duas mães analfabetas numa amostra aleatória global de 93 mães não deixa de nos merecer algum reparo pois pode, de algum modo, ser reveladora dos níveis de analfabetismo que ainda, apesar de tudo, persistem em Portugal.

Este dado não permitindo, como é óbvio, por outro lado, extrapolações do significado para lá desta amostra e do contexto deste estudo poderá, todavia, relacionar-se com o facto de uma parte importante da amostra ser proveniente de populações de baixos e médios extractos sociais: a maioria das mães tinham do 4º ao 9º ano de escolaridade.

Poderá, ainda, pesar o facto de a maioria das mães terem idades superiores a 37 anos, o que as enquadra na média de escolaridade obrigatória da população portuguesa para este nível etário.

Relativamente à caracterização das mães por idades, verificou-se que estas se situam entre 29 aos 58 anos. O valor modal registado é 33 anos e a média é de 37 anos, o que é justificável dada a grande representação de crianças do 1º ciclo (entre os 6 e os 9 anos).

Contudo, a maioria das mães tem mais de 38 anos e há seis mães com idades acima dos 48 anos, havendo uma com 54 e outra com 58 anos, o que mereceria também alguma reflexão, dado que o limite de idades das crianças da amostra se situa nos 13 anos.

Mais uma vez sem extrapolar para fora deste estudo eventuais conclusões, parece haver uma tendência percentual de maternidade tardia cuja análise ultrapassa o âmbito deste estudo.

2.1.2. – Caracterização das crianças da amostra

As 93 crianças da amostra foram, como consta dos quadros 2 e 3 e da figura 2, da apresentação dos resultados, caracterizadas de acordo com a idade e com o nível de escolaridade, tendo sido feita a sua distribuição pelos 3 ciclos do ensino básico.

Como pode verificar-se as idades das crianças variaram entre os 9 e os 13 anos de idade sendo que as idades mais representadas foram os 9 e os 13 anos.

A análise da distribuição das crianças da amostra por níveis de escolaridade e, conseqüentemente por ciclos, mostra-nos que a maior concentração se situa no 1º ciclo do ensino básico (39.5%).

As restantes crianças situam-se, numa curiosa coincidência, em percentagens iguais (30.1%), nos segundo e terceiro ciclos.

Fizemos também a caracterização das crianças da amostra segundo o grau de gravidade da asma, de acordo com os objectivos deste trabalho, como consta do quadro 4 e figura 3.

Um aspecto que nos mereceu particular atenção foi a caracterização das crianças da amostra de acordo com o grau de severidade da doença: a maioria das crianças tinham asma moderada: 57%. Tal facto constitui um aspecto interessante deste trabalho, pois justifica as tendências atitudinais das mães relativamente às questões fundamentais deste estudo em que assistimos a um balancear dos sentimentos maternos entre os receios das crises de asma e a rejeição do factor absentismo escolar.

Mais notória, ainda, parece ser essa ambivalência nas respostas das mães das crianças com asma severa, 12.9% da amostra, número que nos parece, apesar de tudo, com bastante significado numa amostra aleatória de 93 crianças asmáticas.

Um importante número de crianças com asma ligeira (30.1%) poderá também ter influenciado as respostas maternas a alguns itens da escala.

Com o objectivo de investigar, com mais precisão, a influência que cada um destes graus de severidade da asma exerceu nas crianças da amostra, relativamente às questões e objectivos deste estudo, fizemos alguns cruzamentos de dados que discutiremos no ponto seguinte.

2.2. – Análise e discussão dos dados relativos às atitudes face ao absentismo escolar.

As respostas das mães aos itens 1 a 4, quando confrontadas com os sintomas de asma apresentados de forma genérica, manifestam tendência para atitudes favoráveis à frequência escolar dos seus filhos asmáticos.

Deste modo, 64.5% das mães da amostra concorda que a sua criança “vai à escola mesmo que esteja com sintomas de asma”(item 1). Não é especificado quais os sintomas ou a sua gravidade.

Mesmo assim, há 35.5% das mães que discordam de mandar os filhos à escola nessas condições.

Observa-se ainda uma coerência com as respostas dadas ao item seguinte (item 2), apesar de um aparente antagonismo na afirmação, em que 41.9% das mães concorda que “As crianças asmáticas só devem ir á escola quando não apresentam quaisquer sintomas de asma”; 58.1% discorda da afirmação achando que apesar de terem alguns sintomas (genérico), ainda assim, as suas crianças devem ir à escola.

No item 5, as mães da amostra continuam a manifestar, por maioria, uma atitude favorável à ida à escola dos seus filhos, apesar de confrontadas agora com três sintomas concretos da asma que elas bem conhecem: “ tosse, pieira e farfalheira”.

Contudo, temos aqui uma discordância moderada de 54.8% de “*Discordo*” e apenas 5.4% de “*discordo totalmente*”. Ou seja: a maioria das mães acham que, em presença da tosse, pieira e farfalheira a escola ainda deve sobrepor-se como valor e elas devem, apesar das suas hesitações, mandar os filhos à escola.

Porém, a sua atitude é outra quando, no item seguinte, (tabela 6) são confrontadas com outro sintoma concreto que é, como dissemos na primeira parte deste trabalho, gerador por si mesmo de uma maior angústia: “a falta de ar”.

Cerca de dois terços das mães concordam, então, que “não mandam o seu filho(a) à escola sempre que de manhã está com falta de ar”.

Os medos que envolvem o conceito de vida e de morte que a falta de ar implica são, por si mesmos, vinculadores a uma atitude de discordância face à escola enquanto zona fora do alcance da protecção do risco, quando a criança se encontra com falta de ar.

Esta atitude é reforçada pelas respostas ao item 10 no qual 77.2% das mães afirmam a sua concordância com terem medo que a criança tenha uma “crise” de asma na escola.

A presença de sintomas respiratórios nas crianças asmáticas em idade escolar encontra-se, aliás, associada às ausências à escola em muitos estudos por nós referenciados na primeira parte deste trabalho, nomeadamente, em estudos efectuados por Doull, J.J.; Williams, A.A. et all (1997). Southampton, Inglaterra.

Mais de metade das mães (50.5%) concorda, no item 7, que quando a sua criança tem uma “crise” durante a noite ela não deverá ir à escola no dia seguinte.

Esta atitude concordante das mães parece-nos muito importante, se tivermos em conta que é nas asma severa e moderada que se encontra maior probabilidade da ocorrência de crises nocturnas e que, no total da amostra, temos 57% de crianças com asma moderada e 12.9% com asma severa.

As restantes crianças da amostra (30.1%) têm asma ligeira e, por essa razão existe uma reduzida probabilidade de terem crises de asma nocturnas, factor que terá pesado pouco, por isso, na opinião das mães.

Estes dados parecem vir de encontro a vários estudos por nós analisados, nomeadamente um macro-estudo realizado por Ditem, G.B.; Markson, L. et all. Em Baltimore, E.U.A.

Estes autores estudaram a relação entre as crises nocturnas das crianças asmáticas e o absentismo escolar dessas mesmas crianças, bem como o absentismo coincidente dos seus pais ao trabalho.

Das 432 crianças asmáticas do estudo, 40% tiveram crises nocturnas, sendo estas últimas as que apresentavam maior grau de severidade dos sintomas de asma e também as que tiveram maior número de dias de absentismo escolar no período estudado.

Um elevado número de mães (78.5%) concordam, no item 8, que “o rendimento escolar dos seus filhos pode ser prejudicado por causa das faltas”.

Só 29.3% das mães concordam, no item 9, que “os seus filhos foram, efectivamente prejudicados nos resultados escolares, no último ano lectivo, por causa das faltas”.

Parece-nos que estes resultados poderão, mais uma vez estar associadas às percentagens de crianças com asma severa, moderada e ligeira.

A toma dos medicamentos ao longo do dia parece não constituir, para as mães das crianças asmáticas, neste estudo, razão para deixarem de as mandar à escola, o que parece comprovar-se no item 11 no qual, 78% das mães discorda da preocupação com a toma de medicamentos na escola.

Tal atitude das mães poderá basear-se no facto de as crianças mais pequenas terem na escola quem as apoie na toma de medicamentos, ou poderá encontrar justificação no facto de que 60.2% das crianças da amostra se distribuem pelos 2º e 3º ciclos do ensino básico e, por essa razão, se encontram em idade de serem ensinadas e responsabilizadas pela toma da medicação.

Ainda assim, temos 21.5% das mães a manifestar concordância com o item 11 ou seja, não mandam as suas crianças à escola por causa da toma da medicação, o que é importante, sobretudo, se tivermos em conta as crianças da amostra que mais precisam desse apoio: as crianças do 1º ciclo (39.5% da amostra) e as crianças com asma severa (12.9%).

O item 12 procura avaliar a atitude das mães sobre recomendar *sempre* aos seus filhos que levem para a escola a “bomba”, (instrumento medicamentoso de s.o.s. respiratório dos asmáticos) o que, igualmente traduz uma face do medo da ocorrência de uma crise na escola.

Concordaram que recomendam *sempre* aos filhos que levem a bomba, 58.8% das mães. Das 41.2% que discordaram, um elevado número escreveu à margem do item, que a “bomba” tinha sido substituída pelo médico por uma outra forma de medicação preventiva a tomar de manhã e à noite.

Relativamente a eventuais dificuldades de interacção com os colegas ou com o grupo, na escola, como pretexto para faltar às aulas, as mães manifestam 97.9% de discordância, no item 13 e 98.9% de discordância no item 14, não parecendo, pois, que tais razões constituam motivo para as crianças da amostra faltarem à escola.

No item 15, 69.9% das mães concordam que, no último ano lectivo, os seus filhos só faltaram à escola para as consultas.

30.2% discordaram do item deixando aberta a hipótese de os seus filhos terem faltado também por outros motivos.

A análise das respostas das mães ao item 16 (Figura 4) permite-nos concluir que quase todas as crianças asmáticas da amostra “*faltam à escola quando estão com sintomas ou têm uma crise*”:

- pelo menos 1 dia, para 47.3% das mães;
- dois dias, segundo 26.9% das mães;
- entre 3 e 5 dias, de acordo com 7.5% das mães.

Apenas 18.3% das mães responderam que os seus filhos “não faltam” à escola.

2.3. – Análise e discussão dos resultados sobre o absentismo escolar das crianças asmáticas no último ano lectivo e causas do absentismo.

