

DM
MORG/M. 1


INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**CONHECIMENTO DA DOENÇA
E AUTO-EFICÁCIA
DA CRIANÇA ASMÁTICA**

MAFALDA VITAL MORGADO

LISBOA, 2002

 ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação
Registo: 14551
Data: 27/11/2003
Tel.: 21 881 1750 • bibispa@ispa.pt

Ao Prof. Dr. José Luis Pais Ribeiro manifesto a minha gratidão e reconhecimento pela supervisão, disponibilidade e interesse com que apoiou este trabalho de investigação.

À Dra. Vera Reimão Pinto agradeço todo o auxílio prestado ao longo da elaboração deste trabalho.

Ao Dr. Rosado Pinto, Director do Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, agradeço o interesse e as facilidades concedidas para a realização desta investigação.

Ao Conselho de Administração do Hospital de Dona Estefânia, agradeço a autorização para desenvolver este trabalho.

Aos Médicos e aos Profissionais de Saúde do Serviço de Imunoalergologia agradeço a amabilidade e todo o apoio prestado na elaboração deste trabalho.

À Susana e à Patricia agradeço toda a colaboração que me prestaram.

Não posso esquecer as Crianças e os seus Pais sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor José Luis Pais Ribeiro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme Portaria nº107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto "b" do nº2 do Artº 5 do Decreto-Lei nº216/92 de 13 de Outubro.

Abstract

A asma é a doença crónica mais comum da infância, cuja prevalência tem vindo a aumentar nos últimos anos. Para conseguir uma adaptação eficaz e duradoura à sua condição de doente crónico a criança tem de conhecer a sua doença o seu tratamento e tem de acreditar que é capaz de desenvolver as acções necessárias para o controlo e a estabilização dos sintomas.

O presente estudo tem como objectivos adaptar o instrumento de avaliação da auto-eficácia para crianças com asma. Relacionar o conhecimento da asma com a auto-eficácia e comparar a auto-eficácia e o conhecimento da asma em dois grupos de idades (8-10 anos e dos 11-12 anos). Foram utilizados dois instrumentos, um para medir a auto-eficácia no manejo da doença, adaptado para este estudo e outro para avaliar o conhecimento da asma. No sentido de avaliar a percepção que as crianças têm da sua saúde foram elaboradas duas questões.

Depois do estudo da escala foram encontrados 4 factores responsáveis por 43% da variância total. Em relação às questões de investigação foi encontrada uma correlação entre o conhecimento da asma e a auto-eficácia. Verificou-se que a auto-eficácia é mais elevada no grupo de crianças mais velhas, no total da escala e ao nível da resolução de problemas/ tomada de decisões. Não existem diferenças significativas entre os dois grupos de idades, no conhecimento da asma, embora as crianças mais novas apresentem uma média mais elevada. Verificámos que quanto mais frequentes são as crises de asma, maior é a expectativa de eficácia em relação ao tratamento médico. Dos resultados obtidos verificámos ainda que as crianças mais novas percebem a sua saúde de forma mais favorável do que as crianças mais velhas.

INDICE

1. CONHECIMENTO DA DOENÇA E AUTO-EFICÁCIA DA CRIANÇA ASMÁTICA.....	4
1.1 ASMA BRÔNQUICA.....	4
<i>Definição</i>	4
<i>Fisiopatologia</i>	4
<i>Etiopatogenia</i>	5
<i>Manifestações Clínicas</i>	11
<i>Diagnóstico</i>	12
<i>Evolução e Complicações</i>	13
<i>Terapêutica</i>	14
1.2. CONHECIMENTO DA DOENÇA E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE.....	15
<i>O Papel dos Pais</i>	19
1.3. AUTO-EFICÁCIA	20
<i>Fontes de Informação da Auto-eficácia</i>	24
<i>Dimensões de Variação da Auto-eficácia</i>	26
<i>Auto-eficácia e Saúde</i>	27
1.4. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	38
2. MÉTODO.....	38
2.1. PARTICIPANTES	38
2.2 MATERIAL	39
<i>Escala de Auto-eficácia da Asma</i>	39
<i>Questionário de Conhecimento da Asma</i>	41
2.3. PROCEDIMENTO	42
3. RESULTADOS	44
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	44
3.2 TRATAMENTO ESTATÍSTICO USADO	45
3.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	47
<i>Análise Factorial da Escala de Auto-eficácia</i>	47
<i>Consistência Interna da Escala de Auto-eficácia</i>	51
<i>Estudo da Variável Auto-eficácia</i>	52
<i>Estudo da Variável Conhecimento</i>	57
<i>Comparação do Conhecimento da Asma entre Pais e Filhos</i>	66
<i>Relação entre Auto-eficácia e o Conhecimento da Asma</i>	66
<i>Estudo da Variável Percepção da Saúde</i>	67
<i>Relação entre Auto-eficácia e Percepção de Saúde</i>	71
4. DISCUSSÃO	72
5. REFERÊNCIAS.....	78
6. ANEXOS	85
ANEXO 1-CARTA À COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL D. ESTEFÂNIA	86
ANEXO 2- FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO E QUESTÕES DE PERCEPÇÃO DA SAÚDE	88
ANEXO 3- QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO DA ASMA.....	89
ANEXO 4- ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA	90
ANEXO 5- DADOS BRUTOS	91

1. Conhecimento de Doença e Auto-eficácia da Criança Asmática

1.1 Asma Brônquica

Definição

A asma é uma síndrome clínica caracterizada por episódios recorrentes de obstrução brônquica que desaparecem espontaneamente ou por acção terapêutica, o que permite distinguir esta situação de outras formas de doença pulmonar crónica obstrutiva.

Na asma existe uma hiper-reactividade brônquica a variados estímulos que condicionam uma redução do calibre das vias aéreas devida a constrição dos músculos lisos da parede dos brônquios, aumento da espessura da parede brônquica e aumento das secreções das vias aéreas.

Sob o ponto de vista patológico há um quadro inflamatório da mucosa brônquica com edema e infiltração com eosinófilos, mastócitos, linfócitos e outras células que libertam substâncias activas e neurotransmissores que explicam a broncoconstrição.

A asma é a doença crónica mais comum na infância, ocorrendo em aproximadamente 6% das crianças com menos de 18 anos (Targgart & Fulwood citados por Lemanek, in press). Em Portugal o inquérito nacional de saúde de 1983, revelou uma prevalência na área metropolitana de Lisboa de 6,8% (Almeida & Branco, 1990). Dados do I.S.A.A.C (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) de 1996, revelam uma prevalência cumulativa de asma de 11,8%. É uma doença da actualidade havendo indicações da sua duplicação nos últimos trinta anos.

Fisiopatologia

A principal função do pulmão consiste em assegurar a oxigenação do organismo e rejeitar o anidrido carbónico produzido pelo funcionamento dos tecidos.

O ar inspirado percorre sucessivamente a laringe, a traqueia, os dois brônquios principais, os bronquíolos e os alvéolos pulmonares, onde entra em contacto com o sangue dos capilares pulmonares, efectuando-se aí as trocas gasosas.

Durante uma crise de asma existe uma obstrução das vias aéreas, que tem expressão predominante na expiração. Esta obstrução é devida a fenómenos inflamatórios brônquicos, a uma hipersecreção mucosa e ao espasmo dos músculos lisos dos brônquios. A broncoconstrição determina a necessidade de um aumento significativo da pressão alveolar durante a expiração, que só é conseguida pela utilização dos músculos respiratórios acessórios. Deste conjunto de alterações resulta uma redução dos débitos expiratórios, com uma expiração mais prolongada e um aumento do volume residual.

A obstrução leva a alterações no normal processo das trocas gasosas e a um aumento do trabalho respiratório, com aumento do consumo de oxigénio e da produção de anidrido carbónico, a par da fadiga da musculatura respiratória, factores que contribuem para o estabelecimento e agravamento da insuficiência respiratória.

Uma vez passada a crise, estas perturbações da mecânica ventilatória desaparecem na maioria dos casos, o que é crucial para o diagnóstico da asma.

Entre as crises, os brônquios dos asmáticos conservam uma sensibilidade exagerada em relação aos indivíduos saudáveis.

Etiopatogenia

As causas da asma são muitas, frequentemente interligadas e para além dos factores desencadeantes, existe habitualmente uma predisposição individual ou familiar.

A idade e o sexo são considerados factores de risco e diversos estudos comprovam uma maior incidência de asma nos indivíduos mais jovens e do sexo masculino, enquanto que, após a puberdade, a prevalência é maior no sexo feminino.

A frequência da asma brônquica é mais elevada em indivíduos que já manifestaram outras alergias, como o eczema e a rinite e em indivíduos com antecedentes alérgicos familiares, embora a base genética destes fenómenos permaneça em investigação.

O exercício, as mudanças da temperatura do ar e as reacções emocionais também podem desencadear ou agravar uma crise asmática (Creer & Bender; Young citados por Lemanek).

Quanto aos factores ambientais está perfeitamente demonstrada a sua implicação, quer se trate de poeiras domésticas, alergenos ocupacionais e poluentes individuais, como o tabaco ou atmosféricos, como o anidrido sulfuroso.

Todas estas situações podem ser agravadas pelas infecções, em particular virais, cuja importância na modificação da reactividade brônquica já foi referida.

As condições sócio-económicas são também indicadas como factores de risco, devido aos diferentes modos de vida, de educação, de cuidados médicos, de higiene, etc.

A asma brônquica é, pois, uma doença complexa, para a qual podem concorrer factores alérgicos, climáticos, infecciosos, endócrinos e emocionais. Estes factores podem actuar sobre o indivíduo alternadamente ou em conjunto, tendo grande influência no desenrolar da crise asmática (Carvalho, 1981; Falardeu, 1999; Fernandes, 1977; Novilham & Dutan, 1983; Rosado Pinto, 1993).

A maioria dos autores distingue sob o ponto de vista etiopatogénico três grandes grupos:

1. a asma extrínseca, imunoalérgica ou atópica, esta é a forma mais comum da doença, atingindo 50 a 70% das crianças com asma (Carvalho, 1981). Aparece associada a uma hereditariedade alérgica.

2. a asma intrínseca, não-atópica, idiossincrática ou infecciosa, apresenta como desencadeador principal factores de natureza infecciosa. Esta tem pior prognóstico e é menos frequente, atingindo cerca de 28,2%.

3. a asma mista em que os episódios dispneicos resultam de uma infecção respiratória ou do contacto com um alérgeno. É muito frequente nas crianças.

Factores alérgicos

A crise asmática é a consequência de um conflito entre uma substância exterior, denominada alérgeno ou antígeno, e um organismo sensibilizado, que não a tolera.

As causas da sensibilização a uma determinada substância ainda se mantêm obscuras, referindo-se uma predisposição hereditária.

Quando uma substância estranha se introduz no organismo, este produz anticorpos que reagem especificamente com essa substância antigénica. A união do antígeno e do anticorpo, ao invés de provocar protecção, como é o caso das vacinas, determina nos alérgicos, a produção de anticorpos particulares, chamados reaginas ou imunoglobulinas E. Estes anticorpos fixam-se em determinadas células das mucosas respiratórias que ficam sensibilizadas. Quando de um novo contacto com o alérgeno essas células vão libertar histamina e outras substâncias, que provocam o espasmo dos brônquios.

Os principais alérgenos são os absorvidos após inalação (pó e ácaros, pêlos de animais, pólenes, fungos, leveduras), os absorvidos após ingestão (leite, queijo, ovos, medicamentos, etc.) e os relacionados com infecções (bactérias, vírus, fungos) (Falardeu, 1999).

Factores infecciosos

A infecção altera o revestimento dos brônquios, facilitando a penetração dos alérgenos, que têm uma acção directa sobre a mucosa respiratória, podendo estar na origem da inflamação e do espasmo brônquico.

Factores não específicos

O êxito das curas climáticas de altitude, comprova a influência do ambiente. Em 80% das crianças asmáticas as crises agudas desaparecem, durante a sua permanência na montanha (Novilham & Dutan, 1983). Por outro lado, o número de asmáticos é maior nas regiões industrializadas, onde a poluição é mais intensa.

Factores psicológicos

A asma está relacionada com os conflitos emocionais da criança.

A componente emocional pode influenciar o desencadeamento das crises, a persistência ou agravamento do sofrimento durante as crises e a resistência ao tratamento.

Williams (citado por Lemle, 1992), num estudo dos factores desencadeantes das crises asmáticas em 478 asmáticos, encontrou factores psíquicos em 64,1% dos casos, embora em apenas 3,3% fossem os únicos. Jacobs et al. (citado por Lemle, 1992) encontraram factores imunológicos e psicológicos associados em crises de exteriorização alérgica em 75% dos seus 41 pacientes.

Todo o estímulo emocional importante para a criança, com diferentes conteúdos-ansiedade, ódio ou medo, pode contribuir para a exteriorização da doença.

A própria natureza da asma torna-a uma doença geradora de angústia. Os sentimentos de impotência e depressão no meio de um episódio asmático, são os piores aspectos da doença.

Quando uma criança tem asma, a família à sua volta fica também perturbada, o que não ajuda a criança. O comportamento dos pais pode prejudicar a imagem da criança em desenvolvimento, assustando-a e levando-a a refugiar-se numa espécie de passividade. Por vezes, a simples circunstância de hospitalizar a criança, ou seja isolá-la, faz desaparecer o acesso antes de qualquer tratamento.

O facto de não se conhecer o momento de aparição das crises, nem a sua duração, faz com que exista um medo terrível da sua repetição.

À medida que o tempo passa a criança reage à experiência que a sua doença representa, ao atraso escolar que pode ocorrer e às diversas interdições ligadas à sua deficiência, moldando, a pouco e pouco, a sua personalidade.

A criança asmática foi descrita por alguns autores como tendo características próprias: ansiedade, falta de confiança, estado tensional aumentado, dependência em relação aos pais (C.H. Rogerson et al; L. Rees, E. C. Neuhaus citados por Ajuriaguerra, 1974). T. Alcock (citado por Ajuriaguerra, 1974), através do Rorschach, encontra nas crianças asmáticas um alto grau de sensibilidade nas relações humanas, uma reactividade diminuída, uma certa inibição intelectual e um distúrbio importante na relação objectal, com fraqueza dos mecanismos de defesa do ego.