As respostas das mães aos itens 17, 18, e 19, permitiram-nos identificar por um lado, o número total de dias de faltas à escola das crianças da amostra no último ano lectivo e, por outro, as principais razões que motivaram o absentismo.

Identificámos 3 causas fundamentais das faltas das crianças asmáticas à escola:

- sintomas ou crises de asma;
- ida às consultas médicas e urgências;
- hospitalizações.

Como ficou demonstrado na figura cinco, 71% das crianças da amostra faltaram, segundo as suas mães, à escola por causa dos *sintomas e crises de asma* no ano anterior.

Só 29% das mães afirmaram que os seus filhos não haviam faltado, por essa razão, à escola.

Verificou-se ainda que 51.7% das crianças faltaram entre 3 e 10 dias à escola no último ano lectivo devido a crises e sintomas de asma e, cerca de 7.5%, faltaram mais de 10 dias só por este motivo.

As faltas á escola devidas às *consultas médicas e de urgência* revelaram-se uma razão de peso no absentismo escolar destas crianças.

De acordo com os dados obtidos e com a leitura que pode fazer-se da figura 6, quase todas as crianças (89.3%) faltaram à escola por causa das consultas no último ano lectivo.

Pode ainda constatar-se que, pela mesma razão, 83.9% das crianças faltaram de 3 e 10 dias.

O absentismo escolar das crianças asmáticas tendo como causa a *hospitalização* das crianças foi pouco expressivo na nossa amostra.

De acordo com os dados e a leitura que podemos fazer da figura 7, apenas 6.5% das crianças da amostra estiveram hospitalizadas durante o último ano escolar, tendo faltado por esta razão:

- de três a cinco dias 3.2% das crianças;
- de cinco a dez dias 2.2%;
- menos de três dias 1.1%.

Estes resultados mostraram-se coerentes com o grau de severidade da asma das crianças da amostra, conforme pode verificar-se no quadro 4.

Recordemos que 57% das crianças tinham asma moderada; 30.1% tinham asma ligeira e apenas 12.1% tinham asma severa.

2.3.1. - Resultados referentes à distribuição das faltas de acordo com o grau de severidade da asma

Pela análise dos resultados expressos na figura 5 sabemos que 71% das crianças que faltaram à escola durante o último ano escolar o fizeram por causa dos sintomas e crises de asma.

Da observação do quadro 5 onde é feito o cruzamento das faltas devido a sintomas e crises de asma com a distribuição do grau de severidade da asma das crianças verifica-se que das 71% das crianças que faltaram por essa razão, faltaram mais à escola as que tinham asma severa e moderada do que as crianças com asma ligeira.

Verificou-se que:

De 3 a 5 dias faltaram 3 crianças com asma severa para 9 de asma moderada e 6 de asma ligeira;

De 5 a 10 dias faltaram 5 crianças de asma severa para 11 de asma moderada e nenhuma de asma ligeira;

Mais de 15 dias faltou 1 criança com asma severa, 1 criança com asma moderada e nenhuma com asma ligeira.

Pode verificar-se ainda que, tendo em conta o reduzido número de crianças com asma severa, não só estas últimas faltaram mais, em termos percentuais, do que as crianças com asma moderada e ligeira como faltaram, também, um maior número de dias: *5 a 10 dias; 10 a 15 dias e mais de 15 dias.*

Analisando os resultados expressos na figura 6, verificámos que 89.3 das crianças faltaram à escola devido às consultas no ano lectivo anterior.

Os resultados expressos no quadro 6, onde se faz o cruzamento das faltas para ir às consultas com o grau de severidade da asma das crianças mostram que das 89.3% de crianças que faltaram por esta razão, também faltaram mais as que tinham asma severa e moderada.

Porém, se tivermos em conta que as crianças com asma severa correspondiam a 12.1% da amostra verificamos que:

De 3 a 5 dias, faltaram 4 crianças de asma severa para 28 de asma moderada e 13 de asma ligeira;

De 5 a 10 dias, faltaram 4 crianças de asma severa para 11 de asma moderada e 6 de asma ligeira;

Mais de 10 dias faltou 1 criança de asma severa para 4 de asma moderada e nenhuma de asma ligeira.

Poderemos então afirmar que, nesta amostra e não podendo generalizar os resultados, faltaram mais à escola no ano lectivo anterior para ir às consultas médicas as crianças que tinham maior gravidade de asma, isto é, as crianças com asma severa.

Comparativamente com outros estudos de autores já por nós citados na revisão da literatura sobre o absentismo escolar das crianças asmáticas, os valores do absentismo por nós encontrados situam-se abaixo dos valores mencionados por Mário Cordeiro (1995), que reportava um macro-estudo realizado em Inglaterra em 1993, segundo o qual 12% das crianças com asma haviam faltado cerca de 30 dias à escola no ano lectivo anterior ao estudo.

Os nossos dados apontam para frequências de valores de absentismo entre 3 e 5 dias para a asma moderada e ligeira e entre 10 e 15 dias para a asma severa.

Contudo, a maior parte dos estudos que analisámos, entre outros os de Sharon Lund O'Neil (1995) e de Mary Glenn Fowler et all. (1993), efectuados em diversos estados dos E.U.A., revelaram resultados de absentismo escolar das crianças asmáticas que se situavam entre 6 e 10 dias, em média, com grupos significativos de crianças que haviam faltado entre 11 e 15 dias e mais de 16 dias no ano lectivo anterior.

Os autores associaram os grupos que faltaram entre 11 e 15 dias a um maior risco de dificuldades de aprendizagem e os que faltaram mais de 16 dias a uma “forte tendência” para o insucesso escolar.

Estes estudos não referiam se as suas amostras de crianças asmáticas eram asma severas, moderadas ou ligeira, factores que, por si, poderiam condicionar os níveis de absentismo das crianças, como parecem comprovar os resultados do nosso estudo

2.4. - Análise e discussão dos dados relativos às atitudes face ao exercício físico e actividades desportivas

2.4.1. – Atitudes face à educação física

Acerca da prática da disciplina de educação física, as mães manifestaram uma discordância forte (89.3%), quando colocadas perante a ideia genérica de que “as crianças asmáticas não devem ter educação física” (item 22), ou ainda de que os seus filhos devem ser dispensados pela escola das aulas da disciplina: 92.5% (item 24)

No item 25, 80.7% das mães discordaram, também, da ideia que a sua criança “...piora sempre quando faz educação física”. Porém, aqui, a concordância tem mais significado: 17.2%.

Confrontadas no item 23, com a ideia de que a disciplina de “educação física deve ser facultativa para as crianças com asma”, as mães dividem-se, nas respostas, à volta dos 50%, entre a concordância e a discordância (45.2%); embora a concordância seja maior (54.8%) .

As mães da amostra parecem não desejar que os seus filhos asmáticos se privem da actividade física nem, muito menos, acham que devem pedir na escola dispensa da disciplina, visto que 92.5% discorda dessa ideia.

Contudo, no item 26, colocadas perante a ideia de que a sua criança possa ficar com “falta de ar” ou ter uma crise na educação física e /ou nas actividades desportivas, 61.3% das mães concordam ter esse medo.

No item 29, 30.1% das mães, concordam que só aconselham os seus filhos a levar a bomba quando eles têm aula de educação física ou outras actividades

desportivas; não sabemos se as restantes, que discordam, aconselham a bomba às suas crianças nessa e / ou noutras circunstâncias.

No item 27 verificou-se uma concordância de 76.4% das mães à ideia de que “ os seus filhos podem praticar actividades desportivas porque não lhes acontece mal algum por causa disso” e, no item 28, 68.9% das mães concordaram que a sua criança “ pode praticar qualquer desporto para crianças porque isso faz bem à asma”.

Contudo, tanto no item 27 como no 28 foi significativa a percentagem de mães que discordaram: 22.6% no primeiro e 26.9% no segundo.

Isto pode significar que as mães da amostra não escapam ao aspecto polémico e gerador de dúvidas que sempre desperta a prática ou não da disciplina de educação física nas crianças com asma, não só nos pais como também nos professores destas crianças.

2.4.2. – Atitudes face à natação

No item 30, “a natação faz bem à asma”, as mães manifestaram uma concordância de 92.2% e, essa atitude favorável face à natação é coerente com as respostas ao item 35, “não mando o meu filho à natação porque ao sair arrefece e constipa-se”, em que as mães manifestam uma discordância de 81.7%.

A mesma coerência se verifica nas respostas ao item 36, “não ponho o meu filho na natação porque tenho medo que o cloro da água lhe faça alergia”, onde se regista uma discordância de 76.8% ao item.

Supondo-se que as mães de crianças asmáticas tenham conhecimento de que os sintomas de asma podem ser desencadeados e / ou exacerbados por um resfriamento ou, mais ainda, por um factor alérgico, nem assim elas parecem recuar na importância atribuída à natação.

No item 31, “só mando o meu filho à natação quando ele não apresenta quaisquer sintomas de asma”, as mães hesitam se devem ou não mandar os filhos à natação em presença de sintomas não especificados, é certo, manifestando uma acentuada discordância: 36.6% e 4.3% de respostas omissas. Prevalece a concordância ao item: 59.1%.

Só em presença de sintomas concretos, típicos da asma, as mães manifestam perante a natação uma atitude menos favorável mas ajustada, contudo, à gravidade dos sintomas.

Assim, no item 32, “se o meu filho estiver com tosse mando-o à natação”, há uma discordância de 60.2%, permanecendo uma concordância significativa de 34.5% e 5.4% de respostas omissas.

No item 33, “mando o meu filho à natação apesar de ele estar com pieira ou farfalheira”, há 72.1% de discordância e 20.5% de concordância.

Salienta-se como que um duvidar gradual das mães em relação aos benefícios da natação ou aos riscos inerentes, à medida que elas são colocadas face a sintomas de asma de maior gravidade ou, para elas, conotados como tal.

Os 7.5% de respostas omissas, neste item, poderão entender-se como um sinal de hesitação. É, todavia, em presença do sintoma “*falta de ar*” que, tal como para o absentismo escolar ou para a educação física e actividades desportivas, as mães das crianças asmáticas se sentem mais “ameaçadas” e desfavoráveis à natação.

Deste modo, no item 34, “ não mando o meu filho à natação se ele estiver com falta de ar”, 80.7% concordaram com o item tendo, mesmo assim, discordado 14% das mães e, tendo-se verificado 5.4% de respostas omissas.

2.4.3. – Atitudes face a outras práticas de actividade física

Face à corrida, quer como actividade lúdica quer como forma de actividade desportiva ou como participação em campeonatos, as mães exprimem nos itens 37, 38 e 39 uma elevada discordância à restrição ou impedimento destas actividades aos seus filhos asmáticos: respectivamente 68.9%; 83.9%; 81.7%.

O item 40, “Acho que o (a) meu (minha) filho (a) não deve saltar à corda e digo-lhe para não fazer isso porque pode ficar cansado”, recolhe uma discordância de 75.3% mas, já no item 41, “Não quero que o (a) meu (minha) filho (a) jogue à luta com os colegas da escola porque pode ficar com falta de ar”, apesar de uma discordância de 65.6%, é de salientar uma expressiva concordância de 34.4%.

As mães exprimiram 94.7% de discordância ao item 42, “Não deixo o(a) meu(minha) filho(a) participar nos passeios de estudo porque pode ter uma crise na minha ausência e eu não posso ajudá-lo”, não revelando qualquer preocupação em relação à participação em passeios e viagens das suas crianças com asma.

Há, igualmente, uma discordância elevada (81.8%) ao item 43, “Peço na escola para o(a) meu(minha) filho(a) não participar em experiências de terra e jardinagem por causa da asma” e ao item 44, “Não quero que o(a) meu(minha) filho(a) participe em brincadeiras e teatros nas festas e no Carnaval porque não pôde pintar-se, mexer em tintas ou em fatos velhos guardados por causa do pó” : 83.9%. Neste, tal como no item 36, as mães não parecem muito preocupadas, na sua maioria, com os riscos alérgicos.

Mesmo assim há 18.3% de concordância no item 43, e 16.1% no item 44, o que pode significar que uma percentagem importante de mães se preocupou, tal como no item 36 (19.3%) com os riscos da alergia.

2.5. – Análise e discussão dos dados sobre a prática de exercício físico e outras actividades desportivas no último ano lectivo.

Os dados obtidos a partir das respostas das mães aos itens 20 e 21 da escala (fig. 8 e fig.9) fornecem-nos informação concreta sobre a prática de exercício físico das crianças da amostra no último ano lectivo relativamente à educação física, à natação e outras actividades desportivas.

O cruzamento dos resultados dessas práticas com os níveis de escolaridade das crianças, que apresentamos nos quadros 7 e 8, permitem-nos verificar a distribuição das práticas desportivas pelos 3 ciclos do ensino básico.

2.5.1. – Disciplina de educação física e sua distribuição por ciclos.

Como se conclui da figura 8, quase todas as crianças da amostra (91.4%) frequentaram a disciplina de educação física na escola no último ano lectivo.

O quadro 7 mostra-nos a distribuição dessa frequência pelos níveis de escolaridade das crianças. Podemos verificar através dos resultados expressos que a quase totalidade das crianças dos 2º e 3º ciclos (todas menos uma) tiveram a disciplina no ano lectivo anterior.

Nas crianças do 1º ciclo é interessante verificar que 31 das 37 crianças que o frequentaram tiveram educação física no último ano, apesar de a disciplina não ser obrigatória no 1º ciclo.

Tal facto poderá, em nosso entender, dever-se a dois factores: ou uma parte substancial destas crianças se distribui por escolas oficiais que têm a prática da

disciplina integrada nos seus programas, embora de uma forma facultativa; ou uma parte importante das crianças se distribui por escolas privadas, onde a prática da “ginástica” é comum a quase todas as escolas.

De qualquer modo, o facto de a maioria das crianças da amostra terem asma moderada e ligeira poderá justificar os resultados obtidos e as atitudes das mães, na sua maioria concordantes com a prática da educação física dos seus filhos.

2.5.2. – Natação e outras actividades desportivas e sua distribuição por ciclos.

A observação da figura 9 mostra-nos os resultados obtidos através das respostas ao item 21 e dá-nos as práticas de natação e das outras actividades desportivas praticadas pelas crianças da amostra no último ano lectivo.

Verifica-se que a natação é a actividade desportiva mais praticada pelas crianças da amostra (32.3%), o que está em consonância, como vimos, com as atitudes manifestadas pelas mães nos itens referentes à prática da natação.

Achamos interessante salientar que a prática de natação como um desporto não asmatógeno é recomendada por quase todos os autores pediatras e alergologistas, entre eles Mário Cordeiro (1993); Rosado Pinto (1992/1993).

É possível que as mães no decorrer das consultas e nos contactos com os clínicos sejam levadas a desenvolver ou reforçar atitudes favoráveis à prática da natação das suas crianças asmáticas.

Embora este estudo não tenha como objectivo medir quaisquer efeitos da prática de natação em crianças com asma, parece-nos oportuno salientar que as atitudes favoráveis das mães à prática da natação das suas crianças e a elevada percentagem de crianças da amostra que a praticaram poderá fundamentar-se na constatação, mais ou menos empírica, de que “a natação faz bem à asma”.

Esta concepção é, contudo, suportada por alguns estudos, embora escassos, realizados nesse campo, como referimos na revisão bibliográfica de alguns deles.

Entre estes, referimos um estudo já por nós citado de Matsumoto, J.; Tsuda, K. et al. (1999), cujos autores estudaram, ao longo de seis semanas, a capacidade ventilatória de um grupo de crianças asmáticas em treinos de natação, tendo concluído que a capacidade respiratória destas crianças havia melhorado muito do início para o fim dos treinos.

Pela leitura do quadro 8 concluímos que a natação, além de ter sido no ano anterior a actividade desportiva mais praticada no total da amostra foi também a mais praticada nos 1º e terceiro ciclos, enquanto que o futebol se apresenta como a actividade mais praticada pelas crianças do segundo ciclo.

Nas “outras actividades desportivas praticadas pelas crianças”, a “ginástica” (que inclui ballet, dança e ginástica não específicas) distribui-se pelos 1º 2º e 3º ciclos nas seguintes proporções:

- 4 em 37 crianças do 1º ciclo;
- 4 em 28 crianças do 2º ciclo;
- 3 em 28 crianças do 3º ciclo.

As artes marciais são a modalidade menos praticada pelas crianças da amostra: duas no 1º ciclo; uma no 2º ciclo e uma no 3º ciclo.

Verifica-se, em resumo, nas crianças deste estudo, uma distribuição equilibrada de “outras actividades desportivas” pelos três ciclos de escolaridade, mas é ao nível do 1º ciclo, crianças entre os 6 e os 9 anos de idade, que se verifica maior tendência para a prática de actividades desportivas em geral.

Capítulo 3

CONCLUSÕES GERAIS DO ESTUDO

3 – CONCLUSÕES GERAIS DO ESTUDO

Tal como explicitámos na introdução deste trabalho, propusemo-nos realizar um estudo sobre as atitudes das mães de crianças com asma em idade escolar, face ao absentismo dos seus filhos asmáticos e à prática de exercício físico dessas crianças.

Pensávamos que as atitudes parentais face ao absentismo escolar das crianças asmáticas poderiam, talvez, influenciar os níveis concretos de absentismo dessas crianças, para além das razões clínicas desse absentismo ou misturando-se com elas.

Pareceu-nos também que as atitudes maternas face ao absentismo escolar e às práticas de exercício físico nas crianças com asma ou à inibição dessas práticas, poderiam estar relacionados com o grau de severidade da asma das crianças.

Estudando cada uma das variáveis em questão e o cruzamento de algumas delas, chegámos aos resultados que esposemos no capítulo anterior e que permitem responder às quatro questões de investigação que presidiram ao desenvolvimento deste trabalho.

Ao analisar os resultados fomos, efectivamente, referindo já algumas respostas a essas questões ou seja, apontámos algumas conclusões que não repetiremos nesta parte final do trabalho.

Deste modo, nesta última parte, salientaremos apenas alguns aspectos que nos parecem fundamentais dentro das conclusões a que chegámos.

Faremos ainda uma análise crítica do estudo que realizámos, perspectivando também, algumas linhas para futuras investigações nesta área.

Das atitudes maternas que enquadrámos como respostas à questão 1 – atitudes das mães de crianças asmáticas acerca do absentismo escolar dos seus filhos, em presença de sintomas de asma – verificámos que as mães das nossas crianças manifestaram, em geral, uma forte preocupação com a presença dos seus

filhos às aulas, evidenciando atitudes favoráveis à frequência da escola pelos seus filhos asmáticos.

Quando confrontadas com a presença, nas suas crianças, de sintomas de asma de forma genérica, as mães manifestaram ainda assim, em todas as questões, uma tendência geral para a concordância com atitudes favoráveis a enviar os seus filhos à escola e a evitar o absentismo escolar.

Verificámos, porém, que tal concordância diminuiu progressivamente nas atitudes maternas à medida que as mães foram colocadas perante sintomas concretos característicos da asma nos seus filhos, “tosse, pieira e farfalheira”.

Em presença do sintoma mais angustiante da asma, a “falta de ar”, as mães manifestaram, maioritariamente, atitudes favoráveis ao absentismo escolar das suas crianças.

Os factores emocionais associados à asma parecem influenciar as atitudes das mães, à medida que os seus filhos apresentam sintomas concretos que elas percebem como factores de risco.

Por isso, mais de três quartos das mães da amostra assumiram atitudes favoráveis a que os seus filhos falem à escola quando estão com sintomas ou têm uma crise de asma, pelo menos um dia; dois dias; entre três e cinco dias, tendências que vão, aliás, ao encontro de opiniões expressas na literatura analisada.

As atitudes maternas favoráveis ao absentismo escolar das crianças asmáticas quando em presença de sintomas concretos de asma estiveram, aliás, em consonância com os resultados que obtivemos acerca dos “índices concretos de absentismo escolar das crianças da amostra no último ano lectivo” e das causas fundamentais desse absentismo, que incluímos como respostas à questão três.

Confirmámos, na amostra deste estudo, como causas principais do absentismo escolar das crianças no ano anterior, duas das três causas defendidas por alguns autores já referidos, entre eles Mário Cordeiro (1993) ou sejam: as faltas devidas a sintomas e crises de asma e as faltas devidas às consultas médicas e de urgência.

Verificámos que mais de metade das crianças da amostra faltaram à escola no último ano lectivo entre três e dez dias, só devido aos sintomas e crises de asma, incluindo os sintomas nocturnos, situação referenciada também em alguns estudos que anteriormente analisámos.

No que respeita às faltas para consultas, quase todas as crianças faltaram à escola para ir ao médico no último ano e, três quartos das crianças faltaram entre três e dez dias só por esse motivo.