A dependência da criança asmática é um traço marcante da sua personalidade. A angústia vivida pela criança é também referida como uma característica, a qual é associada a um forte sentimento de insegurança primária.

Os asmáticos foram descritos como deprimidos, pouco confiantes e sem ambições, pouco dominadores, tristes, cansados e por outro lado irritáveis, agressivos, aborrecidos, pessimistas, caprichosos e desconfiados (Sanchez & Monteiro, 1982).

Não é possível falar-se de uma personalidade própria do asmático, já que, por um lado, todos os traços apontados podem ser específicos de uma doença crónica e não da asma e por outro lado há uma enorme variabilidade de reacções da criança face à doença (podem ser crianças dependentes, passivas ou pelo contrário agressivas).

Três modelos psicológicos tentam explicar a etiologia da asma; são eles o modelo psicodinâmico, o modelo sistémico e o modelo comportamental.

French e Alexander (citados por Creer, 1982) referem o facto da crise de asma ser uma reacção contra o perigo de separação da mãe, um conflito entre dependência e necessidade de autonomia. A crise relaciona-se com o grito-choro inibido da criança pela mãe: a inibição do choro e do grito, originariam a sua substituição pelo sintoma asmático. O elemento fundamental desta teoria psicossomática é o aspecto dependência-agressividade da criança. Os mesmos autores referem que o doente asmático apresenta uma personalidade tipo e que uma psicoterapia, em particular uma psicanálise, alivia os sintomas da asma.

No modelo sistémico, desenvolvido a partir da década de 70, toda a família e não apenas o asmático, é considerada doente. A asma assume então um valor comunicativo particular nas transacções familiares inscrevendo-se temporariamente ou cronicamente, no jogo circular de comportamentos-respostas (Silva, 1991). Minuchin e colaboradores (citados por Sampaio, 1993), conceptualizaram o modelo da organização familiar e suas disfunções, como etiologia da doença psicossomática. Os pais bem como toda a família da criança asmática estão superenvolvidos, emaranhados, dependentes dos restantes elementos, do médico e da própria doença.

A autonomia e a privacidade veêm-se altamente diminuídas ou mesmo anuladas, dada a forte intrusividade vivida na relação familiar.

Do ponto de vista comportamental a condição asmática é considerada como resultado de um processo de condicionamento clássico operante. De forma geral é aceite que a activação emocional (ansiedade, medo, excitação) é um consistente desencadeador dos sintomas asmáticos (Connors citado por Silva, 1991). O condicionamento operante desempenha um papel de relevo na perpetuação da asma, desde que ocorram crises de asma com frequência, surgem necessariamente consequências ambientais, tais como a obtenção de atenção, redução da tensão familiar e o evitamento do conflito. Deste modo e a partir de um trabalho operante a resposta asmática pode ser mantida apenas pelo seu efeito no ambiente que rodeia a criança.

Pode dizer-se que, mesmo que a causa inicial seja a sensibilização a alergenos ou a infecção brônquica, a asma pode ser afectada e mantida em virtude dos processos de condicionamento descritos (Turnbull; Wohl citados por Silva, 1991).

A asma não é uma doença estereotipada, as causas que a provocam são múltiplas e associam-se de forma variável num mesmo doente, de modo que nenhuma criança asmática é igual a outra.

Manifestações Clínicas

◆ Crise típica

É a forma menos frequente na idade pediátrica; estas crises são espontâneas ou provocadas por variações meteorológicas, agressões psicoafectivas ou infecções respiratórias e atingem essencialmente crianças com mais de 6 anos (Novilham & Dutan, 1983).

Sintomas pouco significativos, como mal estar, irritabilidade, conjuntivite, espirros e corrimento nasal, podem anunciar uma crise asmática. Esta, surge frequentemente de noite, de uma forma brusca e atinge a intensidade máxima com rapidez, dura habitualmente uma a duas horas. Desenrola-se em duas fases: a fase de sufocação em que a criança apresenta dispneia, sobretudo expiratória, por vezes acompanhada de tosse seca e penosa. A criança apresenta-se ansiosa e agitada. Na segunda fase, denominada catarral, a respiração é ruidosa e sibilante, a dispneia acentua-se e há hipersecreção. A tosse é rude. No final da crise, aparecem dores torácicas, devidas ao esforço respiratório.

◆ Crise atípica

Este carácter atípico pode provir dos sintomas da crise ou das circunstâncias da sua aparição, particularmente associado aos componentes inflamatório e infeccioso da criança.

◆ Equivalentes da asma

O eczema constitucional, a urticária, o edema de Quincke, a rinite espasmódica e a tosse espasmódica são as formas mais importantes de equivalentes asmáticos. Todas elas têm uma nítida tendência recidivante e constituem manifestações sintomáticas, que derivam frequentemente de um mecanismo alérgico.

Diagnóstico

Diversos estudos demonstram que clinicamente a doença é de difícil diagnóstico, principalmente quando se trata de crianças.

A anamnese e o exame da criança asmática podem ser completados com outros exames, no sentido de esclarecer as repercussões e a etiologia da asma.

Os estudos da função ventilatória permitem pesquisar a importância da obstrução brônquica e apreciar o progresso da doença e os efeitos da terapêutica.

Os exames imuno-alergológicos são particularmente importantes no sentido de pôr em evidência as características alérgicas e identificar os alergenos responsáveis.

Evolução e Complicações

Apesar da maior parte dos casos de asma evoluírem favoravelmente, nalguns doentes isso não acontece.

Os acessos de asma desaparecem nalguns doentes espontaneamente ou sob a influência de terapêutica. Alguns autores referem que cerca de metade das crianças curam a sua doença, enquanto que 40% permanecem com crises ocasionais ou pouco intensas. Cerca de 10% dos doentes apresentam quadros de doença incapacitante.

A asma é uma afecção de longa duração, susceptível de se curar aparentemente, para mais tarde reaparecer. As possibilidades de cura dependem sobretudo da causa da asma e da idade da criança, o risco aumenta à medida que a criança avança na idade, devido ao aumento da frequência do factor alérgico, ao passo que o factor infeccioso diminui.

As complicações a longo prazo na criança asmática podem atingir o aparelho respiratório, o crescimento e a inserção sócio-familiar.

No primeiro caso as crises asmáticas e as infecções recidivantes podem determinar insuflação pulmonar permanente e deformações torácicas. As crises sucessivas ou intensas podem comprometer o sucesso escolar destas crianças pela necessidade de permanecerem afastadas das aulas e pelo clima de superproteção que desencadeiam da parte dos pais. Nalguns

países existem escolas climáticas para permitirem um normal desenvolvimento escolar destas crianças.

Para Rosado Pinto, 1994, “A estreita colaboração entre a criança, a família e o médico, aliados a uma atitude compreensiva e conhecedora dos professores e pessoal paramédico, são essenciais para a sua integração no meio social onde vive” (p.16).

Terapêutica

O tratamento da asma deve ser instituído o mais precocemente possível, para permitir que a criança leve uma vida normal, impedindo a instalação de sequelas que a venham a limitar no futuro. Não existe uma cura para a asma e o objectivo do tratamento é manter o doente assintomático de forma a permitir-lhe uma vida normal. Existem diversos tratamentos para a asma, cujos objectivos e mecanismos de acção são, com frequência, ignorados ou confundidos pelos pais.

Uns medicamentos servem para tratar a crise outros para a prevenir e outros ainda são utilizados para actuar contra as causas da afecção. O tratamento preventivo é muito importante, pois impede tanto quanto possível a repetição das crises diminuindo-lhes a intensidade. São recomendados vários comportamentos para serem seguidos conjuntamente com a medicação, entre os quais a redução de exposição a alergenos e outros desencadeantes, a monitorização regular dos sintomas, o uso do *peak-flow* e visitas regulares ao médico. Como medidas adjuvantes deve salientar-se a reeducação respiratória e a prática de desportos, nomeadamente a natação.

Na terapêutica sintomática incluem-se substâncias broncodilatadoras (teofilinas, derivados xantínicos e simpaticomiméticos), os anticolinérgicos e os corticóides.

O tratamento das infecções tem um papel importante na terapêutica da asma, assim como a cinesiterapia respiratória e as curas climáticas termais.

Os factores psicológicos fazem parte integrante desta afecção e merecem uma vigilância especial. Um dos aspectos importantes é a desdramatização dos acessos de asma pelos familiares. Por outro lado, se a doença se agrava e as crises se tornam frequentes, a repercussão na vida psíquica da criança é inevitável. Do mesmo modo a asma pode ser agravada e mesmo provocada pelas dificuldades pessoais que a criança tenha que enfrentar. A ajuda psicológica à criança com asma facilitar-lhe-á o acesso à autonomia que lhe é tão difícil adquirir.

A complexidade do regime terapêutico atrás descrito, associado ao facto de muitas vezes este não ser totalmente eficaz, tendo ainda em conta os efeitos secundários de quase todos os medicamentos, faz com que o tratamento da asma esteja frequentemente relacionado a uma baixa adesão.

O sucesso da prevenção na criança asmática passa pela educação do doente e seus familiares, por um plano de actuação terapêutica adequada e uma relação íntima com os médicos e restantes membros da equipa de saúde.

1.2. Conhecimento da Doença e Comportamentos de Saúde

Factores cognitivos como as crenças, as atitudes e o conhecimento têm sido descritos como determinantes de comportamentos de saúde (Conner & Norman, 1996). Conhecer os comportamentos que promovem a saúde, é um factor essencial na escolha de estilos de vida saudáveis.

Em qualquer situação de doença e em especial nas doenças crónicas é fundamental que o doente conheça e compreenda a sua doença, o seu carácter crónico e a necessidade de fazer medicação regular. Só desta forma é que o doente pode em consciência decidir que comportamentos tomar.

O conhecimento da doença por parte do doente pode pô-lo em vantagem numa série de situações (Eiser et al, 1988):

- a) conhecer a fisiologia da doença torna os sintomas menos assustadores;
- b) conhecer o efeito e a forma como actuam os medicamentos, faz com que a sua administração seja mais racional, logo mais aceitável;
- c) conhecer os factores desencadeantes pode permitir evitá-los;
- d) conhecer e compreender o prognóstico, torna cada crise menos assustadora;
- e) controlar o medo pode reduzir os sintomas;
- f) compreender a doença pode reduzir o estigma de “ser doente”.

Uma relação privilegiada com os técnicos de saúde é imprescindível para o doente conhecer a sua doença. Uma comunicação efectiva entre os profissionais de saúde e o doente torna-se muito mais complicada quando o doente é uma criança. Esta dificuldade de comunicação pode ter repercussões graves na adesão ao tratamento.

No entanto, a compreensão da saúde e das suas determinantes e da prevenção e tratamento das doenças difere substancialmente da infância para a idade adulta.

O conhecimento de como as crianças compreendem a morte, nas várias fases do seu desenvolvimento permitiu aos profissionais de saúde e de educação ajudar crianças em fases

terminais. Da mesma forma o conhecimento de como as crianças nas várias fases do desenvolvimento compreendem as doenças permite uma melhor abordagem dos profissionais de saúde, junto das crianças.

Vários estudos sugerem que as concepções de saúde e doença nas crianças mostram alterações qualitativas em paralelo com os estádios de desenvolvimento cognitivo de Piaget. Com base nesta teoria vários autores descreveram a forma como as crianças compreendem conceitos como sexualidade e reprodução, saúde, papel dos médicos e da medicina (Eiser & Kopel, 1987).

No estágio pré-operatório, antes dos 7 anos, as ideias das crianças acerca da saúde e da doença são caracterizadas pela confusão ou respostas não elaboradas sobre a causa e efeito e pelo pensamento mágico e circular (Bibace & Walsh, 1980; Perrin & Gerrity, 1981; Olvera-Ezzel, 1994). Neste estágio não existe uma diferenciação entre doenças (Eiser & Kopel, 1987).

No estágio das operações concretas, entre os 7 e os 11 anos as crianças percebem o papel do contágio e dos micróbios na etiologia das doenças e acreditam que a saúde e o bem-estar são baseados no conformismo a uma série de regras rígidas (Bibace & Walsh, 1980; Eiser & Kopel, 1987; Olvera-Ezzel et al, 1994; Perrin & Gerrity, 1981).

A partir dos 11 anos, no estágio das operações formais, conceitos mais complexos como infecções e comportamentos preventivos de saúde são perceptíveis. As crianças são capazes de fazer referência às consequências de determinados comportamentos de saúde ou a processos de transmissão de saúde e doença (Bibace & Walsh, 1980; Olvera-Ezzel, 1994; Perrin & Gerrity, 1981).

Para indicar a presença de doença as crianças mais novas dão explicações menos complexas e não as relacionam com processos internos. As crianças mais velhas explicam doenças específicas e fazem uma descrição mais organizada do seu processo e da sua causa.

Esta abordagem puramente cognitiva é criticada por vários autores (Gellman & Baillargeon citados por Eiser & Kopel, 1987). Estes explicam que os estudos que concluíram a existência destes estádios são baseados em entrevistas semi-estruturadas, o que pode levantar dúvidas na interpretação das respostas dadas. Defendem ainda que a compreensão das crianças acerca das doenças se prevê melhor através do seu nível de desenvolvimento, do que da sua idade cronológica.

Actualmente, embora se possa dizer que a compreensão das crianças acerca das doenças se desenvolve de uma forma sistemática, esta não deve ser explicada apenas com base em aspectos cognitivos. Existem evidências de que outros factores têm um papel fundamental na aquisição da compreensão sobre saúde e doenças. Diferenças individuais como a motivação para a saúde e a percepção de vulnerabilidade, influenciam não só a forma como as crianças compreendem as doenças, mas também a forma como se vão comportar face a uma doença.