As hospitalizações como causa importante de absentismo das crianças asmáticas, tal como é referido por Mário Cordeiro (1983), não tiveram confirmação como tal neste estudo, o que é justificável se tivermos em conta que as crianças da amostra tinham, maioritariamente, asma moderada e ligeira e, apenas uma pequena percentagem, asma severa.

Além disso, o citado autor reporta-se a estatísticas realizadas em internamentos pediátricos hospitalares em países europeus, anteriores aos anos noventa o que, dada a evolução da medicação e tratamento da asma nos últimos anos, poderá tornar esses dados desajustados na actualidade.

À questão quatro do nosso trabalho presidia, justamente, a ideia de encontrar uma eventual “relação entre os níveis de absentismo escolar e o grau de severidade da asma das crianças da amostra” (asma severa, moderada e ligeira).

No capítulo anterior ficou demonstrado que essa relação se verificou, neste estudo. Embora as crianças com asma severa fossem apenas, aproximadamente, um oitavo da amostra, elas registaram, proporcionalmente maior número de dias de faltas à escola do que as crianças com asma moderada.

Verificou-se ainda que, das crianças que faltaram à escola no ano lectivo 2000/2001 por causa dos “sintomas e crises de asma”, faltaram mais as que tinham asma severa e moderada do que as que tinham asma ligeira.

As faltas para consultas médicas também foram mais incidentes nas crianças com asma moderada e severa. Foi ainda nas crianças com asma severa que,

percentualmente, se registou um maior número de crianças com mais dias de faltas: 5 e 10 dias; 10 a 15 dias e mais de 15 dias.

As atitudes maternas nas quais procurámos respostas para a questão 2 do nosso estudo – “atitudes face à prática da disciplina de educação física na escola, à natação e outras actividades desportivas” – exprimiram, na quase totalidade das mães da amostra, forte concordância com a ideia de que as crianças asmática não devem, por esse facto apenas, ser dispensadas da disciplina de educação física.

O que não quer dizer que as mães achem que as suas crianças asmáticas tenham essa disciplina obrigatoriamente, como qualquer outra disciplina curricular.

De facto, mais de metade das mães concordaram que a disciplina de educação física deveria ser facultativa para as crianças com asma.

As mães exprimiram, além disso, atitudes concordantes com os receios de que o esforço despendido na educação física fosse desencadeador de uma crise de asma e, cerca de um terço das mães, concordou que só aconselha o seu filho a levar a “bomba” para a escola quando ele vai ter educação física.

Salientamos o facto de um elevado número de mães nos ter referido verbalmente os seus medos relativamente à prática desta disciplina escolar, chegando muitas delas a sugerir que deveria haver mais diálogo entre os profissionais de saúde que cuidam das crianças asmáticas e os professores dessas crianças.

Tal como as mães, também nós subscrevemos, totalmente, uma interacção eficaz entre a saúde, a família da crianças asmática e a escola.

Não só, como é evidente, na prática da disciplina de educação física mas também no desenvolvimento de todo um programa de apoio às crianças com esta forma de doença crónica, que tornasse a família mais informada e que a ajudasse a resolver muitas tensões e conflitos relacionados com a criança asmática; que facilitasse aos professores um relacionamento natural e adequado com estas crianças e impedisse, desse modo, a sua rotulagem e discriminação.

Uma interacção e um programa desta natureza teriam como principal e gratificante objectivo ensinar e facilitar às crianças asmáticas uma vida escolar mais satisfatória e eficaz; ensinar-lhes-ia o treino de padrões respiratórios e posturais correctos, a prevenção e auto-controle das crises de asma, o que traria como consequência uma melhoria da auto-estima e da interacção com os seus colegas de estudo e de brincadeiras, factores promotores das aprendizagens, do sucesso escolar e da qualidade de vida.

Ao contrário do que pensávamos sobre a prática do exercício físico em crianças asmáticas e dos receios, frequentemente expressos na literatura médica sobre a asma de esforço induzida pelo exercício físico, constatámos que não só, em geral, as atitudes das mães foram concordantes com essas práticas, como se revelaram também coerentes com os níveis concretos das mesmas nos seus filhos, no ano lectivo anterior.

Mais de dois terços das crianças da amostra tiveram a disciplina de educação física na escola no último ano e, apesar de esta disciplina não ser obrigatória no programa curricular do primeiro ciclo do ensino básico, foi nas crianças asmáticas do primeiro ciclo que se registou maior prática da disciplina.

A esta conclusão não será alheio o facto de uma elevada percentagem de crianças do primeiro ciclo estudar em escolas privadas mas, de qualquer modo, a disciplina é sempre opcional e requer atitudes consentimento dos pais para a sua prática.

Acerca da natação verificámos que, como resposta à ultima parte da questão dois, a natação foi, tal como pensávamos e tem sido defendido em estudos anteriores ao nosso, alguns dos quais já referimos, a modalidade desportiva mais praticada pelas crianças asmáticas. A natação foi também a actividade mais praticada nas crianças dos primeiro e terceiro ciclos.

As mães manifestaram, coerentemente, uma quase absoluta concordância com atitudes favoráveis à prática da natação pelos seus filhos; pareciam motivadas

pela crença de que “a natação faz bem à asma”, atribuindo a essa afirmação uma concordância quase total.

Mesmo quando em presença dos sintomas concretos de asma – tosse, pieira e farfalheira – as mães mantiveram atitudes favoráveis à natação dos seus filhos.

Tal como para o absentismo escolar e para a prática da educação física, só em presença do sintoma “falta de ar” é que as mães manifestaram forte discordância da natação.

Verificámos, em síntese, que neste estudo foi nas crianças asmáticas do primeiro ciclo – dos seis aos nove anos – que se registou, no último ano lectivo, a mais elevada prática de actividades físicas em geral: educação física, natação e outras actividades desportivas.

Julgamos oportuno salientar aqui algumas conclusões sobre os aspectos relacionados com a metodologia seguida neste estudo. O processo de recolha de dados em que utilizámos uma escala de atitudes e um questionário parecem-nos adequados aos objectivos propostos.

Contudo, relativamente à escala de atitudes e apesar de termos realizado o pré-teste e termos feito, em consequência, algumas correcções, parece-nos que uma ou outra questão se revelaram menos adequadas à expressão clara das atitudes maternas, tendo favorecido alguma hesitação. Partimos porém do princípio de que, como referimos na devida altura, este era um estudo de natureza exploratória.

Estamos conscientes das limitações deste estudo, particularmente pela impossibilidade de generalizar as suas conclusões dada a reduzida dimensão da amostra, o tipo de instrumentos e o tratamento de dados utilizados.

Esperamos, apesar disso ter dado um pequeno contributo para a identificação e a compreensão de dois aspectos polémicos que envolvem as crianças com asma: o absentismo escolar e a prática de exercício físico.

Pensamos que é urgente estimular e desenvolver uma melhor articulação entre os profissionais de saúde, a família e os agentes educativos das crianças asmáticas em idade escolar, com o objectivo de propiciar às crianças e suas famílias

uma melhor qualidade de vida, libertando-as de muitas tensões e angústias por vezes injustificadas.

Parece-nos que, para a realização desse objectivo poderiam contribuir futuras investigações que procurassem identificar que níveis de informação para a asma, detêm os professores e, particularmente, os professores do primeiro ciclo do ensino básico e também, de que modo mães, famílias e professores mais esclarecidos sobre a sintomatologia das asma infantil e do seu controle, exerceriam influência sobre o absentismo escolar das crianças asmáticas.

Recordamos que um inquérito a professores do ensino básico que tinham crianças com asma nas suas turmas, realizado por Rosado Pinto (1992) e que a seu tempo referimos, mostrou que a maioria dos professores ignora o que fazer com uma criança asmática se ela tiver sintomas e tem “medo” de lidar com essas crianças na escola.

Curiosamente, essa mesma opinião nos foi transmitida verbalmente por várias mães do nosso estudo, as quais nos referiram que “a professora tem medo que ele (ou ela) tenha asma na escola”.

Numa outra perspectiva de investigação, parece-nos pertinente um futuro estudo que procurasse compreender as razões de as crianças asmáticas na escola se fecharem tanto à comunicação e à expressão dos seus sentimentos e emoções, quer no recreio quer na sala de aula.

Efectivamente, pensamos que, para que as crianças asmáticas se sintam iguais às outras e se transformem em pessoas equilibradas e felizes, é preciso ajudá-las a ter, sem dúvida, sucesso escolar mas também a desenvolver competências emocionais que lhes permitam conviver com a doença crónica sem que, por isso, se sintam “diferentes”.

Bibliografia

Bibliografia

Ajuriaguerra, J. (1977) - "Manuel de psychiatrie de l'enfant". Masson. Paris.

Ajuriaguerra, J. e Marcelli, D. (1986) - "Psicopatologia Infantil". Fiman. Porto Alegre.

Ajzen, I e Fishbein, M. (1980) - "Understanding Attitude and predicting behaviour". Englewood Cliffs, New Jersey.

Ala Philippe, D.(1986) - "Attitudes et comportements politiques d'une population d'étudiants". in *Bulletin de Psychologie*, 449 - 460, 40.

Alarcão, M. (1989) - "Entrada na Escola Primária: Significados para a criança e sua família" in *Revista Portuguesa de Educação*, Univ. do Minho. Braga.

Alarcão, M. (1991) - "A Criança Asmática, subsídios para a compreensão das inter-relações familiares da criança asmática" (*Tese de doutoramento*). Coimbra

Alexandre, V. (1971) - "Les échelles d'attitudes". Paris. Editions universitaires.

Allport, E.W. (1935) "Attitudes". in "*A handbook of Social Psychology*" Clark University Press. Massachusetts.

Ammo, A.H.; Weinberger, M.M. (1999) - "Exercise - induced by powerventilator; a pseudoasthma syndrome". *Journal annals of allergy, Asthma & Immunology* 82. 6. U.S.

Araújo, M.R. (1979) - "As crianças - Todas as Crianças". Livros Horizonte, Lisboa.

Auzepy, Pierre (1986) - "L'Enfant Asthmatique". *École des Parents*. N° 1 / 86 Paris.