A forma como a doença, os tratamentos e hospitalizações são explicados à criança, também têm consequências no comportamento e adaptação. Tanto os profissionais de saúde como os pais devem ter o cuidado de utilizar forma de comunicação adequadas ao nível de desenvolvimento da criança. Para as crianças mais novas e imaturas a explicação deve ser simples e breve, com uma base perceptiva clara centrada nos fenómenos e sensações mais marcantes. É importante ter atenção em relação à linguagem, pois nestas idades as crianças têm tendência de interpretar literalmente o que lhes é dito e de se centrar nas imagens de atentado concreto e material à sua integridade física (Whitt citado por Barros 1999). As sensações que se podem prever devem ser referidas, mas com o cuidado de não antecipar dor ou ansiedade. A

partir dos 7 anos deve ser dada à criança uma informação mais detalhada e realista. A explicação do processo de adoecer e do curar, a ideia de que no interior do seu corpo alguns héreis lutam para vencer os micróbios ou de que pensamentos positivos ajudam a não ter medo, podem interessar a criança e motivá-la para uma participação mais activa e positiva no seu tratamento (Barros, 1999). Em relação ao adolescente o seu nível de pensamento já lhe permite compreender aspectos mais sofisticados e científicos do seu diagnóstico, permite-lhe utilizar uma gama alargada de competências de auto-controlo e resolução de problemas, aprendendo a ser um doente mais autónomo.

O Papel dos Pais

O desenvolvimento comportamental, cognitivo e emocional da criança depende do ambiente familiar em que a criança vive.

A atitude da criança perante a doença vai depender em grande parte dos processos de construção, de significações e de confronto utilizados pelos pais. Reconhece-se hoje que os pais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento das atitudes e crenças dos filhos sobre saúde e doença (Barros, 1999). Pelas suas atitudes em relação à criança e à doença os pais vão contribuindo para modelar uma noção do que é ser e/ou estar doente, quais os privilégios e benefícios secundários que este estado implica. As atitudes e verbalizações dos pais face à dor e mal-estar do filho vão influenciar o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade física e de auto-eficácia no controlo dos vários sintomas físicos. Da mesma forma, o modo como estabelecem relação com os técnicos de saúde e como aceitam e seguem as prescrições médicas vão contribuir para a aquisição de um modelo de adesão médica.

Face à relação privilegiada que mantêm com os filhos, os pais são importantes protectores ou moderadores da saúde da criança. Nas situações de doença crónica em que são necessários tratamentos e regimes complexos, assim como em relação à adopção de

comportamentos e atitudes preventivas, o papel dos pais é central para a adesão às prescrições e recomendações médicas (LaGreca citado por Barros, 1999).

Embora se reconheça que a criança deve ser considerada como um parceiro activo no diagnóstico e tratamento, sabe-se que antes do final da adolescência são os pais que assumem uma maior responsabilidade no tratamento da criança. São os pais que decidem cumprir ignorar ou adaptar os conselhos dos profissionais.

Numa perspectiva construtivista pode-se afirmar que os pais nas suas concepções organizam modelos ou teorias sobre a importância relativa dos vários determinantes de saúde infantil, sobre a possibilidade de controlar e influenciar as atitudes facilitadoras e inibidoras da saúde, ou sobre a importância ou a necessidade de aderir às prescrições médicas. As construções parentais hierarquizam-se em níveis de progressiva diferenciação, flexibilidade e integração, como os definidos por Piaget (Barros, 1999).

As perspectivas cognitivas actuais consideram a não adesão como um processo activo de avaliação dos efeitos do tratamento face aos seus custos.

Assim é essencial a valorização das significações individuais dos pais, sobre o processo de doença, a relação com os profissionais de saúde, a eficácia dos tratamentos e recomendações. Reconhece-se a necessidade de considerar os pais como membros activos da equipa de saúde que acompanha e trata a criança (Barros, 1999).

1.3. Auto-eficácia

A Teoria da Auto-eficácia, desenvolvida por Bandura a partir de 1977, tem sustentado, nos últimos anos, vários trabalhos de investigação em Psicologia da Saúde.

Esta teoria assenta na distinção conceptual entre expectativa de eficácia ou auto-eficácia, que representa a capacidade percebida para executar com êxito um determinado comportamento e expectativa de resultados, que é a probabilidade percebida de que um comportamento produza determinados resultados. Esta teoria propõe que os dois tipos de expectativas actuam em grande medida como determinantes da eleição de actividades, do esforço e da persistência, dos padrões de pensamento e das respostas emocionais. Na medida em que as expectativas actuam como determinantes da conduta podem utilizar-se como preditores da mesma (Bandura, 1977).

As expectativas tanto de eficácia como de resultados concebem-se não como variáveis globais e estáveis, mas sim como cognições específicas e mutáveis que se formam e se re-elaboram constantemente a partir do processamento e integração da informação procedente de várias origens, como dos êxitos pessoais passados, da observação do comportamento dos outros, da persuasão verbal e da auto-percepção do estado fisiológico do organismo. Neste sentido as expectativas são crenças actuais que reflectem a história individual e que se projectam no futuro (Villamarin, 1994).

De acordo com Albert Bandura, 1986 “o que as pessoas pensam, acreditam e sentem, afecta o modo como elas se comportam” (p.25).

Na teoria de Bandura reconhece-se de forma explícita que as expectativas não esgotam os determinantes da conduta; para que se produza uma boa actuação num âmbito determinado, para além de altas expectativas de eficácia e de resultados, é necessário possuir as capacidades e os recursos materiais necessários.

As teorias de expectativa têm uma longa história na psicologia e partilham do princípio básico de que as pessoas tendem a desenvolver comportamentos que acreditam que venham a produzir os efeitos desejados. Modelos recentes da teoria de expectativa, como a Teoria da

Motivação Protectora e a Teoria da Acção Racional, entre outros, têm muito em comum com a Teoria da Auto-eficácia e devem ser vistos como compatíveis e complementares.

A proposta original de Bandura de que as expectativas de auto-eficácia se podem distinguir das expectativas de resultados continua a ser uma fonte de controvérsia e discussão por parte de vários autores. Eastman e Marzillier (1984) contrapõem que Bandura falhou ao dar uma clara e conceptual distinção entre expectativas de eficácia e expectativas de resultados e sustentam que a construção da auto-eficácia inclui por definição elementos de expectativas de resultados. Bandura (citado por Maddux & Stanley, 1986) respondeu a estas críticas insistindo que as expectativas de eficácia e as expectativas de resultados são conceptualmente distintas, mas que o tipo de resultados que as pessoas antecipam está fortemente influenciado pelas expectativas de eficácia. Maddux, Norton & Stoltenberg e Barnes & Maddux (citados por Maddux & Stanley, 1986) provaram que as expectativas de auto-eficácia e as expectativas de resultados podem ser distinguidas e podem ter um contributo independente significativo, prevendo as intenções de comportamento. Todos os dias os sujeitos se confrontam com a necessidade contínua de tomar decisões sobre os cursos de acção a desenvolver. Estas decisões, em parte, são determinadas pelos julgamentos da eficácia percebida. Neste sentido, uma avaliação adequada da auto-eficácia, face às exigências da tarefa, tem uma importância decisiva no funcionamento de sucesso. As pessoas que sobre-estimam as suas capacidades têm tendência a desempenhar actividades que estão claramente acima das suas capacidades, o que pode conduzir a dificuldades e insucessos desnecessários. Os indivíduos que subestimam as suas capacidades também sofrem custos, que assumem a forma de auto-limitações, uma vez que não desenvolvem potencialidades pessoais (Bandura, 1981).

Segundo Bandura (1986, p394) “os juízos mais funcionais são provavelmente aqueles que excedem levemente o que se pode fazer em determinada situação”. Estas apreciações

podem levar os sujeitos a aceitarem as tarefas desafiantes com realismo e a desenvolverem progressivamente as suas capacidades.

As expectativas de auto-eficácia contribuem para o desenvolvimento das capacidades já existentes e o esforço imprimido pelas expectativas contribui para o desenvolvimento de novas capacidades. Pelo contrário uma baixa expectativa de auto-eficácia atrofia o desenvolvimento pessoal (Bandura, 1986).

Para Bandura as expectativas de auto-eficácia influenciam o comportamento de quatro maneiras. Primeiro influenciam a escolha comportamental, os indivíduos têm tendência para executar actividades para as quais se sentem competentes e confiantes e evitar situações que acham que excedem as suas capacidades. Segundo, a auto-eficácia determina a quantidade de esforço que os sujeitos vão dispender e a sua persistência quando confrontados com obstáculos. Quanto mais elevado for o sentimento de auto-eficácia maior será o esforço e a persistência do sujeito. A percepção da auto-eficácia influencia também os processos de pensamento e a reacção emocional. Os indivíduos que se julgam ineficazes exageram as suas dificuldades pessoais considerando as potenciais dificuldades como mais difíceis do que são na realidade. Esta crença pode aumentar o stress e dificultar a visão de qual a melhor forma de resolver o problema. Por outro lado uma elevada expectativa de eficácia vai promover sentimentos de confiança e serenidade na resolução de tarefas que se consideram difíceis.

Indivíduos com um elevado sentimento de eficácia atribuem a falha de uma tarefa difícil a um esforço insuficiente, enquanto que os indivíduos que se sentem menos eficazes atribuem a falha à sua falta de capacidade (Collins, 1982).

O comportamento não é exclusivamente determinado pelas expectativas de auto-eficácia, é necessário que os sujeitos possuam competências e incentivos para agir.

A auto-eficácia pode, só por si, afectar o nível de motivação, mas se o indivíduo não possuir as capacidades necessárias ao exercício dessa tarefa ela não se realizará.

Os incentivos para agir têm também um importante papel nas expectativas de auto-eficácia e na adopção de comportamentos. Se um indivíduo não possuir incentivos para desempenhar determinada acção, mesmo que possua as capacidades necessárias e um elevado sentimento de auto-eficácia, essa acção não será realizada.

Podemos então concluir que se se reunirem as competências necessárias e se se tiver um incentivo adequado as expectativas de auto-eficácia constituem segundo Bandura 1977, um “...forte determinante da escolha pessoal de actividades, quantidade de esforço dispendido e de persistência em lidar com a situação indutora de stress.”(p. 194).

Fontes de Informação da Auto-eficácia

As crenças de auto-eficácia baseiam-se no processamento cognitivo de quatro fontes principais de informação:

- resultados do desempenho da experiência pessoal.
- Experiências vicariantes de observação do comportamento dos outros.
- Persuasão verbal.
- Estados psicológicos.

A experiência pessoal constitui a fonte de informação de auto-eficácia mais influente, já que se baseia numa experiência autêntica vivida pelo sujeito (Bandura 1977, 1982; Pajares, 1998). Os efeitos das acções e as interpretações desses efeitos ajudam a criar as expectativas de auto-eficácia. Bons resultados fazem aumentar a auto-eficácia, os maus diminuem-na. Contudo

os insucessos que são ultrapassados por esforço podem fortalecer as expectativas de eficácia, levando o sujeito a acreditar que os obstáculos, mesmo os mais difíceis podem ser ultrapassados por esforço e por persistência.

Quando um indivíduo desenvolveu um elevado sentimento de eficácia devido a sucessivos sucessos, os fracassos ocasionais têm pouco efeito nos juízos das capacidades pessoais (Bandura, 1977, 1982).

A observação de outros indivíduos a realizarem com sucesso determinados comportamentos pode elevar as expectativas de auto-eficácia nos observadores, na medida em que os leva a julgar que possuem as mesmas capacidades e que podem igualmente realizar com êxito actividades comparáveis.

Esta fonte de informação é mais fraca do que a anterior, mas quando as pessoas estão inseguras quanto as suas capacidades ou quando têm limitadas experiências anteriores, tornam-se mais sensíveis a esta fonte. O processamento cognitivo deste tipo de informação envolve comparações sociais com outros indivíduos. Esta comparação, em conjunto com a observação do modelo, pode influenciar o desenvolvimento de auto-percepções de competência (Schunk citado por Pajares, 1998). Por exemplo, o fracasso do modelo tem um efeito mais negativo na percepção de eficácia por parte do observador se este julgar as suas capacidades semelhantes às do modelo, por outro lado, se o observador julga ter capacidades superiores, o fracasso do modelo não tem um efeito negativo (Brown & Inouye citados por Pajares, 1998). O êxito conseguido por pessoas semelhantes eleva as auto-apreciações de eficácia nos observadores (Bandura, 1981,1986).

Os indivíduos também podem criar e desenvolver as suas expectativas de auto-eficácia pelo resultado da persuasão verbal. Esta é uma técnica largamente usada no processo de influenciar o comportamento humano, pela sua facilidade de utilização. Embora seja mais fraca

do que as anteriores pode ter um papel importante no desenvolvimento das crenças pessoais (Zeldin & Pajares citados por Pajares, 1998).

Pela persuasão verbal podemos levar os indivíduos a acreditarem que possuem capacidades necessárias para a realização de tarefas específicas. Persuadidos de que possuem as capacidades necessárias para realizarem um determinado comportamento, têm maior probabilidade de desenvolver esforços, enfrentar dificuldades e de atingir os objectivos que delinearam.

Para se mudarem os juízos de eficácia pessoal através da persuasão verbal, é necessário que o persuasor seja credível e que tenha conhecimentos sobre a actividade em questão (Bandura, 1982).

A persuasão verbal influencia mais os julgamentos dos sujeitos que têm algum motivo para acreditar que podem executar determinado comportamento.

Os estados psicológicos como a ansiedade, o stress, a fadiga e os estados de humor afectam as expectativas de auto-eficácia. Todos estes sintomas podem ser interpretados como um indicador de que o sujeito não tem capacidade para desempenhar uma tarefa específica (Bandura, 1981,1986).

Uma elevada activação emocional geralmente debilita o desempenho, pelo que os sujeitos quando estão tensos e agitados consideram-se menos aptos a realizar determinada tarefa.

Dimensões de Variação da Auto-eficácia

Segundo Maddux (1995), as expectativas de auto-eficácia variam de acordo com três dimensões:

1- Magnitude, diz respeito ao grau de dificuldade que se acredita alcançar numa tarefa. As tarefas a realizar apresentam diferentes graus de dificuldade e as expectativas de auto-eficácia podem limitar-se às tarefas simples, alargar-se às moderadamente difíceis ou mesmo incluir as realizações mais esforçadas, dentro de um domínio particular do funcionamento.

2- Generalidade, os sujeitos podem julgar-se mais ou menos eficazes apenas em alguns domínios e contextos específicos de actuação ou numa vasta gama de tarefas e situações.

3- Força, refere-se ao grau de convicção do sujeito sobre as suas próprias capacidades para a realização de um comportamento específico. Quanto mais forte for a expectativa da auto-eficácia maior probabilidade de sucesso no comportamento a realizar.