- Averbach, J.G.; Barajch, M ET all (1995) - "Behavioural problems of adolescents with chronic illness: a comparison of parent-report and self-report measures". *Journal European Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 4. 1. Bat yam. Israel.
- Baron, C. e Marcotte , J.E. (1994) - "Papel do Pânico no Insucesso da Terapêutica da Asma em Idade Pediátrica" *Pediatrics*. (Edição Portuguesa), nº 7 – 2.
- Barros, Luisa (1999) - "Psicologia Pediátrica", 1ª edição, Climepsi Editores, Lisboa.
- Benavente, An e Pinto, C.A. (1980) - "Obstáculos ao sucesso na escola primária". *Ed. do instituto de estudos para o desenvolvimento*, Lisboa.
- Bloom, B. (1981). - "Características humanas e aprendizagem escolar". Porto Alegre, Editora Globo S.A.. (1ª Ed., 1976).
- Boldsen, J.; Hansen, H.S. et all (1998) - "Population based study of risk factors for under diagnosis of asthma in adolescence". *Journal of clinical research E.D.* Vol. 316. Denmark.
- Botey, J., Marqués, L., Eseverri, L..J. (1989) - "Abuso de Tratamiento en el Asma Bronquial Infantil" *Cadernos de Imuno-Alergologia Pediátrica*. Vol. 4, nº 3.
- Bronsky, E.A; Pearlman, D.S.; Stahl, E. (1999) - "Prevention of exercise-induced broncho spasm in pediatric asthma patients: a comparison of to salmeterol powder delivery devices". *Journal Pediatrics*. Vol. 104. 3. U.S.
- Brook, U; Pepper, J. (1997) - "Self-image, coping and familiar interaction among asthmatic children in Israel". *Journal Patient Education and Counselling*. Vol. 30, 2. Holon, Israel.

- Broome, E. Marion; Kliebenstein, E. Martha (2000) - "School re-entry for the child with chronic illness: parent and school personnel perceptions". *Pediatric Nursing*. Vol. 26. 6. Birmingham, A.L. U.S.
- Candeias, M.A. (1996) - "Atitudes face à escola: estudos de operacionalização do conceito e construção de um questionário". Edit. APPORT; U. do Minho, Braga.
- Carmo, H. e Ferreira, M. (1998) - "Metodologia da investigação. Guia para auto-aprendizagem.
- Castro, Maria Luisa (1992) - "Asma na Criança". *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*.
- Cassino, C.; Bordman, J. et all (1997) - "Effect of maternal asthma on performance of parenting tasks and children's school attendance". *Journal of Asthma*. Vol. 34. 6. New York U. Medical Centre, N.Y., U.S.
- César Ramos, J.M. et all (1989) - "Asma Brônquica na Criança". in *Cadernos de Imuno-Alergologia Pediátrica*, vol. 4, nº 3, S.P.P., Lisboa.
- Chieira, M.L e Luís Nunes (1986) - "A Importância do Diagnóstico na Asma da Criança". *Cad. de Imuno-alergologia*. Lisboa.
- Choen, Robert Susan, M. et all (1998) - "Parent and peer evaluations of the social competence of children with mild asthma". *Journal of Applied Developmental Psychology*. Vol. 19, 2. U. Memphis, G.A, U.S.
- Clark, N. M; Gong, M. et all (1997) - "A scale for accessing health care provider's teaching and communication behaviour regarding asthma". *Journal Health Education and Behaviour*. Vol. 24. 2. U.S.

- Cordeiro Mário, J. (1991) - "Asma e Escola: alguns aspectos em Portugal" .*Cadernos de Immun. Alergologia. Pediátrica*. 1991. 6 (supl.): 47-52.
- Cordeiro Mário, J. (1993) - "Asma e Escola" in Rosado Pinto, J., *A Criança Asmática*, 1993. Ed. do Autor. Lisboa.
- Costa Pinto, Amâncio (1990) - "Metodologia da Investigação Psicológica". *Edic. Jornal de Psicologia*. Porto.
- Cowper, D.; Dwyer T; Kemp A. et all (1999) - "Relationship between early life respiratory illness, family size over time, and the development of asthma and hay fever: a seven year follow-up study". *Journal thorax*, Vol. 54. 8. U. of Tasmania. Australia.
- Crain, F. Ellen, Weiss, B. Kevin, Hersh, Mindy et all (1994) - "Estimativa na Prevalência da Asma e Respiração Sibilante em Crianças Residentes na Cidade". *Pediatrics*, (ed. Portuguesa). Vol. 2, nº 8.
- Cruz, Eduardo (1990) - "Asma brônquica. Uma nova estratégia na intervenção do Fisioterapeuta". *Fisioterapia*. Vol. 1 - nº 2 - A.P.F.
- Davidoff, Linda L. (1983) - "Introdução à Psicologia". McGrill do Brasil.
- De Paola, L.; Roberts, M et all (1997) - "Mother's and children's perceptions of asthma medication". *Journal Children's Health Care*. Vol. 26, 4. GA, U.S.
- Deschamps, J. (1981) - "L'enfant handicapé et l'école". Flammarion, France.
- Deschamps, Jean-Claude (1996) - "Des attitudes aux attributions". Sur la construction de la réalité sociale. " *La Psychologie Sociale*", II, P.U. Grenoble. France.
- Deschamps, J. Claude et Beauvois, J. Léon (1997) - "Des attitudes aux attributions". Presses universitaires de Grenoble. Grenoble.

- Doise, W. (1991) - "Attitudes et représentations sociales". *Jodelet, D.*; Les représentations sociales. PUF. France.
- Dolle, Jean-Marie (1974) - "Para compreender Jean Piaget". Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.
- Eiser, C.; Eiser, J.; et all (1997) - "Severity of asthma and parental discipline practises". *Journal Patient Education and Counselling*. Vol. 17. 3. Exeter U. England.
- Eisser, Cristina; Town, Carole; Tripp, J.H. (1997) - "Discipline strategies and parental perceptions of preschool children with asthma". *British Journal of Medical Psychology*. Vol. 64. 1. Exeter U. England.
- Falaedeau, G. (1993). "As crianças asmáticas". Ed. CETOP. Portugal.
- Fazzio, R.H., e Zanna, M.P. (1981) - "Direct experience and attitude behaviour consistency", *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 14 N.Y. Academic Press.
- Fernandez, M.J.; Sanchez, S. et all (1998) - "Exercise-induced asthma in children; a comparative study of free and treadmill running". *Journal annals of allergy asthma and immunology*. Vol. 80. 3. Murcia, Spain.
- Ferrari, P. (1989) - "Réactions Psychologiques Dans les Maladies Croniques de l'Enfant". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*. 37.
- Festinger, L. (1954) - "A theory of social comparison processes". *Human Relations*, 7. Evanston, Illinois: US.

- Figueiredo, J., Rosado Pinto, J. e Morais de Almeida M. (1994) - "Epidemiologia da Asma na República de Cabo Verde". *Anuário do Hospital D.Estefânia*. Ed. H.D.Estefânia Lisboa
- Fishbein, M. e Ajzen, I. (1975) - "Belief, Attitude, Intention and Behaviour. An Introduction to Theory and Research Reading". Massachusetts: U.S.
- Foliot, Charles (1985) - "Asthme de l'Enfant". PUF. France.
- Fowler, M.G. et all (1988) - School functioning of U.S. Children with asma" *Pediatrics*, 90, 1992.
- Frankel, Karen; Wamboldt Marianne (1998) - "Chronic Childhood illness and maternal mental health: Why should we care?". (National Jewish Medical and research center) *Journal of Asthma*. Vol.35, 8.. Denver. CO. U.S.
- Frigni, F., Jamali, A. et all. (1989) - "Pour un Accès à l'Autonomie et à la Responsabilisation de l'Enfant Asthmatique". *Cad. De Imuno-alergologia*, vol.2 n° 4.
- Gartland, H. J.; Day, H.D. (1999) - "Family predictors of the incidence of children's asthma symptoms: expressed emotion medication, parent contact and life events". *Journal of Clinical Psychology*. Texas Woman's U. Denton, TX, U.S.
- Gautier, Y. (1984) - "Reconstruction et observation en psychosomatique des enfants". *Revue Française de Psychanalyse*, vol. 48 n° 5.
- Gilly, M. (1980) - "Maître-élève, rôles institutionnels et représentations". Paris. PUF.
- Giovanni, Peri; Molinari, Enrico; Taverna, A. (1991) - "Parental perceptions of childhood illness". *Journal of Asthma*. Vol. 28. 2. Catholic U. of Milan. Italy.

- Godard, H., Redier, P., Bousquet, J., e Michel F. (1992) - "l'Asthme est une Maladie Inflammatoire". 20^{eme} Journée Parisienne d'Immuno-Allergologie Infantile. Faculté Necker - Enfants Malades. Paris.
- Godding, V., Kruth M. e Gallet, D. (1989) - "Approche multidisciplinaire pour enfants et adolescents asthmatiques". *Neuropsychiatrie de L'Enfance* (8-9)
- Goffman, E. (1998) - "Stigmaté". *Les Editions de Minuit*. France.
- Goleman, D. (1995)- "Inteligência Emocional". (Tradução portuguesa) 9ª ed. 2000. Temas e Debates. Lisboa.
- Gomes Pedro, João (1993) - "A criança e os seus sistemas". *Revista Portuguesa de Pediatria*. Vol. 24, nº 2
- Gonçalves Ferreira, N., Trindade Costa, J. (1993) - "Imonoterapia Específica em Crianças com Asma Brônquica". *Revista Portuguesa de Pediatria*. Vol. 24, nº 3.
- Guillain, A. (1989) - "La Représentation Graphique du Regard Chez l'Enfant Asthmatique". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 37.
- Heamen, D.J.; Ester J. (1997) - "The free running asthma screening test: an approach to screening for exercise induced asthma in rural Alabama". *Journal of School Health*. Vol. 67. 3., University of Alabama. U.S.
- Heider, F. (1946) - "Attitude and cognitive organization". *Journal of Psychology*, 21.
- Heider, Fritz (1971) - "Attitude et organisation cognitive". Mouton Editeur. Paris.
- Holaday; B.; Swan, J. et all (1997) - "Images of the neighbourhood and activity patterns of chronically ill schoolage children". *Journal Environment and Behaviour*. KS, U.S.

Honrado, A (2000) - "Sentados no silêncio", AMBAR. Porto.

Jeong, J.H.; Jin S.H.; Kim, C.K. (1998) - "The occurrence of late asthmatic response, to exercise after allergen challenge". (Seul National University Hospital, South Korea) *Journal of allergy, Asthma & Immunology*, Vol. 81. 4.

Jerónimo, M.F. (1997) - " Ansiedade das mães perante a Cinesiterapia Respiratória em crianças asmáticas". ISPA, Lisboa.