Para uma análise adequada das expectativas de auto-eficácia relativamente a um comportamento específico é necessária uma avaliação detalhada destas três dimensões.

A Teoria da Auto-eficácia tem sido aplicada em diversos domínios do funcionamento psicossocial, incluindo desordens de ansiedade, depressões, motivação, aquisição de comportamentos, escolha de carreira e desenvolvimento, aquisição atlética. Os resultados destas diferentes linhas de investigação, convergem na evidência de que a percepção dos indivíduos acerca da sua eficácia afecta significativamente o seu nível de motivação e o funcionamento psicossocial (O'Leary, 1985).

Auto-eficácia e Saúde

Cada vez mais as doenças são vistas como determinadas por múltiplos factores. Factores fisiológicos, comportamentais e sociais desempenham papeis importantes em doenças graves e prevalentes (O'Leary, 1985).

Na Teoria Social Cognitiva, factores comportamentais, cognitivos, fisiológicos e influências ambientais operam, em conjunto, como determinantes uns dos outros (Bandura citado por O'Leary, 1985). Aplicada à saúde esta teoria conceptualiza que o estado de saúde é determinado pela influência interactiva entre o estado fisiológico do sujeito, o comportamento, as cognições e o ambiente (O'Leary, 1985). Este modelo teórico constitui uma abordagem compreensiva para as doenças crónicas, que são fortemente influenciadas por factores emocionais e comportamentais, no que respeita à sua causa e tratamento (O'Leary, 1985).

A percepção de eficácia pode afectar os comportamentos de saúde através dos seus efeitos motivacionais e dos seus efeitos emocionais. Enquanto variáveis motivacionais de carácter cognitivo que determinam a eleição de comportamentos e o esforço e a persistência nos comportamentos escolhidos, as expectativas de eficácia podem regular as intenções de abandonar hábitos prejudiciais à saúde e podem determinar o esforço e a persistência no cumprimento de comportamentos favorecedores da saúde, auto-impostos ou prescritos por médicos. No que respeita às capacidades físicas a auto-eficácia pode influenciar a rapidez e magnitude da recuperação, depois de traumas físicos ou doenças incapacitantes.

As expectativas de eficácia podem também influenciar a saúde através dos seus efeitos de carácter emocional, pois a capacidade percebida para fazer frente a situações stressantes é uma variável psicológica crítica na modulação da reactividade biológica. Neste sentido, uma série de investigações recentes realizadas por Bandura e seus colaboradores, concluíram que a percepção de eficácia modula os parâmetros em que se quantifica a actividade autónoma do organismo, a frequência cardíaca, a pressão arterial, a libertação de adrenalina e noradrenalina, a actividade dos mecanismos opiáceos e não opiáceos do controlo da dor e a imunocompetência através dos linfócitos T (Bandura et al citado por Villamarin, 1994).

Hoje em dia muitos problemas de saúde podem ser resolvidos deixando aos sujeitos o controlo sobre os seus comportamentos de saúde, em vez de este só se restringir aos médicos (O'Leary, 1985). A este nível as expectativas de auto-eficácia têm-se revelado um factor importante no processo de início e de mudança de comportamentos, já que representam a crença pessoal de poder mudar um determinado comportamento através da acção pessoal. As expectativas de auto-eficácia mediatizam a intenção de mudar o comportamento de risco para a saúde, influenciam o esforço dispendido no sentido de atingir o objectivo e a persistência de continuar a manter o comportamento de saúde, apesar de eventuais dificuldades situacionais (Schwarzer & Fuchs, 1996).

Assim, os julgamentos de eficácia determinam a escolha do comportamento, isto é, quais as actividades que se vão tentar e quais as que se vão evitar, a quantidade de esforço dado a uma tarefa e a duração da persistência quando são encontradas dificuldades. A adesão dos doentes a regimes médicos difíceis vai ser mais duradoura em indivíduos cujas crenças nas suas capacidades para modificar a sua saúde são mais fortes. Uma elevada percepção de eficácia também pode reduzir a ansiedade durante procedimentos médicos agressivos (O'Leary, 1985).

Nos últimos 15 anos a Teoria da Auto-eficácia tem estimulado vários estudos, no sentido de se explorar o papel das expectativas de auto-eficácia nos domínios dos comportamentos protectores de saúde, comportamentos de risco para a saúde, nos comportamentos de adesão, nas respostas fisiológicas ao stress, no tratamento psicológico da dor, etc. (Villamarin, 1994).

Nos estudos relacionados com hábitos tabágicos verificou-se que a influência das expectativas de auto-eficácia é basicamente de carácter motivacional: quanto mais elevadas as expectativas de auto-eficácia, maior é o esforço para abandonar o hábito (Villamarin, 1994).

Tem sido demonstrado que as expectativas de auto-eficácia influenciam a adopção de comportamentos protectores de saúde ao nível das práticas sexuais: relativamente à capacidade

pessoal de negociar com o companheiro(a) o uso do preservativo, as expectativas de auto-eficácia constituem-se como predictor da adoção de comportamentos sexuais seguros (Fucks, 1996).

Ao nível do exercício físico também se têm verificado relações com as expectativas de auto-eficácia, que se parecem constituir como uma força instigadora do processo de início e manutenção da prática regular de exercício físico (Fucks, 1996). O controlo de peso e a adesão a um regime alimentar (dieta) são comportamentos de saúde que também tem sido demonstrado serem influenciados pelas expectativas de auto-eficácia (Fucks, 1996).

Para O'Leary (1985) as expectativas de auto-eficácia sobre a capacidade de cumprir os procedimentos prescritos e conseqüentemente de controlar o próprio estado de saúde, parece ser um factor importante para o aumento da adesão dos sujeitos à terapêutica médica aconselhada.

A recuperação de um enfarte do miocárdio pode ser facilitada pelo aumento das expectativas de auto-eficácia do sujeito, acerca das suas capacidades físicas e cardíacas (O'Leary, 1985).

Através de vários trabalhos de investigação tem-se verificado que as expectativas de auto-eficácia têm um papel importante na resposta do organismo ao stress. Indivíduos que acreditam ter capacidades adequadas de confronto com determinado estímulo indutor de stress, apresentam um menor nível de ansiedade e uma reduzida reacção fisiológica (O'Leary, 1992).

Fizeram-se vários estudos no sentido de explorar a relação das expectativas de auto-eficácia no controlo do sintoma. Dos vários trabalhos emerge a ideia consistente de que as expectativas de auto-eficácia parecem mediar as potencialidades analgésicas de diferentes procedimentos psicológicos: auto-relaxação e técnicas cognitivas (Bandura et al., 1987).

Sujeitos que apresentam elevadas expectativas para controlar a dor, apresentavam maior tolerância ao sintoma e experienciavam menos dor (Bandura et al., 1987).

Os resultados destes estudos permitem concluir que as expectativas de auto-eficácia se relacionam com comportamentos de saúde. Elevadas expectativas de auto-eficácia relacionam-se com um estado de saúde mais positivo e uma melhor integração social (Lorig et al., 1989). Schwazer & Fuchs (1996) referem que o aumento das expectativas de auto-eficácia, relativamente à realização de um comportamento de saúde específico se associa a melhorias no estado de saúde nas áreas afectadas por esse comportamento.

Os comportamentos de saúde variam na sua complexidade e também no nível e número de competências requeridas para a sua execução (O'Leary, 1992). De modo a executar um determinado comportamento com sucesso o sujeito para além de elevadas expectativas de auto-eficácia, necessita de competências específicas para o seu desempenho (Villamarin, 1994). Quanto mais elevada é o número de competências requeridas para controlar o comportamento, maior peso terão as expectativas de auto-eficácia ao nível do desempenho (O'Leary, 1992).

As consequências de uma doença crónica no desenvolvimento da criança dependem da forma como a criança e a família se adaptam à doença, da forma como são capazes de compreender, interpretar, avaliar e confrontar a situação de doença e as experiências de sofrimento e limitação física que dela decorrem.

A adaptação à doença exige que a criança desenvolva uma série de competências de controlo da doença e dos seus sintomas. Um controlo efectivo da doença requer a combinação de um tratamento médico adequado, de um controlo ambiental, da educação e do treino de auto-cuidados por parte da criança e da família.

Com o crescente conhecimento da importância do papel do doente no manejo de uma doença crónica, a educação emergiu como um componente essencial no tratamento médico da asma na criança (Brasil et al, 1997). O objectivo da educação é ajudar o doente a tomar as acções necessárias para controlar a sua asma.

Para saber que atitudes se devem tomar, é necessário que tanto pais como crianças conheçam a doença, os sintomas, quais os desencadeantes a evitar e qual o tratamento adequado às diferentes fases da doença. A criança precisa saber o que tem de fazer se começar a ter sintomas, sem entrar em pânico, tem de saber quais os desencadeantes da asma para poder evitá-los. Nas aulas de educação física é importantíssimo que a criança saiba que tem de tomar o medicamento de prevenção de crise de esforço (Rosado Pinto, 1994).

O conhecimento objectivo sobre a doença, a sua evolução provável, os tratamentos disponíveis e as consequências de um tratamento incompleto ou insatisfatório é essencial para permitir que o doente desenvolva as acções necessárias para controlar a doença e para conseguir uma adaptação eficaz e duradoura (Barros, 1999; Palen et al., 1997). Só desta forma é que o doente pode ter um papel mais autónomo e activo na avaliação e no tratamento da doença. Num estudo realizado por Brazil et al, 1997, provou-se que o conhecimento da doença se relaciona com a prática de comportamentos de auto-cuidados.

No entanto vários estudos indicam que o conhecimento acerca da asma é muito baixo. Num estudo realizado com adolescentes poucos souberam dizer o nome de medicamentos que podem ser usados durante uma crise de asma e uma enorme percentagem considerou que podiam ficar dependentes da medicação (Gibson et al., 1995). Num outro estudo realizado com crianças entre os 6 e os 17 anos poucos fizeram tentativas específicas de evitar situações conhecidas como desencadeantes de crises de asma. Embora o conhecimento geral acerca da asma aumentasse com a idade, não houve diferenças significativas, entre os três grupos de

idades (7-9; 10-11; 12-16), no reconhecimento de alérgenos, e na forma como controlar as crises. Os resultados deste estudo indicaram ainda que é necessário tornar as crianças mais atentas à sua doença, principalmente no que se refere aos auto-cuidados. (Eiser, Town & Tripp, 1988).

Para ajudar a criança a controlar a sua doença e conseqüentemente adaptar-se é importante perceber qual é o conhecimento que a criança tem da doença e da forma de a controlar.

Contudo, verificou-se que o simples conhecimento dos sintomas ou rotinas de tratamento não implicava directamente uma melhor adesão (Mazzuca citado por Barros, 1999). Os doentes precisam de acreditar na sua eficácia em aplicar os conhecimentos. É necessário que a criança acredite que é capaz de utilizar a medicação, que é capaz de evitar os desencadeantes, que é capaz de identificar os sintomas, preveni-los e controla-los.

Se a criança acreditar que é capaz de desenvolver estes comportamentos para controlar a sua doença, ficará mais à vontade para os executar e vai-se sentir mais confiante nessa acção. Esta variável cognitiva, a auto-eficácia, pode afectar o comportamento, nível de motivação, o padrão de pensamento e a reacção emocional em situações de stress (Bandura, 1977). Segundo O'Leary (1985) as expectativas de eficácia são um factor importante para o aumento da adesão dos sujeitos à terapêutica médica aconselhada. A auto-eficácia provou ser um bom preditor de comportamentos de auto-manejo da doença crónica (Clark et al., 1988; Seydel et al., 1997).

Assim têm sido criados vários programas cujo objectivo, para além de transmitir informação e conhecimentos, é o treino de competências, tanto para a prevenção como para o tratamento de episódios de asma (Wilson et al, 1993). A aplicação destes programas de educação para a saúde junto de crianças com asma tem-se mostrado eficaz, demonstrando um

aumento do conhecimento, mudanças no comportamento e diminuição da utilização dos serviços de saúde.

Normalmente estes programas de educação focam dois aspectos principais para o controlo da asma, os comportamentos específicos, como a administração da medicação preventiva e os processos de auto-regulação, a monitorização dos sintomas e a resolução de problemas (Bartholomew et al, 2000).

Depois de aplicado um programa educacional a 29 crianças asmáticas entre os 6 e os 14 anos, o nível do conhecimento da asma aumentou assim como a prática de auto-cuidados (Perez, et al, 1999).

De modo a aumentar as capacidades para controlar a doença, Colland (1993) desenvolveu um programa para crianças asmáticas onde um dos principais objectivos consistia em aumentar os sentimentos de eficácia das crianças. Os resultados deste trabalho mostraram que as crianças do grupo experimental melhoraram o seu conhecimento acerca da asma e aumentaram as suas capacidades de adaptação à doença em situações diárias.

Num estudo realizado por Schlosser (1992) provou-se que um elevado sentimento de eficácia estava relacionado com um melhor conhecimento da asma, com melhores estratégias de coping, com o optimismo e com menor ansiedade.

Porque o tratamento e o controlo da sintomatologia asmática depende em grande parte do doente, é importante saber qual a confiança que a criança tem na sua capacidade para controlar a doença.

Quando uma criança tem asma toda a família fica perturbada. O facto de não se conhecer o momento de aparição das crises nem a sua duração, faz com que exista um medo terrível da sua repetição. Os comportamentos de super-protecção que se geram à volta da

criança podem prejudicar a sua imagem em desenvolvimento, assustando-a e levando-a a refugiar-se numa atitude de passividade.

Lewis et al e Campbell (citados por Clark, 1988) mostraram que as concepções de saúde das crianças diferem das concepções dos pais e das que os pais julgam serem as dos filhos. De qualquer forma a criança continua muito dependente da forma como a família é capaz de se adaptar à doença. O ambiente social em que a criança vive e se desenvolve vai determinar em grande parte o significado atribuído à doença crónica e quais os recursos internos e externos que vão ser postos em prática.

Os resultados de um estudo com pais de crianças asmáticas revelou que as crianças cujos pais têm um maior conhecimento acerca do manejo da asma, sentem-se mais competentes para controlar a asma (Miles et al, 1995).

Lal, Kumer e Malhotra (1995), estudaram o conhecimento e as atitudes face à asma de 85 pais de crianças asmáticas. Os resultados indicaram que o nível de conhecimento dos pais é baixo, tanto no que se refere às características da doença, como ao seu tratamento e evolução. Neste estudo concluiu-se que é importante investir na educação parental através da relação pais-médicos. Só desta forma os cuidados prestados às crianças poderão melhorar.

Face a este aspecto muitos programas de educação têm acções dirigidas aos pais, exactamente com os mesmos objectivos das crianças, aumentar o conhecimento e o controlo da doença para permitir uma melhor adaptação (Mesters et al, 1993; Wilson & Starr-Schneidkraut, 1994; Brazil et al, 1997)). No estudo realizado por Perez, 1999, provou-se, depois da aplicação de um programa de educação com acções dirigidas aos pais, que o nível de conhecimento da doença por parte destes aumentou.

Parece existir uma relação entre o conhecimento dos pais e o conhecimento da criança, mas poucos estudos se têm debruçado nesta comparação.

Várias variáveis demográficas parecem estar relacionadas com comportamentos de saúde. Por exemplo a idade parece apresentar uma relação curvilínea em relação a vários comportamentos de saúde. O sexo, o nível socio-económico e a etnia também são factores importantes (Conner & Norman, 1996).

Segundo Kieckhefer, 1995, existe uma relação significativa entre a responsabilidade dada à criança para manejar a sua doença, o conhecimento que a criança tem sobre a asma, e a sua percepção de eficácia.

À medida que vai crescendo a criança deverá ter maiores responsabilidades sobre o seu tratamento. No entanto, existem poucos estudos sobre que responsabilidade deve ser dada à criança e sobre as capacidades que vai desenvolvendo com a idade e que lhe vão permitir uma maior autonomia no manejo da sua doença.

Num estudo com crianças asmáticas a idade estava directamente relacionada com o conhecimento acerca da asma (Palen et al, 1997). Num outro estudo realizado com 70 crianças asmáticas entre os 8 e os 14 anos (Morgado, 1997), a expectativa de eficácia aumentava com a idade.

Klennert e Lum Lung (1991) (in Wamboldt & Gavin, 1998) desenvolveram uma escala sobre as expectativas que devemos considerar nas várias idades em relação aos auto-cuidados na asma. Nesta escala a responsabilidade que deve ser dada à criança e a sua autonomia aumenta com a idade, desde um nível em que é completamente dependente dos pais, passando por uma altura de aprendizagem em que os pais supervisionam o seu comportamento, até aos

16 anos, altura em que a criança já deve ser totalmente autónoma em relação aos seus comportamentos para a saúde.

Num estudo que avaliou quais os factores associados a auto-administração da medicação em crianças asmáticas, provou-se que as crianças que mais cedo começam a tomar a medicação sozinhas, têm maiores capacidades de desenvolver outros comportamentos, como fazer sozinhos os trabalhos de casa e atravessar a estrada sozinhos (Winkelstein, 2000).

Para crescer de uma forma saudável é imprescindível que a criança principalmente a criança em idade escolar, seja cada vez mais autónoma no controlo da sua doença. É importante que vá conhecendo cada vez melhor a sua doença, os sintomas, a medicação e que à medida que vai crescendo saiba e consiga, tomar as acções necessárias para controlar a doença de uma forma cada vez mais autónoma. Será que as crianças mais velhas têm um maior conhecimento da asma? Será que se sentem mais eficazes no controlo da sua doença?

Todos os doentes crónicos flutuam entre momentos relativamente estáveis e fases de agudização dos sintomas. Isto provoca reacções afectivas, cognitivas e comportamentais muito diversas. Por um lado o doente utiliza todas as suas capacidades para enfrentar a doença, modifica o seu estilo de vida e adere ao tratamento, mas, noutras alturas, é invadido por um sentimento de impotência ou por insuficiente motivação para seguir o tratamento.

Investigar os aspectos do funcionamento psicológico que parecem influenciar a adaptação psicológica do sujeito à situação de doença e à adesão das medidas necessárias para o seu controlo e estabilização dos sintomas é uma das áreas mais importantes da psicologia da saúde. O estudo destas variáveis e da sua relação vão permitir o desenvolvimento e implementação de programas de educação na intervenção junto das crianças com doenças crónicas e das suas famílias.

1.4. Questões de Investigação

Com este trabalho pretendemos:

- adaptar o instrumento de medida da auto-eficácia da criança asmática
- conhecer a expectativa de eficácia da criança entre os 8 e os 12 anos no controlo da sua doença (asma)
- saber qual o nível de conhecimento da criança entre os 8 e os 12 anos sobre a sua doença (asma)
- saber o nível de conhecimento dos pais sobre a doença dos filhos
- saber se um melhor conhecimento da asma está associado a um maior sentimento de eficácia
- saber se o grupo de crianças mais velhas (dos 10 aos 12 anos) apresenta um melhor conhecimento da doença e uma maior expectativa de eficácia em comparação com o grupo de crianças mais novas (dos 8 aos 9 anos)
- avaliar a percepção que a criança asmática tem da sua saúde
- avaliar a percepção que os pais têm da saúde dos filhos

2. MÉTODO

2.1. Participantes

Foram seleccionadas para este estudo um total de 200 crianças asmáticas, com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos, no Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, que constituem uma amostra de conveniência.

As crianças foram seleccionadas com base na idade compreendida entre os 8 e os 12 anos, ter o diagnóstico de asma e tratamento preventivo com medicação diária, confirmado pelo médico através da consulta dos processos clínicos de cada criança.

2.2 Material

Escala de Auto-eficácia da Asma

Os instrumentos para avaliar a auto-eficácia têm sido pouco desenvolvidos por se tratar de um conceito que só recentemente tem sido usado para aceder a percepções relacionadas com a saúde. A auto-eficácia tem sido, até agora avaliada para alguns problemas específicos (Tobin, 1987), tais como deixar de fumar, sentir e controlar a dor, controlar o peso, convalescença de um enfarto do miocárdio e a adesão a programas de saúde preventivos. Como as expectativas de eficácia são específicas para cada comportamento emergiu a necessidade de desenvolver um instrumento específico para a sua avaliação em sujeitos com asma e adequado à população infantil.

Em 1992 Schlosser e Havermans construíram e validaram uma escala de auto-eficácia , “The Self-efficacy Scale for Children and Adolescents with Asthma”. Esta escala inicialmente constituída por 38 itens foi aplicada a 60 crianças e adolescentes com asma entre os 10 e os 18 anos. Depois da análise factorial foram eliminados 16 itens e encontrados 3 factores responsáveis por 41,8% da variância total. O factor 1 mede a expectativa de eficácia no que se refere ao tratamento médico (24,8% da variância), o factor 2 mede a expectativa de eficácia no que se refere ao ambiente (10,3% da variância) e o factor 3 mede a auto-eficácia em relação à resolução de problemas (6,7% da variância). Os alpha de Cronbach’s encontrados neste estudo foram: para o total da escala $\alpha=0,87$; para o factor 1 $\alpha=0,88$; para o factor 2 $\alpha=0,79$; e para o factor 3 $\alpha=0,81$. A escala final constituída por 22 itens, em que se pede aos sujeitos para

assinalar, numa escala tipo Likert com 5 posições, o seu nível de certeza quanto à sua capacidade na realização da tarefa específica apresentada. Por exemplo, “Sou capaz de decidir que medicação devo usar”; “Sou capaz de verificar se existem situações ou substâncias que me fazem alergia”. De modo a operacionalizar a escolha cada item é seguido de uma escala de Likert, onde 1 (não) corresponde ao menor nível de certeza e 5 (sim) corresponde ao maior nível de certeza. O somatório permite obter o nível de auto-eficácia percebida pelos sujeitos no manejo da asma.

Em 1997 (Morgado, 1997), esta escala foi traduzida e foram estudadas as suas características métricas. Depois da análise factorial também foram encontrados 3 factores responsáveis por 40% da variância total. Os alphas de Cronbach encontrados, neste estudo, para o total da escala e para cada um dos factores foram respectivamente 0,72; 0,74; 0,65; 0,67. Uma das propostas desse estudo para o aperfeiçoamento da escala foi o aumento do número de itens (Morgado, 1997).

Neste estudo e depois do pré-teste realizado a cinco sujeitos com o objectivo de perceber a compreensão de cada item, procedemos a uma alteração da escala original: reformulámos questões que se mostraram ambiguas, as crianças não compreendiam as questões de forma correcta o que as levava a responder à sorte; e acrescentámos duas questões que se consideraram pertinentes na avaliação da auto-eficácia no manejo da doença, a questão 20 “sou capaz de decidir quando estou em crise qual a altura em que devo tomar a medicação de crise” e a questão 22 “sou capaz de tomar a medicação sozinho se precisar”.

Esta escala foi a escolhida visto dar mais informações sobre a eficácia das crianças asmáticas no manejo da sua doença, incluindo a medicação, por exemplo decidir o número de inalações que deve fazer quando está com falta de ar, o evitamento dos desencadeantes e também a sua eficácia na tomada de decisões que possam influenciar o controlo da asma.

Questionário de Conhecimento da Asma

Entre os vários questionários que avaliam o conhecimento da asma (Allen et al, 2000; Fitzclarence & Henry 1995; Kolbe et al, 1996; Lal et al, 1995; Mesters et al, 1993), uns são para adultos, outros para adolescentes, outros para crianças, outros para pais de crianças com asma. Uns são para classificar afirmações entre verdadeiras e falsas, outros descrevem situações de crises de asma em sistema de respostas múltiplas em que o entrevistado tem de escolher a que considera mais correcta. Embora esteja provado que todos avaliam adequadamente o conhecimento da doença, do tratamento e da medicação, são na sua maioria extensos e alguns difíceis de preencher.

Neste estudo usámos o questionário de conhecimento da asma desenvolvido por Kathleen Lemanek. Este questionário, avalia o conhecimento da asma em relação às características da doença, dos sintomas, dos desencadeantes e do tratamento. Este questionário, fornecido pela autora em 1998, tem sido usado por ela usado em contextos clínicos.

O questionário divide-se em duas partes. Na primeira parte, as 9 afirmações sobre asma (sintomas, desencadeantes, limitações que implica, etc.), devem ser classificadas em verdadeiras ou falsas. Cada resposta correcta é classificada com 1 ponto, a classificação máxima são 9 pontos. Na segunda parte pretende-se saber se os sujeitos sabem ou não identificar, no seu caso os principais desencadeantes das crises de asma e a medicação que estão a fazer diariamente.

Nesta parte do questionário existem ainda duas perguntas onde se pretende saber qual a percepção que cada sujeito tem na sua capacidade para evitar desencadeantes e a sua adesão ao tratamento. Nestas duas questões as respostas apresentam-se sob a forma de uma escala de Likert.

Este é um questionário de preenchimento rápido, que tem ainda a vantagem de ter uma versão igual para os pais, que avalia o conhecimento dos pais relativamente à asma dos filhos, permitindo assim a comparação do conhecimento da asma entre pais e filhos.

Questões de Percepção da Saúde

No sentido de avaliar a percepção das crianças face à sua saúde foram elaboradas duas questões. Na primeira pretendemos avaliar a percepção que a criança tem da sua saúde em geral (“Como classificas a tua saúde”), na segunda a criança tem de avaliar a sua saúde comparando-a com a saúde das outras crianças (“Comparada com as outras crianças a tua saúde é...”), ambas as questões são operacionalizadas numa escala tipo likert com 5 posições.

Foram também colocadas aos pais as duas questões de percepção de saúde foram também colocadas aos pais para avaliar a percepção dos pais relativamente à saúde dos seus filhos.

2.3. Procedimento

Para que a recolha da amostra fosse autorizada dirigimos uma carta à entidade competente do Hospital de Dona Estefânia, onde explicámos o objectivo e a finalidade do estudo e onde garantimos que a recolha dos dados era anónima e confidencial.

Os processos clínicos dos doentes eram apenas consultados pelos médicos do serviço que nos indicavam quais os doentes que cumpriam os requisitos necessários para a participação neste estudo.

Diariamente anotava-se a hora em que a criança tinha consulta de Imunoalergologia, altura em que seria solicitado o preenchimento dos questionários. Os questionários que eram distribuídos aos pais continham um sucinto preâmbulo onde se explicava o objectivo e a finalidade do estudo e onde se agradecia a sua colaboração. Além disso todos os sujeitos, pais e

filhos, foram informados verbalmente do objectivo e finalidade do estudo, tendo sido garantida a confidencialidade e anonimato dos questionários.

Foi ainda usada uma folha de identificação onde se anotava a idade da criança, o sexo, a escolaridade, o número de irmãos e respectivo sexo e idade, informação da existência de asma na família, a idade da primeira crise e a frequência de crises durante o último ano. Foi também apresentado aos pais uma folha de identificação onde se anotava quem preenchia o questionário (mãe, pai, outros), a idade, o estado civil e as habilitações literárias.

Devido à idade das crianças mais novas os questionários foram hetero-administrados, procedendo-se da mesma forma para as mais velhas, para prevenir enviesamentos; ou seja os instrumentos foram aplicados de igual forma a todos os sujeitos avaliados. No que se refere à folha de identificação e especificamente às três últimas perguntas, “alguém na família tem asma”, “idade da primeira crise” e “frequência de crises durante o último ano”, foram respondidas pelo adulto que acompanhava a criança (mãe, pai, outros), já que estas na maioria dos casos não sabiam responder.

O questionário de conhecimento da asma respondido pelos pais foi auto-administrado, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas colocadas.

O preenchimento dos instrumentos demorava em média 15 minutos.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização dos Participantes

Caracterização das Crianças

Neste estudo participaram 200 crianças de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos e respectivos familiares que acompanhavam a criança na consulta (mãe, pai, avós, outros). Efectuámos a caracterização dos participantes relativamente ao sexo, idade, ano escolar frequentado, número de irmãos, idade da 1ª crise de asma, frequência de crises de asma no último ano e existência de pessoas na família com asma. Caracterizámos ainda quem acompanhava a criança, a respectiva idade, o estado civil e as habilitações literárias.

O total dos participantes foi dividido em dois grupos de idades, 49% (98) dos sujeitos com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos e 51%(102) com idades compreendidas entre os 11 e os 12 anos. A percentagem de sujeitos do sexo masculino é 61% e do sexo feminino é 39% .