Jessner, L., Loumont, John et all (1987) - "Emotional Impact of Nearness and Separation For the Asthmatic Child and His Mother". *Asthmatique Child and His Mother*. Boston

Jessner, Lucier (1955) - " Emotional Impact of Nearness and Separation for the Asthmatic Child and his Mother". Univ. Press. London

Jesuino, J.C. (1954) - " O que é a Psicologia". (Difusão cultural).Lisboa.

Jodelet, D. (1970) - "Psychologie sociale: une discipline en mouvement". Mouton, France.

Jones, E.E. e Gerard, H. (1967) - " Foundations of Social Psychology". New York: John Wiley & Sons edit. U.S.

Jones, R. (1984) - "Attitudes and attitude change in special education: Theory practice". CEC-CRIC. U.S.A.

Knapp, Peter (1975) - "Psychossomatic Aspects of Bronchial Asthma". Basic Books. 4

Kulig, M.; Volker, Wahn el Forster , J. (2000)- " Development of seasonal allergic Rhinitis, Asthma and other Respiratory diseases. *Journal Allergy and clinical immunology*, Vol. 106, 5. Munich.

- Lara, M. Sherbourne, C. et al (2000) - "An english and spanish pediatric asthma symptom scale". *Journal Medical Care*. Vol. 38, 3. Los Angeles CA. U.S.
- Leboviçi et al. (1985) - "Psychiatrie de l'Enfant". Ed. PUF Paris
- Lemaine, Jean Marie (1971) - "Initiation aux échelles d'attitudes". *Bull Psych* R1-25.
- Lembla, Alfred (1992) - "Aspectos psicossomáticos em pacientes com asma brônquica". *Artes Médicas*, Portugal
- Leyens, J.P. (1985) - "Teorias da Personalidade na Dinâmica Social". Verbo. Portugal.
- Leynaert et al (2000) - "Epidémiologie évidence for asthma". *Journal Allergy Clin. Immunology*, 106. 5. Paris.
- Likert, R.A. (1932) - "A technique for measurement of attitudes". *Achieves of psychology*, 22, 1-55.
- Lima, M.L.P. (1993) - "Atitudes". In J. Vala e M.B. Monteiro. *Psicologia Social*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Lopes, J. e Galvão E. (1996) - "Aspectos psicoafectivos e relacionais na criança asmática". *Nascer e Crescer*, n. 03. Porto.
- Lurçat, L. (1971) - "Le dessin du personnage : orientation et attitudes". *Bull. de Psychol.* R1, 199-207, 25.
- Lurie, N; Goodman, N. (1998) - "Incorporating asthma education in a traditional school curriculum". *American journal of public health*. Vol. 88. 5. U.S.

- Machado, M. J. e dias, P. (1996) "Atitudes dos professores do 1º e 2º ciclos do ensino básico face às tecnologias e sua utilização na sala de aula". *Avaliação Psicológica*, IV, Edit. APPORT: Univ. do Minho, Braga.
- Maes, S., Spielberger, C.D., Defares, P.B., and Sarason, J.G (1988) - "Topics in Health Psychology" - John Wiley & Sons, Ltd. London.
- Magalhães, R., Emerson F., Tebiryçá, J. (1988) - "Meu Filho tem Asma ou Bronquite". Edit. Nova Fronteira. Rio de Janeiro.
- Magnus, P; Hagen J.A.; Nafstad P. (1999) - "Day care center and respiratory health". *Journal Pediatrics*. Vol. 103. 4. U.S.
- Manciaux, M., Lebovici, S. et all. (1987) - "L'enfant et sa santé: Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux". Paris. Doin.
- Markson, L.; Skinner, et all (2000) - "Nocturnal asthma in children affects school attendance, school performance, and parents work attendance". *Journal archives of Pediatrics & adolescents medicine*. Vol. 154; 9. U.S.
- Marnix, E.T.; Farber M.O.; Palange, P. (1996) - "Exercise-induced asthma in figure skaters". (Pulmonary and critical care Medicine), *Journal Chest*. Vol. 109. 2. Indianapolis. U.S.
- Mary Glenn Fowler, M.D. et all. (1992) - "School Functioning of US Children with Asthma". *Pediatrics*. vol. 90, nº 6.U.S.
- Matalon, B. (1968) - "La mesure des Attitudes" in *Bull. Psych.* R1-21.
- Matalon, B. (1968) - "La mesure des attitudes" in *Bulletin de Psychologie*, R1. 846 – 876.

- Matsunato, J.; Araki, H; Tsuda, K; Tnaka, M. (1999) - "Effects of swimming training on aerobic capacity and exercise-induced bronchoconstriction in children with bronchial asthma". *Journal thorax* Vol. 54. 3. (National Minami Fukuoka Chest Hospital) Japan.
- Melo Rocha, E. (1989) - "Exame da função respiratória na criança asmática: interesse, erros e mitos". *Cad. de Imuno-Alergologia Pediátrica*. Vol. 4 n° 4
- Morais, A., Cavaco, J., Rosado Pinto, J. et all. (1994) - "Asma Brônquica - Aspectos Preventivos". *Prevenção em Pediatria*. (Comunicações das VII Jornadas de Pediatria). Universidade Católica, Lisboa
- Moscovici, Serge et Faucheux, Claude (1971) - "Psychologie sociale théorique et expérimentale". Mouton éditeur. Paris.
- Murray, B. Andrew; Morrison, J. Brenda (1989) - "Passive smoking by asthmatics: it's greater effect on boys then on girls and older than on younger children". *Pediatrics*. Vol. 84. 3. Vancouver, B.C. Canada.
- Nafstad, Magnus and Jaakkola. (2000) - "Risk of childhood asthma and allergic Rhinitis in relation to pregnancy complications". *Journal Allergy clin. Immunology* 106. 5. Oslo.
- Neder, J.A.; Nery, L.E.; Cabral, A.L. (1999) - "Short term effects of aerobic training in the Clinical Management of moderate to severe asthma in children". (Department of Medicin, Federal University of São Paulo) *Journal thorax*, Vol. 54. 33. Brazil.
- Newman, I.J.; Nahum, H.; Ben-Amotz, A. (1999) - "Prevention of exercise-induced asthma by a natural isomer mixture of beta-carotene". *Journal Annals of asthma, allergy & Immunology*. Vol.82. 6. U.S.
- Novilhan, P. et Dutau, G. (1983) - "A Criança Asmática". Morais Edit. Lisboa.

- Nunes C., Ladeira, S. e Albuquerque J. (1992) - "Asma em Cuidados de Saúde Primários".
Revista Portuguesa de Alergologia. Vol. 1, nº 3 Portugal
- Nunes C., Susel L. e Albuquerque J. (1992) - "Asma em Cuidados de Saúde Primários no
Algarve". *Revista Portuguesa de Alergologia*, vol. 1, nº 3
- O.M.S. (1993-1996) - ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood)
- O' Meara; De Lucca, S. (2000) - "Exposure to mite and cat allergens on a range of clothing
items at home and the transfer of cat allergen in the work place". *Journal Allergy and
clin. Immunology*, 106. 5. (Sydney)
- Ostroff, Welsh (1996) - "The ventilator-dependent child: Impact upon family system".
Dissertation Abstracts International Section. Temple U. PA USA.
- Pais Ribeiro, J.L. (1999) - "Investigação e avaliação em psicologia da saúde". *Climepsi
Editores*. Lisboa.
- Palmer, A.; Elisabeth (2001) - "Family Caregiver experiences with asthma in school age
children". *Pediatric Nursing*. Vol. 27. 1. P.A., U.S.
- Pascoal Duarte, J. (1991) - "Pediatria: medicina do desenvolvimento". *Revista Portuguesa
de Pediatria* - Edit. Sociedade Portuguesa de Pediatria, vol. 22, nº 3.
- Pazzelli, P.; Solinas, L.F.; Niccoli, H. (1998) - "Combination drug therapy for the
prevention of the exercise-induced bronchoconstriction in children". *Journal annals of
allergy asthma and immunology*. Vol. 80. 4. Italy
- Peri, G., Molinari, E., Taverna, A. (1991) - "La relazione di potere nella diade madre-
bambino, un'indagine sull'Asma Infantile". *Etá Evolutiva* - 32. Italy.
- Philippe Leyens, Jacques et Léon Beauvois, Jean (1997) - "L'ère de la cognition". *Presses
Universitaires de Grenoble*. Grenoble. France.

- Piaget, Jean (1964) - "A Formação do Símbolo na Criança". (tradução da 3ª edição) Editora Guanabara. Koogan S.A. Rio de Janeiro.
- Prado, E., Mizukami, M.G. e Rodrigues, A. - "Credibilidade do comunicador, autoritarismo e mudança de atitude". *Educação e Reabilitação*, 5,5-11.
- Prata, C., Mouzinho, J., Menezes, M.C. e Suzano R. (1994) - "Estudo Epidemiológico sobre Asma Brônquica numa População Escolar dos Açores". In *Acta Médica Portuguesa*. 7. Porto.
- Ramos, César (1993) - "Alergias". *Rev. Pais e Filhos*, nº 29
- Ramos, César e Trindade C. (1988) - "A Criança Alérgica". *Ediç. Autores*, Lisboa.
- Randolph, C. (1998) - "The free running athletic screening test". *Journal annals of allergy asthma and immunology*. Vol. 81. 4. U.S.
- Rasmussen, F; Hansen, N.C. et al (1999) - "Assymptomatic bronchial hiperresponsiveness to exercise in childhood and the development of asthma related symptoms in young adulthood: the Odense school child study". *Journal Thorax*. Vol. 54. 7. (Odense University Hospital). Denmark.
- Reimberg, A (1981) - "Os ritmos biológicos". Porto, RES. Editora.
- Reinhard, Liedtke (1991) - "Socialization and Psychosomatic disease: an empirical study of the educational style of parents with psychosomatic children". *Journal Psychoterapy and Psycosomatics*. Vol. 54. 4. Hannover Medical School, Germany.
- Reis, Elisabeth, Moreira, Raul (1993) - "Tratamento Estatístico". *Pesquisa de Mercados* Lisboa

- Robert, Michelle et colo (1984) - "Fondements et Etapes de la Recherche Scientifique en Psychologie". *Edisen et Maloine*. Quebec.
- Rocheblave, Anne-Marie (1986) - "Psychologie clinique et psychologie sociale" *Bulletin de Psychologie*, 21.
- Rodrigues, A. (1996) - "Psicologia social" (16ª ed.). Edit. Vozes. Petrópolis. Rio de Janeiro.
- Romeiro W.; Englert N. et all (1999) - "In homogeneity in response to air pollution in European children". *Journal occupational & environmental medicine*. Vol. 56. 2. Netherlands.
- Rosado Pinto, J. (1988) - "A Criança Asmática". Edi. Autor, Lisboa.
- Rosado Pinto, J. (1991) - "Asma e Escolaridade". *Cadernos de Imuno-alergologia Pediátrica*, Vol. 6, nº 5. Lisboa.
- Rosado Pinto, J. (1992) - "Asma e Escolaridade". *Saúde Escola*.
- Rosado Pinto, J. (1993) - "A Criança Asmática". Ed. do Autor, Lisboa
- Rosemary, P; Felton-Collins, V. (1998) - "Manual de Piaget para Professores e Pais". Inst. Piaget, Lisboa.
- Rosenberg, M.J. e Horland, C. I. (1960) - "Cognitive Affective and behavioural compartments of attitudes". Yale University Press, New Haven: U.S.
- Sá, Eduardo (1995) - "Más Maneiras de Sermos Bons Pais, as crianças, o pensamento e a família" - Edição Fim de Século. Lisboa

Sá, Eduardo (2000) - "Crianças para sempre". Fim de Século. Lisboa

Salgueiro, E. (1989) - "Reflexões sobre a Avaliação de Crianças com Problemas Emocionais e do Comportamento". *Revista Portuguesa de Pediatria*. Vol. 20, nº 5

Santanello et all (2000) - " Validation of a pediatric asthma care giver diary" *Journal Allergy clin. Immunology*, 106, 6. West Point, G.A., U.S.

Sarafino, E.P.; Dillon, J.M. (1998) - "Relationships among respiratory infections, triggers of attacks, and asthma severity in children". *Journal of Asthma*. Vol. 35. 6. Coll. of New Jersey, Dep. Of Psychology. N.J., U.S.

Schobinger, R.; Florin et all (1992) - "Childhood asthma: paternal critical attitude and father-child interaction". *Journal of psychosomatic Research*. Vol. 36, 8. Marburg. Germany.

Schobinger, Rudolf; Florin et all (1993) - "Childhood asthma: mother's affective attitude, mothers-child interaction and children's compliance with medical requirements". *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 37, 7. Marburg U. Germany.

Serra Vaz, Adriano (1989) - "Transtornos mediados pela ansiedade" in *Psicologia*, VII. 1. Portugal.

Sharon Lund O'Neil et all. (1985) - "Determining school programming needs of special population groups: a study of asthmatic children". *Journal of School Health*. Vol. 55. 6., U.S.

SHAW, M. (1997) - "Scales for measurement of attitudes". McGraw hill. U.S.A.

Sheinmann, Pierre (1985) - "Immunologie Infantile" - Flammarion Paris

- Sheinmann, P. et Paupe, J. (1992) - "Allergologie Pédiatrique". Médecine-Sciences Flammarion. Paris
- Silva, M.C. (1994) - "Estatística aplicada à psicologia e ciências sociais" Lisboa: Mac. Graw – Hill.
- Smedje, G; Norback D. (2000) - "New ventilation systems at select school in Sweden: effects on asthma and exposure". *Journal archives of environmental health*. Vol. 55. 1. Sweden.
- Smith M; Milligan P; Benjamin C. (1994) - "Respiratory morbidity in Merseyside school children exposed to the coal dust and air pollution". *Journal Archives of disease in childhood*. Vol. 70. 4. England.
- Sperting, Melita (1973) - "Aspectos Psicoterapeuticos da Asma Bronquial Infantil" - Espaxs, Espanha
- Stoetzel, Jean (1972) - "La connaissance des Opinions et des attitudes". *Maurice Reuchlin*, 1972 – Traité de Psychologie Appliquée. PUF. Paris.
- Stoetzel, Jean et all (1972) – "Traité de Psychologie appliquée", PUF. France.
- Striker, P.R. (2000) - "Swimming a case based approach to exercise-induced asthma and rotator cuff tendonitis" - In *Journal Pediatrics annals*. Vol. 29. 3. U.S.
- Strunk, C. Robert; Luwik K. Susan et all - "Cardiovascular fitness in children with asthma correlates with psychology functioning of the child". *Pediatrics*. Vol. 84. 3. Denver C.O. U.S
- Sylberzac, F. (1972) - "Recherche d'une meilleure compréhension des problèmes psychologiques posés sur l'enfant asthmatique". *La Psychiatrie de L'Enfant*, VII, 1

- Tambelli, R.; Zavattini, Júlio et all (1993) - "Asma infantile: dinamiche affective a percezione del se". *Psichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza*. Vol. 60. (4-5), U. de Roma. Italy.
- Tessier, J. (1980) - "L'enfant asthmatique à l'école" (Approche epidemiologique sur les répercussions et sur les qualités de la scolarité). *Psychool. Med.*; 12: 60-5.
- Thurstone, L.L. (1928) - "Attitudes can be measured". *American journal of sociology*, 33,529-556.
- Triandis, H.C. (1971) - "Attitude and attitude change". Wiley. U.S.A.
- Triandis, H.C. (1985) - "Perspectives and issues in the study of attitudes". In Jones, R. Wiley, U.S.A.
- Trindade Costa, J., Simões, M.H. (1993) - "Profilaxia das Infecções Respiratórias Recorrentes na Criança". *Revista Portuguesa de Pediatria*. Vol. 24, nº 5
- Vala, J. (1992) - "A investigação em psicologia". In Gago M. (ed.) *O estado da ciência em Portugal*. Publicações D. Quixote, Lisboa.
- Vala, Jorge e Monteiro, Maria Benedita (1993) - "Psicologia Social" Edit. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Vale, F., Gorette, M. (1987) - "Fisiopatologia da Asma". *Cadernos de Imuno-Alergologia Pediátrica*, Vol. 2, nº 3 Edit. S.P.P.
- Vários autores (1994) - "Prevenção em Pediatria". BEECHAM Portugal
- Victoroff, D. (1971) - "La psychologie Sociale de George Mead" *Bull. Psych.* R1-25.

- Weinstein, A. G.; Faust, D. (1997) - "Maintaining theophylline compliance / adherence in severely asthmatic children: the role of psychology functioning of the child and the family" - In journal *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*. Vol. 79. 4. U.S.
- Wilkinson, P.; Elliott, P.; Grundy, C. et al (1999) - "Case control study of hospital admission with asthma in children aged 5 to 14 years: relation with road traffic in North West London". *Journal thorax*. Vols. 4. 12. England
- Williams, A. A.; Freezer, N. J.; Doll, I. J. (1996) - "Descriptive study of cough, wheeze and school absence on childhood". *Journal thorax*, (Southampton General Hospital), Vol. 51. 6. England.
- YOOS, H; Mc Mullen, A. (1999) - "Symptom perception and evaluation in childhood asthma". *Journal Nursing Research*. Vol. 48, 1 Rochester U. School of Nursing, NY. U-S.
- Zajonc R.B. (1968) - "Attitudinal effects of mere exposure". *Journal of Personality and Social Psychology*, 9.1.
- Zanna, M.P. e Olson, J.M. (1982) - "Individual differences in attitudinal relations". in M.P. Zanna Edit. *Consistency in social behaviour*, Hillsdale, New Jersey, U.S.

ANEXOS

Anexos

Trabalho de campo

- Carta / pedido ao H.D.E.;
- Carta / resposta;
- Mapa de distribuição mundial do estudo da asma (Projecto ISAAC);
- Escala de atitudes;
- Questionário.



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
ESCOLA DE MESTRADOS E ESTUDOS PÓS-GRADUADOS

Ex.ma Senhora

Dra. Maria de Fátima Maio Jerónimo Costa

N/ Ref. 450/EMEPG/MPE/2001

Data: 27-04-2001

Assunto: Cópia carta do Conselho de Administração do Hospital Dona Estefânia.

Ex.ma Senhora Dra.,

Conforme o solicitado, junto enviamos a cópia da carta suprarreferida.

Com os nossos melhores cumprimentos,

PA Escola de Mestrados E
Estudos Pós-Graduados


(João Paulo Amaro)



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Hospital de D. Estefânia
R. Jacinta Marto
1100 Lisboa