Relativamente à escolaridade, 50% dos sujeitos frequentam entre o 1º e o 4º ano e os restantes 50% frequentam entre o 5º e o 7º ano.

Do total dos participantes, 18% não têm irmãos, 59% têm um irmão e 23% têm mais de um irmão. A maioria dos sujeitos (73%) tem familiares com asma. Os restantes 27% dos sujeitos não têm casos de asma na família.

Em relação à idade da primeira crise de asma, 42% dos sujeitos tiveram a primeira crise de asma até ao primeiro ano de idade, 38% tiveram a primeira crise de asma entre os 2 e os 4 anos e por 20% entre os 5 e os 10 anos.

Relativamente à frequência de crises de asma no último ano, 30% dos sujeitos referiram não ter tido nenhuma crise, 31% referiram ter tido 1 a 2 crises de asma, 22% referiram ter tido entre 3 a 4 crises e 17% referiram que tiveram mais de 5 crises de asma no último ano.

Caracterização dos familiares

Em relação ao questionário preenchido pelo familiar que acompanhava a criança à consulta, a maioria dos questionários (84%) foram preenchidos pela mãe, 8% pelo pai e 8% por outros familiares (avós, tios).

Dos familiares 53% têm entre 28 e 38 anos, 39% têm entre 39 e 48 anos, e 8% têm mais de 48 anos. No que se refere ao estado cívil 84% são casados, 8% são solteiros, 5% divorciados e 3% viúvos.

Em relação às habilitações literárias dos familiares que responderam ao questionário, 30% têm o 1º ciclo do ensino básico (até ao 4º ano), 31% têm o 2º ciclo do ensino básico (até ao 5º ano), 24% têm o 3º ciclo do ensino básico (até ao 9º ano), 9% têm o ensino secundário (12º ano) e 6% têm uma licenciatura.

3.2 Tratamento Estatístico Usado

Iniciámos o tratamento estatístico efectuando o estudo confirmatório da estrutura factorial da escala de auto-eficácia recorrendo para tal à análise factorial de componentes principais com rotação varimax. De acordo com a escala original fomos confirmar a existência de 3 factores. Procedemos de seguida à avaliação da fidelidade da escala, através do coeficiente Alpha de Cronbach calculámos a consistência interna da escala total e respectivos factores emergentes.

Utilizámos estatística descritiva, nomeadamente a análise de frequências e medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão) para a escala de auto-eficácia, para questões do conhecimento sobre a asma e para as questões da percepção da saúde.

Recorremos ainda à estatística inferencial. Embora os resultados devessem ser analisados com recurso à estatística não paramétrica, devido à natureza das escalas (escalas ordinais) decidimos utilizar a estatística paramétrica. Esta decisão foi tomada com base no facto de os testes paramétricos serem mais poderosos, ou seja detectam melhor a existência de diferenças significativas entre dois conjuntos de medidas (Ribeiro, 1995). Por outro lado “a investigação tem salientado que as diferenças que se obtêm quando se ignoram as assunções básicas inerentes aos testes paramétricos são desprezíveis e que as conclusões a que se chegam com os dois tipos de testes não são muito diferentes” (Miller, citado por Ribeiro, 1995 pp. 168).

Assim os testes utilizados foram:

t de Student para Amostras Independentes – No sentido de se comparar sexo feminino e masculino, grupo de crianças com idade entre os 8-10 anos e o grupo de crianças com 11-12 anos e grupo de crianças que têm familiares com asma e grupo de crianças que não têm familiares com asma, nos resultados do total e dos factores da escala de auto-eficácia, no total do conhecimento sobre a asma e nas questões da percepção de saúde.

Correlação de Pearson – para se correlacionar os factores e o total da escala de auto-eficácia com o total do conhecimento sobre a asma, com a idade da primeira crise de asma, com a frequência de crises de asma e com as questões da percepção de saúde. Para relacionar o total do conhecimento sobre a asma com as questões da percepção da saúde com a idade da primeira crise de asma e com as frequências das crises de asma. Para relacionar as questões da percepção da saúde com a frequência das crises de asma.

t de Student Para Amostras Relacionadas – Para se comparar o conhecimento das crianças sobre a asma e o conhecimento dos pais sobre a asma dos filhos. No sentido de se comparar a percepção das crianças sobre a sua própria saúde e a percepção dos pais sobre a saúde dos filhos.

3.3 Apresentação dos Resultados das Questões de Investigação

Análise Factorial da Escala de Auto-eficácia

Numa primeira fase procedeu-se ao estudo confirmatório da estrutura factorial da escala da Auto-Eficácia (para 3 factores), tendo-se efectuado uma análise factorial de componentes principais com rotação varimax. A matriz dos dados da escala de auto-eficácia foi submetida a uma análise de componentes principais tendo sido seleccionados todos os itens com saturações factoriais iguais ou superiores a 0,40 em módulo. A solução factorial de 3 factores apresenta uma variância explicada da escala muito baixa (33,33%) pelo que fomos explorar a existência de outras dimensões.

Segundo Ribeiro, 1995, é possível produzir inúmeras soluções factoriais, pelo que é necessário definir critérios para a sua escolha. Assim tivemos em conta os seguintes critérios:

- validade convergente de cada item com o factor, correlação entre o item e o factor igual ou superior a 0,40
- a coerência de cada solução factorial, coerência entre o conteúdo dos itens de cada factor
- cada factor deverá possuir pelo menos três itens

Das soluções factoriais possíveis e de acordo com os critérios definidos optou-se pela solução com 4 factores responsáveis por 43% da variância total. Foram eliminados 3 Itens (Item 5, Item 12 e Item 17) considerados não significativos porque de acordo com o coeficiente de saturação 0,40, não saturavam acima desse valor em nenhum dos 4 factores.

Tabela 1 – Análise Factorial de Componentes Principais com Rotação Varimax

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Item 1 – “...Decidir quando devo usar a medicação se estou com falta de ar”	0,65			
Item 4 – “...Decidir quantas inalações (puffs) faço Quando estou com falta de ar”	0,68			
Item 10 – “...Decidir que medicação devo usar”	0,62			
Item 18 – “...Decidir se tomo a medicação diariamente”	0,42			
Item 20 – “...Decidir quando estou em crise, qual a altura em que devo tomar a medicação de crise (SOS)”	0,50			
Item 21 – “...Decidir quantas inalações (puffs) faço”	0,66			
Item 6 – “...Dormir em casa de um amigo(a)”		0,51		
Item 9 – “...Falar com estranhos durante uma festa”		0,44		
Item 15 – “...Controlar a minha asma”		0,48		
Item 19 – “...Pensar numa solução para os problemas”		0,52		
Item 22 – “...Tomar a medicação sozinho se precisar”		0,59		
Item 23 – “...Decidir que desportos posso fazer”		0,51		
Item 24 – “...Resolver problemas”		0,75		
Item 3 – “...Quando vou a algum lado, saber ou perguntar se há lá coisas que me podem provocar alergia”			0,63	
Item 7 – “...Perguntar ao médico o que é que preciso”			0,56	
Item 13 – “...Falar com o médico sobre a mudança da quantidade de medicação”			0,69	
Item 16 – “...Falar com o médico quando não concordo com ele”			0,66	
Item 2- “...Explicar como me sinto quando estou com falta de ar”				0,44
Item 8 – “...Pedir ajuda quando estou com falta de ar”				0,70
Item 11 – “...Pedir ajuda quando me sinto doente”				0,64
Item 14 – “...Pedir a ajuda necessária aos meus pais e amigos”				0,59

O Factor 1 que denominamos de auto-eficácia em relação ao *Tratamento médico* é composto por 6 itens : 1, 4, 10, 18, 20, 21. Exemplo: “Sou capaz de decidir que medicação devo usar”.

O Factor 2 que denominamos de auto-eficácia na *Resolução de Problemas/Tomada de Decisões* é composto por 7 itens : 6, 9, 15, 19, 22, 23 e 24. Exemplo: “Sou capaz de resolver problemas”.

O Factor 3 que denominamos de auto-eficácia na *Relação com o Médico* é composto por 4 itens : 3, 7, 13 e 16. Exemplo: “ Sou capaz de perguntar ao médico o que é que preciso”.

O Factor 4 que denominamos de auto-eficácia em relação ao *Pedido de Ajuda*, é composto por 4 itens: 2, 8, 11 e 14. Exemplo: “ Sou capaz de pedir ajuda quando me sinto doente”.

O somatório da escala total, 21 itens, permite obter o nível de eficácia geral no manejo da asma. O somatório dos valores obtidos em cada uma das quatro sub-escalas permite obter o nível de auto-eficácia em cada uma das áreas.

Tabela 2- Correlação entre os itens da escala e os 4 factores

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Item 1 – “...Decidir quando devo usar a medicação se estou com falta de ar”	r= 0,66 p< 0,0001	r=0,26 p<0,0001	r=0,17 p<0,01	r=-0,06 p<0,36
Item 4 –“...Decidir quantas inalações (puffs) faço Quando estou com falta de ar”	r= 0,62 p<0,0001	r=0,14 p<0,03	r=0,13 p<0,06	r=0,04 p<0,55
Item 10 – “...Decidir que medicação devo usar”	r= 0,68 p<0,0001	r=,027 p<0,0001	r=0,22 p<0,002	r=-0,1 p<0,12
Item 18 – “...Decidir se tomo a medicação diariamente”	r= 0,51 p<0,0001	r=0,28 p<0,0001	r=0,13 p<0,05	r=0,21 p<0,002

Cont Tabela 2-- Correlação entre os itens da escala e os 4 factores

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Item 20 – “...Decidir quando estou em crise, qual a altura em que devo tomar a medicação de crise (SOS)”	r= 0,63 p<0,0001	r=0,32 p<0,0001	r=0,26 p<0,0001	r=0,06 p<0,39
Item 21 – “...Decidir quantas inalações (puffs) faço”	r= 0,63 p<0,0001	r=0,20 p<0,0004	r=0,16 p<0,02	r=-0,07 p<0,31
Item 6 – “...Dormir em casa de um amigo(a)”	r=0,20 p<0,05	r= 0,55 p< 0,0001	r=0,1 p<0,14	r=0,06 p<0,37
Item 9 – “...Falar com estranhos durante uma festa”	r=0,18 p<0,01	r=0,48 p<0,0001	r=0,08 p<0,22	r=-0,06 p<0,39
Item 15 – “...Controlar a minha asma”	r=0,31 p<0,0001	r=0,61 p<0,0001	r=0,25 p<0,0001	r=0,05 p<0,43
Item 19 – “...Pensar numa solução para os problemas”	r=0,27 p<0,0001	r=0,63 p<0,0001	r=0,36 p<0,0001	r=0,14 p<0,03
Item 22 – “...Tomar a medicação sozinho se precisar”	r=0,41 p<0,0001	r=0,59 p<0,0001	r=0,15 p<0,02	r=0,08 p<0,24
Item 23 – “...Decidir que desportos posso fazer”	r=0,13 p<0,06	r=0,51 p<0,0001	r=0,17 p<0,01	r=0,23 p<0,001
Item 24 – “...Resolver problemas”	r=0,1 p<0,12	r=0,70 p<0,0001	r=0,26 p<0,0001	r=0,04 p<0,53
Item 3 – “...Quando vou a algum lado, saber ou perguntar se há lá coisas que me podem provocar alergia”	r=0,06 p<0,36	r=0,19 p<0,006	r=0,65 p<0,0001	r=0,12 p<0,07
Item 7 – “...Perguntar ao médico o que é que preciso”	r=0,23 p<0,001	r=0,3 p<0,0001	r=0,61 p<0,0001	r=0,09 p<0,19
Item 13 – “...Falar com o médico sobre a mudança da quantidade de medicação”	r=0,34 p<0,0001	r=0,23 p<0,001	r=0,75 p<0,0001	r=0,11 p<0,09
Item 16 – “...Falar com o médico quando não concordo com ele”	r=0,16 p<0,02	r=0,2 p<0,003	r=0,70 p<0,0001	r=0,03 p<0,67
Item 2- “...Explicar como me sinto quando estou com falta de ar”	r=0,04 p<0,57	r=0,08 p<0,22	r=0,06 p<0,33	r=0,79 p<0,0001
Item 8 – “...Pedir ajuda quando estou com falta de ar”	r=-0,04 p<0,53	r=0,01 p<0,82	r=0,08 p<0,21	r=0,59 p<0,0001
Item 11 – “...Pedir ajuda quando me sinto doente”	r=-0,03 p<0,63	r=0,15 p<0,03	r=0,03 p<0,58	r=0,53 p<0,0001
Item 14 – “...Pedir a ajuda necessária aos meus pais e amigos”	r=0,06 p<0,38	r=0,09 p<0,2	r=0,19 p<0,006	r=0,50 p<0,0001

Tabela 3 : Variância Explicada dos 3 Factores

	Eigenvalue	% Variância
Factor 1 – “Tratamento Médico”	2,56	12,22
Factor 2 – “Resolução de Problemas/ Tomada de Decisão”	2,45	11,66
Factor 3 – “Relação com o Médico”	2,09	9,99
Factor 4 – “Pedido de Ajuda”	1,91	9,10

Os 4 factores explicam 43% da variância total. O factor 1 (eigenvalue=2,56) explica 12,22% da variância, o factor 2 (eigenvalue=2,45) explica 11,66% da variância, o factor 3 (eigenvalue=2,09) explica 9,99% da variância e o factor 4 (eigenvalue=1,91) explica 9,10% da variância.

Consistência Interna da Escala de Auto-eficácia

No sentido de se avaliar a consistência interna do total da escala e dos 4 factores encontrados recorreu-se ao Alpha de Cronbach.

Tabela 4 : Consistência Interna dos Factores da Escala

	Alpha de Cronbach
Factor 1 - “Auto-Cuidados/ Tratamento Médico”	0,69
Factor 2 - “Resolução de Problemas/ Tomada de Decisão”	0,68
Factor 3 - “Relação com o Ambiente”	0,62
Factor 4 - “ Pedido de Ajuda”	0,41
Total da Escala	0,77

O total da escala revelou uma boa consistência interna ($\text{Alpha} = 0,77$). Quanto aos factores da escala, à excepção do factor 4, todos têm Aphas acima de 0,60, o que se traduz numa consistência interna aceitável.