N/Ref.º: 168/EMEP/MPE/98
Data: 23-03-1998

Exmo.
Conselho de Administração
do Hospital D. Estefânia

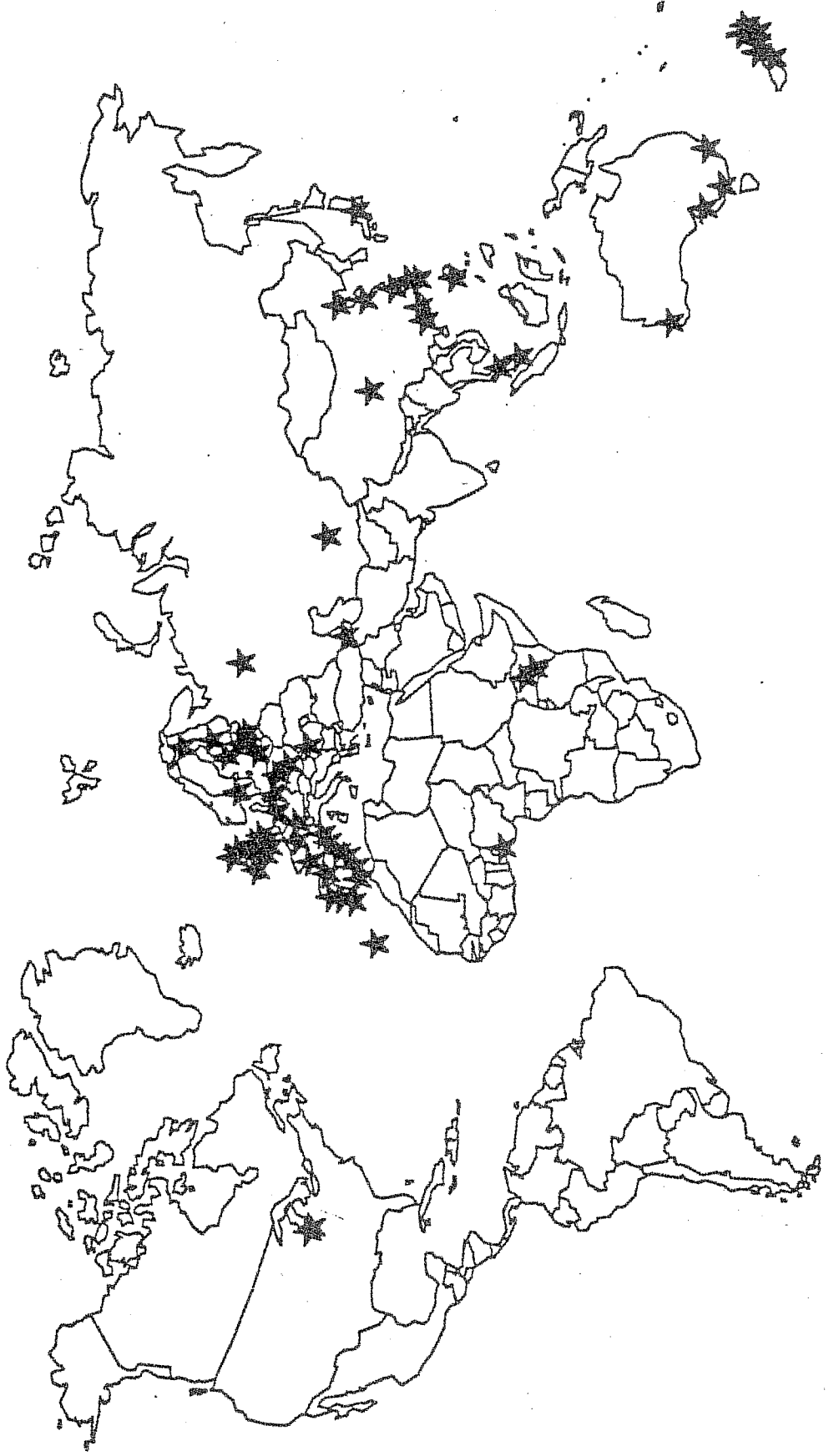
No âmbito dos trabalhos de investigação realizados pelos alunos de Mestrados de Psicologia deste Instituto, vimos solicitar autorização para que Maria de Fátima Maio Jerónimo Costa, nossa aluna no Mestrado em Psicologia Educacional, possa ter acesso a crianças asmáticas em idade escolar, no serviço de Alergologia Pediátrica desse Hospital com vista à recolha de amostra, e distribuição de questionários.

Prezando muito a vossa colaboração e com os melhores cumprimentos,

PE
A ESCOLA DE MESTRADOS
E ESTUDOS PÓS-GRADUADOS


João Paulo Amaro

ISAAC Phase One Data Received by November 1995



Este questionário integra-se num projecto de investigação a realizar no âmbito da Psicologia Educacional no Instituto Superior de Psicologia Aplicada e visa contribuir para uma melhor compreensão de alguns problemas que afectam a escolaridade das crianças asmáticas.

A sua colaboração no preenchimento do questionário, é pois, muito importante.

Pedimos-lhe, assim, que não deixe de responder a todas as questões. Não há respostas certas ou erradas; o que conta é a sua opinião pessoal.

Os dados deste questionário destinam-se única e exclusivamente ao estudo já anunciado e serão tratados de forma anónima pelo que não precisa de identificar-se.

Muito Obrigado pela sua Colaboração!

Responda colocando uma cruz no espaço (ou no quadrado) correspondente à resposta que escolhe de entre as 4 hipóteses de resposta para cada questão.

1. O meu(minha) filho(a) vai à escola mesmo que esteja com sintomas de asma.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

2. As crianças asmáticas só devem ir à escola quando não apresentam quaisquer sintomas de asma.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

3. Só deveria ir à escola quem quer.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

4. As crianças asmáticas não deveriam ser obrigadas a ir à escola

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

5. O(A) meu(minha) filho(a) falta à escola quando está com algum destes sintomas: tosse, "pieira", "farfalheira".

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

6. Não mando o(a) meu(minha) filho(a) à escola sempre que, de manhã, está com "falta de ar".

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	----------	---------------------

7. Acho que, quando o(a) meu(minha) filho(a) tem uma crise de asma durante a noite não deverá ir à escola no dia seguinte.

_____ | _____ | _____ | _____
Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

8. Penso que o rendimento escolar do meu filho poderá ser prejudicado por causa das faltas.

_____ | _____ | _____ | _____
Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

9. No último ano lectivo o(a) meu(minha) filho(a) foi prejudicado nos resultados escolares por causa das faltas que deu ao longo do ano.

_____ | _____ | _____ | _____
Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

10. Tenho medo que o(a) meu(minha) filho(a) tenha uma crise na escola

_____ | _____ | _____ | _____
Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

11. Não mando o(a) meu(minha) filho(a) à escola quando tem de tomar medicamentos porque lá ninguém lhos dá de forma correcta.

_____ | _____ | _____ | _____
Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

12. Digo sempre ao(à) meu(minha) filho(a) para levar a "bomba" para a escola.

_____ | _____ | _____ | _____
Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

13. O(a) meu(minha) filho(a) falta às vezes à escola porque não gosta dos colegas no recreio.

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

14. O(a) meu(minha) filho(a) falta às vezes à escola porque não tem lá amigos para brincar.

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

15. No último ano lectivo o(a) meu(minha) filho(a) só faltou à escola para ir às consultas.

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

16. Quando o(a) seu(sua) filho(a) está com sintomas de asma ou tem uma crise ele(ela) falta à escola.

Sim Não

Se sim, durante quanto tempo?

1 dia 2 dias 3 a 5 dias

17. No último ano lectivo o(a) meu(minha) filho(a) faltou à escola por causa da asma:

3 dias 3 a 5 dias
 5 a 10 dias 10 a 15 dias ___ dias

18. No último ano lectivo quantos dias no total faltou o(a) seu(sua) filho(a) à escola só para ir às consultas?

3 a 5 dias 5 a 10 dias ___ dias

19. O seu(sua) filho(a) esteve hospitalizado alguma vez durante o último ano lectivo?

Sim Não

Se sim durante quanto tempo?

- 3 a 5 dias 5 a 10 dias
 10 a 15 dias ___ dias

20. No último ano lectivo o(a) seu(sua) filho(a) teve educação física na escola?

- Sim Não

21. E outras actividades desportivas?

- Sim Não

Se sim diga quais:

22. As crianças asmáticas não devem ter educação física.

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

23. A Educação Física deve ser facultativa para as crianças com asma.

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

24. Acho que devo pedir na escola para o(a) meu(minha) filho(a) ser dispensado das aulas de educação física.

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

25. Acho que o(a) meu(minha) filho(a) piora sempre quando faz educação física.

Concordo totalmente Concordo Discordo Discordo totalmente

26. Tenho medo que o(a) meu(minha) filho(a) fique com "falta de ar" ou tenha uma crise na educação física ou nas actividades desportivas.

_____	_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

27. Acho que o(a) meu(minha) filho(a) pode fazer actividades desportivas porque não lhe acontece mal por causa disso.

_____	_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

28. Acho que o(a) meu(minha) filho(a) pode praticar qualquer desporto para crianças porque isso faz bem à asma.

_____	_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

29. Só digo ao(à) meu(minha) filho(a) para levar a "bomba" quando vai ter aula de educação física ou outras actividades desportivas.

_____	_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

30. A natação faz bem à asma.

_____	_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

31. Só mando o(a) meu(minha) filho(a) à natação quando ele(a) não apresenta qualquer sintoma de asma.

_____	_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

32. Se o(a) meu(minha) filho(a) estiver com tosse mando-o à natação.

_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo Discordo	Discordo totalmente

33. Mando o(a) meu(minha) filho(a) à natação apesar de ele estar com "pieira" e/ou "farfalheira".

_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo Discordo	Discordo totalmente

34. Não mando o(a) meu(minha) filho(a) à natação se ele(a) estiver com "falta de ar".

_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo Discordo	Discordo totalmente

35. Não mando o(a) meu(minha) filho(a) à natação porque ao sair arrefece e constipa-se.

_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo Discordo	Discordo totalmente

36. Não ponho o(a) meu(minha) filho(a) na natação porque tenho medo que o cloro da água lhe faça alergia.

_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo Discordo	Discordo totalmente

37. Digo a(à) meu(minha) filho(a) para não correr no recreio na escola porque pode ter uma crise.

_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo Discordo	Discordo totalmente

38. A corrida é uma actividade proibida para crianças com asma.

_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo Discordo	Discordo totalmente

39. O(a) meu(minha) filho(a) nunca poderá participar em nenhum campeonato porque pode ter uma crise.

_____	_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

40. Acho que o(a) meu(minha) filho(a) não deve saltar à corda e digo-lhe para não fazer isso porque pode ficar cansado!

_____	_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

41. Não quero que o(a) meu(minha) filho(a) jogue à luta com os colegas da escola porque pode ficar com "falta de ar".

_____	_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

42. Não deixo o(a) meu(minha) filho(a) participar nos passeios de estudo porque pode ter uma crise na minha ausência e eu não posso ajudá-lo.

_____	_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

43. Peço na escola para o(a) meu(minha) filho(a) não participar em experiências de terra e jardinagem por causa da asma.

_____	_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

44. Não quero que o(a) meu(minha) filho(a) participe em brincadeiras e teatros nas festas e no Carnaval porque não pode pintar-se, mexer em tintas ou em fatos velhos guardados por causa do pó.

_____	_____	_____	_____
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente

Este "QUESTIONÁRIO" destina-se a recolher informações para um estudo sobre crianças asmáticas.

A sua colaboração é muito importante.

Responda, por favor, a todas as perguntas.

CRIANÇA

- Nome (facultativo) _____ Telef.: _____
- Data de Nascimento: __/__/__ Idade _____ Anos

A Asma da sua criança é:

Severa _____
Moderada _____
Ligeira _____

Quantas vezes nos últimos 6 meses, N° de Vezes
a sua criança teve:

Crises _____	<input type="checkbox"/>
Falta de ar _____	<input type="checkbox"/>
Tosse _____	<input type="checkbox"/>
Pieira _____	<input type="checkbox"/>
Farfalheira _____	<input type="checkbox"/>

Quantas vezes nos últimos 12 meses, N° de Vezes
a sua criança teve:

Crises _____	<input type="checkbox"/>
Falta de ar _____	<input type="checkbox"/>
Tosse _____	<input type="checkbox"/>
Pieira _____	<input type="checkbox"/>
Farfalheira _____	<input type="checkbox"/>

Qual a escola que a criança frequenta? _____
Que ano de escolaridade? _____
Já repetiu algum ano? _____ Qual? _____

MÃE

Idade _____

Habilitações Escolares _____

Muito Obrigado pela Colaboração!