Estudo da Variável Auto-eficácia

Efectuámos uma estatística descritiva, calculando para a amostra total a média e o desvio padrão para cada um dos 21 itens da escala, colocando-os por ordem decrescente.

Efectuámos a mesma estatística descritiva para os factores e para o total da escala.

Tabela 5 – Médias e ordenação por ordem decrescente dos itens da auto-eficácia

	Nº de ordem	M	DP
Item 11 – “...Pedir ajuda quando me sinto doente”	1º	4,87	0,56
Item 14 – “...Pedir a ajuda necessária aos meus pais e amigos”	2º	4,86	0,44
Item 8 – “...Pedir ajuda quando estou com falta de ar”	3º	4,78	0,64
Item 23 – “...Decidir que desportos posso fazer”	4º	4,40	1,16
Item 22 – “...Tomar a medicação sozinho se precisar”	5º	4,35	1,30
Item 7 – “...Perguntar ao médico o que é que preciso”	6º	4,17	1,30
Item 1 – “...Decidir quando devo usar a medicação se estou com falta de ar”	7º	4,10	1,30
Item 2 – “...Explicar como me sinto quando estou com falta de ar”	8º	4,06	1,27
Item 4 – “...Decidir quantas inalações (puffs) faço quando estou com falta de ar”	9º	4,05	1,36
Item 21 – “...Decidir quantas inalações (puffs) faço”	10º	4,00	1,40
Item 18 – “...Decidir se tomo a medicação diariamente”	11º	3,99	1,44
Item 6 – “...Dormir em casa de um amigo(a)”	12º	3,99	1,54
Item 24 – “...Resolver problemas”	13º	3,78	1,40
Item 20 – “...Decidir quando estou em crise, qual a altura em que devo tomar a medicação de crise (SOS)”	14º	3,77	1,44

Cont. Tabela 5 – Médias e ordenação por ordem decrescente dos itens da auto-eficácia

	Nº de ordem	M	DP
Item 19– “...Pensar numa solução para os problemas”	15º	3,65	1,48
Item 3 – “...Quando vou a algum lado, saber ou perguntar se há lá coisas que me podem provocar alergia”	16º	3,63	1,53
Item 13 – “...Falar com o médico sobre a mudança da quantidade de medicação”	17º	3,55	1,55
Item 10 – “...Decidir que medicação devo usar”	18º	3,41	1,70
Item 15 – “...Controlar a minha asma”	19º	3,24	1,65
Item 16 – “...Falar com o médico quando não concordo com ele”	20º	3,14	1,67
Item 9 – “...Falar com estranhos durante uma festa”	21º	1,86	1,45

Os itens em que os sujeitos referiram uma maior auto-eficácia (total da amostra) foram: “sou capaz de pedir ajuda quando me sinto doente” (item 11), “sou capaz de pedir a ajuda necessária aos meus pais e amigos” (item 14) e “sou capaz de pedir ajuda quando estou com falta de ar” (item 8).

Os itens em que os sujeitos referiram uma menor auto-eficácia (total da amostra) foram: “sou capaz de falar com estranhos durante uma festa” (item 9), “sou capaz de falar com o médico quando não concordo com ele” (item 16) e “sou capaz de controlar a minha asma” (item 15).

Tabela 6 : Estatística descritiva para os factores e total da escala de auto-eficácia

	M	DP
Factor 1–“ Tratamento Médico”	3,68	0,90
Factor 2 –“Resolução de Problemas/Tomada de Decisão”	3,61	0,84
Factor 3 – “Relação com o Ambiente”	3,62	1,03
Factor 4 – “Pedido de Ajuda”	4,64	0,46
Total da Escala de Auto-Eficácia	3,68	0,57

A nota de cada dimensão ou factor é obtida através do somatório dos itens e dividida pelo número de itens para se poder proceder a comparações entre os factores.

Dos 4 factores da escala de auto-eficácia aquele que apresenta uma média mais elevada é o factor 4- “pedido de ajuda” (média=4,64). A auto-eficácia ao nível da resolução de problemas e na relação com o médico, são os factores que apresentam médias mais baixas. De qualquer forma o total da escala traduz a existência de uma elevada auto-eficácia por parte das crianças no manejo da doença (média = 3,68).

Tabela 7 – t de Student para amostras independentes : Comparação da auto-eficácia entre os dois grupos de idades, crianças entre os 8-10 anos e entre os 11-12 anos

	G:8-10 anos (n= 98)	G:11-12 anos (n=102)	t	p
Factor 1 – “ Tratamento Médico”	M = 3,81 DP= 0,91	M = 3,95 DP= 0,89	-1,14	p< 0,25
Factor 2 – “Resolução de Problemas/ Tomada de Decisão”	M = 3,32 DP= 0,94	M = 3,88 DP= 0,61	-5,03	p< 0,0001
Factor 3 – “Relação com o Médico”	M = 3,62 DP= 1,09	M = 3,62 DP= 0,98	0,017	p< 0,98
Factor 4- “Pedido de Ajuda”	M= 4,60 DP= 0,54	M= 4,67 DP= 0,40	-0,98	p<0,32
Total da Escala de Auto-Eficácia	M = 79,08 DP= 12,92	M = 84,17 DP= 10,68	-3,04	p< 0,003

O teste t de Student para amostras independentes revela a existência de diferenças significativas entre os 2 grupos de idades no factor 2 e no total da escala de auto-eficácia: as crianças mais velhas (11-12 anos) revelam uma auto-eficácia global superior à das crianças mais novas (8-10 anos), e uma auto-eficácia na resolução de problemas/tomada de decisão também significativamente mais elevada.

Tabela 8 – t de Student para amostras independentes : Comparação da auto-eficácia entre as crianças do sexo feminino e sexo masculino

	Sexo Masculino (n= 122)	Sexo Feminino (n=78)	t	p
Factor 1 – “ Tratamento Médico”	M = 3,84 DP= 0,89	M = 3,95 DP= 0,92	-0,89	p< 0,37
Factor 2 – “Resolução de Problemas/ Tomada de Decisão”	M = 3,58 DP= 0,82	M = 3,64 DP= 0,87	-0,48	p< 0,63
Factor 3 – “Relação com o Médico”	M = 3,60 DP= 1,06	M = 3,66 DP= 1,00	-0,44	p< 0,66
Factor 4 – “Pedido de Ajuda	M= 4,63 DP= 0,48	M= 4,66 DP= 0,48	-0,46	p<0,64
Total da Escala de Auto-Eficácia	M = 81,09 DP= 12,18	M = 82,60 DP= 11,92	-0,86	p< 0,38

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os 2 sexos nos factores e no total da escala de auto-eficácia.

Tabela 9– t de Student para Amostras Independentes: Comparação da auto-eficácia entre crianças que têm e crianças que não têm familiares com asma

	Tem família com asma (n= 146)	Não tem família com asma (n= 54)	t	p
Factor 1 – “ Tratamento Médico”	M = 3,97 DP= 0,87	M = 3,64 DP= 0,95	2,29	p< 0,02
Factor 2 – “Resolução de Problemas/ Tomada de Decisão”	M = 3,66 DP= 0,83	M = 3,47 DP= 0,86	1,37	p< 0,17
Factor 3 – “Relação com o Médico”	M = 3,67 DP= 1,04	M = 3,50 DP= 1,02	1,00	p< 0,31
Factor 4 – “Pedido de Ajuda	M = 4,65 DP= 0,49	M = 4,62 DP= 0,48	0,41	p< 0,67
Total da Escala de Auto-Eficácia	M = 82,77 DP= 11,70	M = 78,72 DP= 12,67	2,12	p< 0,03

O teste t de Student revelou a existência de diferenças significativas entre os 2 grupos no factor 1 e no total da escala de auto-eficácia, apresentando o grupo de crianças que têm familiares com asma uma auto-eficácia mais elevada no total da escala e no factor 3- “tratamento médico”.

Tabela 10 – Correlação de Pearson : Relação entre Auto-Eficácia e a Frequência de Crises de Asma no último Ano

Auto-Eficácia	Frequência de Crises de Asma no Último Ano
Factor 1-“ Tratamento Médico”	rs =0,15 p < 0,04
Factor 2- “Resolução de Problemas/ Tomada de Decisão”	rs = 0,009 p < 0,90
Factor 3 – “Relação com o Médico”	rs = 0,009 p < 0,90
Factor 4 – “Pedido de Ajuda”	rs=0,07 p<0,32
Total da Escala de Auto-Eficácia	rs = 0,08 p <0,24

Existe uma relação positiva significativa entre a frequência de crises de asma e a auto-eficácia em relação ao tratamento médico: quanto mais frequentes são as crises de asma, maior é a auto-eficácia ao nível do tratamento médico.

Tabela 11– Correlação de Pearson: Relação entre Auto-Eficácia e a Idade da 1ª Crise

Auto-Eficácia	Idade da 1ª Crise de Asma
Factor 1 – “Resolução de Problemas/ Tomada de Decisão”	r = 0,01 p < 0,80
Factor 2 – “Auto-Cuidados/ Tratamento Médico”	r = 0,07 p < 0,32
Factor 3 – “Relação com o Médico”	r = 0,08 p < 0,22

Cont. Tabela 11– Correlação de Pearson: Relação entre Auto-Eficácia e a Idade da 1ª Crise

Auto-Eficácia	Idade da 1ª Crise de Asma
Factor 4 – “Pedido de Ajuda”	r = 0,14 p < 0,04
Total da Escala de Auto-Eficácia	r = 0,07 p < 0,26

Existe uma relação significativa entre a auto-eficácia em relação ao pedido de ajuda (factor 4) e a idade da 1ª crise de asma.

Estudo da Variável Conhecimento

Tabela 12 – Estatística Descritiva (Frequências das Respostas das Crianças) do Questionário de Conhecimento sobre a Asma

Respostas das Crianças ao Questionário de Conhecimento sobre a Asma	Verdadeiro	Falso
Q 1 – “Quando tens asma a parte do teu corpo que mais se modifica são os teus pulmões”	94% (187)	6% (13)
Q 2 – “Quando tens asma , é mais difícil o ar entrar e sair do teu corpo”	89% (178)	11% (22)
Q 3 – “Uma das coisas que podes fazer quando tens uma crise de asma são exercícios respiratórios”	88% (175)	12% (25)
Q 4 – “Uma das coisas que pode desencadear uma crise de asma é o fumo de tabaco”	90% (180)	10% (20)
Q 5 – “Às vezes podes ter uma crise de asma mesmo que te mantinhas afastado(a) das “coisas” que incomodam os teus pulmões”	72% (143)	28% (57)
Q 6 – “Quando ficas chateado(a) ou irritado (a) a crise de asma pode piorar”	60% (121)	40% (79)
Q 7 – “Só os teus pais te podem ajudar quando tens uma crise de asma”	50% (100)	50% (100)
Q 8 – “Quando te estás a sentir bem já não precisas de tomar medicamentos”	66% (132)	34% (68)
Q 9 – “Às vezes tens de limitar as tuas actividades físicas”	87% (174)	13% (26)

A maioria das crianças responde correctamente às questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, e 9 ao classificarem-nas de verdadeiras, contudo na questão 6 – “Quando ficas chateado(a) ou irritado(a) a crise de asma pode piorar”, é de salientar que uma grande percentagem (40%) a considera falsa. Nas questões 7 e 8 houve uma maior percentagem de respostas incorrectas, uma vez que na questão 7 – “Só os teus pais te podem ajudar quando tens uma crise de asma” 50% responde erradamente que a afirmação é verdadeira e na questão 8 - “Quando te estás a sentir bem já não precisas de tomar medicamentos”, 66% consideram-na incorrectamente verdadeira.

Na primeira parte do questionário do conhecimento as respostas correctas são cotadas com um valor: a resposta “verdadeiro” às questões 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 9 é cotada com 1 valor e a resposta “Falso” às questões 7 e 8 também é cotada com 1 valor. Fizemos o somatório das 9 questões, obtendo assim um total que corresponde ao nível de conhecimento da asma.

Tabela 13 – Estatística Descritiva (Média, Desvio Padrão Mínimo e Máximo) do total do Questionário de Conhecimento sobre a Asma

	Média	desvio padrão	Mínimo	Máximo
Total do questionário de Conhecimento da Asma	6,39	1,03	3,00	9,00

(Escala 0 a 9)

A média relativa ao total do conhecimento das crianças relativamente à sua doença (Média = 6,39) revela um bom conhecimento a este nível.

Tabela 14 – Estatística Descritiva (Frequências): Causas Desencadeantes Referidas pelas Crianças

Principais Causas Desencadeantes da Asma referidas pelas crianças	%
Causas Químicas ou Irritantes	84% (168)
Causas Alérgicas	75% (150)
Exercício Físico	58% (116)
Reacções Emocionais	13% (26)
Clima / Temperatura	12% (23)
Causas Infecciosas	4,5% (9)
Não referiu nenhuma	1% (2)

As causas desencadeantes da asma mais referidas pelas crianças são causas químicas ou irritantes (referida por 84% das crianças), causas alérgicas (referida por 75% das crianças) e o exercício físico (referido por 58% das crianças). As causas desencadeantes menos referidas foram as infecciosas (referida por 4,5% das crianças), o clima/temperatura (referida por 12% de crianças) e as reacções emocionais (referida por 13% de crianças).

Tabela 15 – Estatística Descritiva (Frequências): Avaliação da Capacidade Pessoal de Evitar Desencadeantes

Avaliação da Capacidade Pessoal de Evitar Desencadeantes	%
Nunca	3,5% (7)
Algumas Vezes	49,5% (99)
Bastantes Vezes	10% (20)
Quase Sempre	30,5% (61)
Sempre	5,5% (11)
Não Responde	1% (2)

Cerca de metade das crianças (49,5%) consideram que algumas vezes conseguem evitar as causas desencadeantes da asma, 10% respondem que o conseguem bastantes vezes, 30,5% quase sempre e 5,5% dizem que conseguem sempre.

Tabela 16– Estatística Descritiva (Frequências): Medicamentos que Tomam para a Asma

Medicamentos que Tomam para a Asma	%
Anti-inflamatórios	77% (154)
Broncodilatador	35,5% (71)

Os medicamentos referidos pela grande maioria dos sujeitos foram os anti-inflamatórios (referido por 77% de crianças), os broncodilatadores foram referidos por 35,5% das crianças.

Tabela 17 – Estatística Descritiva (Frequências): Adesão ao Tratamento

Adesão ao Tratamento	%
Nunca	0,5% (1)
Algumas vezes	18% (36)
Bastantes Vezes	8% (16)
Quase Sempre	27% (54)
Sempre	46,5% (93)

Relativamente à adesão ao tratamento 46,5% das crianças referem que o fazem sempre, 27% quase sempre, 8% bastantes vezes, 18% algumas vezes e uma criança referiu que nunca aderiu ao tratamento.

Tabela 18 - t de Student para Amostras Independentes : Comparação entre os 2 grupos de idade relativamente ao Conhecimento sobre a asma

	Grupo: 8-10 anos (n= 98)	Grupo: 11-12 anos (n=102)	t	p
Conhecimento das crianças relativamente à sua Asma	M = 6,80 DP= 1,57	M = 6,46 DP= 1,17	1,75	p< 0,08

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos de idade no conhecimento da asma.

Tabela 19 - t de Student para Amostras Independentes: Comparação entre os 2 sexos relativamente ao Conhecimento sobre a asma

	Sexo Masculino (n= 122)	Sexo Feminino (n= 78)	t	p
Conhecimento das crianças relativamente à sua Asma	M = 6,59 DP= 1,38	M = 6,67 DP= 1,40	-0,40	p< 0,68

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os 2 sexos no conhecimento da asma.

Tabela 20 - t de Student para Amostras Independentes : Comparação entre quem tem Familiares com Asma e quem não tem no Conhecimento da Asma

	Tem família com asma (n= 146)	Não tem família com asma (n= 54)	t	p
Conhecimento das crianças relativamente à sua Asma	M = 6,65 DP= 1,30	M = 6,57 DP= 1,62	0,34	p< 0,73

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no conhecimento da asma.

Tabela 21– Correlação de Pearson: Relação entre a Frequência de Crises de Asma e o Conhecimento sobre a Asma

	Conhecimento das Crianças Sobre a Asma
Frequência de Crises de Asma	rs = 0,01 p < 0,89

Não existe uma relação significativa entre a frequência de crises de asma e o conhecimento que as crianças têm sobre a asma.

Tabela 22– Correlação de Pearson : Relação entre a Idade da 1ª Crise de Asma e o Conhecimento sobre a Asma

	Conhecimento das Crianças Sobre a Asma
Idade da 1ª Crise de Asma	r = 0,05 p < 0,46

Não existe uma relação significativa entre a idade da 1ª crise de asma e o conhecimento que crianças têm sobre a asma.

Tabela 23 – Estatística Descritiva (frequências): das respostas dos pais das crianças ao questionário do conhecimento sobre a asma dos filhos

<i>Respostas dos Pais ao Questionário de Conhecimento sobre a Asma dos Filhos</i>	Verdadeiro	Falso
Questão 1 – “Quando tens asma a parte do teu corpo que mais se modifica são os teus pulmões”	92,5% (185)	7,5% (15)
Questão 2 – “Quando tens asma , é mais difícil o ar entrar e sair do teu corpo”	95% (190)	5% (10)
Questão 3 – “Uma das coisas que podes fazer quando tens uma crise de asma são exercícios respiratórios”	85,5% (171)	14,5% (29)
Questão 4 – “Uma das coisas que pode desencadear uma crise de asma é o fumo de tabaco”	93,5% (187)	6,5% (13)

Cont. Tabela 23 – Estatística Descritiva (frequências): das respostas dos pais das crianças ao questionário do conhecimento sobre a asma dos filhos

<i>Respostas dos Pais ao Questionário de Conhecimento sobre a Asma dos Filhos</i>	Verdadeiro	Falso
Questão 5 – “Às vezes podes ter uma crise de asma mesmo que te mantenas afastado(a) das “coisas” que incomodam os teus pulmões”	83,5% (167)	16,5% (33)
Questão 6 – “Quando ficas chateado(a) ou irritado (a) a crise de asma pode piorar”	75% (150)	25% (50)
Questão 7 – “Só os teus pais te podem ajudar quando tens uma crise de asma”	80% (159)	20% (159)
Questão 8 – “Quando te estás a sentir bem já não precisas de tomar medicamentos”	87,5% (175)	12,5% (25)
Questão 9 – “Às vezes tens de limitar as tuas actividades físicas”	81% (162)	19% (38)

A maioria dos pais das crianças respondem correctamente às questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, e 9 ao classificarem-nas de verdadeiras. Nas questões 7 e 8 houve uma grande percentagem de respostas incorrectas: na questão 7 – “Só os pais podem ajudar quando os filhos têm uma crise de asma” 80% respondem que esta afirmação é verdadeira e na questão 8 - “Quando o se filho se está a sentir bem já não precisa de tomar medicamentos” 87,5% também respondem que a afirmação é verdadeira.

Tabela 24 – Estatística Descritiva (Média, Desvio Padrão Mínimo e Máximo) do total do questionário de conhecimento dos pais sobre a asma dos filhos

	M	DP	Mínimo	Máximo
Total do Questionário de Conhecimento dos Pais	6,63	1,39	2,00	9,00

(Escala 0 a 9)

A média relativa ao total do conhecimento dos pais das crianças relativamente à doença dos filhos (Média = 6,63) revela um bom conhecimento a este nível.

Tabela 25 – Estatística Descritiva (frequências): Causas desencadeantes referidas pelos pais das crianças

Principais Causas Desencadeantes da Asma referidas pelos pais das crianças	%
Causas Alérgicas	100% (200)
Causas Químicas ou Irritantes	45,5% (91)
Clima / Temperatura	40% (80)
Exercício Físico	32,5% (64)
Causas Infecciosas	24% (48)
Reacções Emocionais	19% (38)
Não se lembra de nenhuma	1,5% (3)

Todos os pais referiram as causas alérgicas, 45,5% referiram causas químicas ou irritantes, 40% o clima e a temperatura e 32,5% o exercício físico. Uma percentagem mais reduzida referiu as causas infecciosas (24%) e as reacções emocionais (19%).

Tabela 26 – Estatística Descritiva (Frequências): Avaliação da Capacidade dos Filhos de Evitar Desencadeantes

Avaliação dos Pais sobre a Capacidade Dos Filhos em evitar desencadeantes	%
Nunca	7% (14)
Algumas Vezes	53,5% (107)
Bastantes Vezes	17,5% (35)
Quase Sempre	20% (40)
Sempre	1,5% (3)
Não Responde	0,5% (1)

Relativamente à capacidade dos filhos de evitarem os desencadeantes da asma, a maioria dos pais (53,5%) consideram que algumas vezes os filhos o conseguem fazer, 17,5% responde que os filhos conseguem evitar esses desencadeantes bastantes vezes, 20% respondem quase sempre e 1,5% repondem que tal acontece sempre.

Tabela 27– Estatística Descritiva (Frequências): Medicamentos que os pais referem que os filhos tomam para a asma

Medicamentos que os Pais Referem que os Filhos Tomam para a Asma	%
Anti-inflamatórios	100% (200)
Broncodilatador	68% (136)

Todos os pais referiram que os filhos tomam anti-inflamatórios e 68% referiram que estes usam broncodilatadores.

Tabela 28 – Estatística Descritiva (Frequências) : Adesão dos filhos ao tratamento

Adesão dos Filhos ao Tratamento	%
Nunca	0,5% (1)
Algumas vezes	8% (16)
Bastantes Vezes	6,5% (13)
Quase Sempre	20,5% (41)
Sempre	64,5% (129)

A maioria dos pais (64,5%) referem que os filhos aderem sempre ao tratamento, 20,5% dizem que tal acontece quase sempre, 6,5% bastantes vezes e 8% algumas vezes e 0,5% refere que tal nunca acontece.

Comparação do Conhecimento da Asma entre Pais e Filhos

Tabela 29– t de Student para Amostras Emparelhadas: Comparação do conhecimento das Crianças sobre a sua Asma e do Conhecimento dos Pais sobre à Asma dos Filhos

	M	DP	t	p
Conhecimento dos Pais	6,63	1,39	1,97	p < 0,04
Conhecimento das Crianças	6,39	1,03		

O t de Student revelou a existência de uma diferença significativa entre os dois conhecimentos: os pais revelam um maior conhecimento sobre a asma dos filhos do que as crianças relativamente à própria doença.

Relação entre Auto-eficácia e Conhecimento

Tabela 30– Correlação de Pearson: Relação entre Auto-Eficácia e Conhecimentos sobre a Asma

Auto-Eficácia	Conhecimento das Crianças Sobre a Asma
Factor 1 – “Tratamento Médico”	r = 0,12 p < 0,71
Factor 2 – “Resolução de Problemas/ Tomada de Decisão”	r = 0,08 p < 0,21
Factor 3 – “Relação com o Médico”	r = 0,31 p < 0,0001
Factor 4 – “Pedido de Ajuda”	r = 0,10 p < 0,14
Total da Escala de Auto-Eficácia	r = 0,22 p < 0,001

A correlação de Pearson revela uma relação positiva, estatisticamente significativa, entre o total da escala de auto-eficácia e o conhecimento que as crianças têm sobre a sua asma

e entre a auto-eficácia na relação com o médico e o conhecimento sobre a doença : quanto maior é o conhecimento da sua própria asma mais eficazes se sentem as crianças a lidar de uma maneira geral com a sua doença e mais eficazes se sentem na relação com o médico.

Estudo da Variável Percepção da Saúde

Tabela 31 – Estatística Descritiva (Média e Desvio Padrão) das Questões da Percepção de saúde das Crianças

	M	DP	Mínimo	Máximo
“Como classificas a tua saúde” (1- Muito má a 5- Muito boa)	3,34	0,81	1,00	5,00
“Comparando com os outros miúdos a tua saúde é” (1-Muito pior a 5 – Muito melhor)	3,05	0,96	1,00	5,00

As crianças classificam a sua saúde como razoável (média=3,34) e consideram que a sua saúde não é pior nem melhor que a saúde das outras crianças (média=3,05).

Tabela 32 – Estatística Descritiva (Média e Desvio Padrão) das Questões da Percepção dos Pais em Relação à Saúde dos Filhos

	M	DP	Mínimo	Máximo
“Como classifica a saúde do seu filho” (1-Muito má a 5- Muito boa)	3,28	0,83	1,00	5,00
“Comparando com as outras crianças a saúde do seu filho é” (1-Muito pior a 5 – Muito melhor)	3,28	0,88	1,00	5,00

Os pais das crianças também classificam a saúde dos seus filhos como razoável (média=3,28) e consideram que a saúde dos filhos não é pior nem melhor que a saúde das outras crianças (média=3,28).

Tabela 33 – Teste t de student para Amostras Emparelhadas: Comparação entre a Percepção da Criança sobre a sua Saúde e a Percepção dos Pais sobre a Saúde dos Filhos (Questão 1)

	Média	Desvio padrão	t	p
“Como classificas a tua saúde”	3,34	0,81	0,90	p < 0,36
“Como classifica a saúde do seu filho” (1-Muito má a 5- Muito boa)	3,28	0,83		

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a percepção da criança sobre a sua saúde e a percepção dos pais sobre a saúde dos filhos.

Tabela 34 – Teste t de student para Amostras Emparelhadas: Comparação entre a Percepção da Criança sobre a sua Saúde e a Percepção dos pais sobre a Saúde dos Filhos (Questão 2)

	M	DP	t	p
“Comparando com os outros miúdos a tua saúde é”	3,05	0,81	-2,94	p < 0,004
“Comparando com as outras crianças a saúde do seu filho é” (1-Muito pior a 5 – Muito melhor)	3,28	0,88		

A percepção dos pais sobre a saúde dos filhos, comparativamente com a das outras crianças, é significativamente superior (mais favorável) que a percepção dos filhos relativamente a este aspecto.

Tabela 35 – Teste t de Student para Amostras Independentes: Comparação entre Sexo Feminino e Sexo Masculino na Percepção de Saúde

	Sexo Masculino (n= 122)	Sexo Feminino (n= 78)	t	p
“Como classificas a tua saúde” (1-Muito má a 5- Muito boa)	M = 3,25 DP = 0,76	M = 3,04 DP = 0,85	-1,87	P < 0,06
“Comparando com os outros miúdos a tua saúde é” (1-Muito pior a 5 – Muito melhor)	M = 3,47 DP = 0,87	M = 3,07 DP = 1,12	-0,25	P < 0,79

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do sexo feminino e do sexo masculino nas questões da percepção da saúde. No entanto em relação à primeira questão existe uma diferença quase significativa: o sexo feminino percebe a sua saúde de forma mais negativa

Tabela 36 – Teste t de Student para Amostras Independentes: Comparação entre os dois grupos de idades na Percepção de Saúde

	8-10 anos (n= 98)	11-12 anos (n= 102)	t	p
“Como classificas a tua saúde” (1-Muito má a 5- Muito boa)	M = 3,51 DP = 0,87	M = 3,17 DP = 0,72	2,94	P<0,004
“Comparando com os outros miúdos a tua saúde é” (1-Muito pior a 5 – Muito melhor)	M = 3,25 DP = 0,98	M = 2,86 DP = 0,91	2,92	P<0,004

O grupo de crianças com idade compreendida entre os 8 e os 10 anos percebem a sua saúde de forma mais favorável do que o grupo de crianças mais velhas tanto a nível da questão 1 como a nível da questão 2 da percepção de saúde.

Tabela 37 – Teste t de Student para Amostras Independentes: Comparação entre Crianças que têm Familiares com Asma e Crianças que não têm Familiares com Asma na Percepção da Saúde

	Tem pessoas na família com asma (n= 146)	Não tem pessoas na família com asma (n= 54)	t	p
“Como classificas a tua saúde” (1-Muito má a 5- Muito boa)	M = 3,27 DP = 0,80	M = 3,51 DP = 0,84	-1,89	P<0,06
“Comparando com os outros miúdos a tua saúde é” (1-Muito pior a 5 – Muito melhor)	M = 3,02 DP = 0,97	M = 3,14 DP = 0,93	-0,82	P<0,40

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as crianças que têm familiares com asma e as crianças que não têm familiares com asma na percepção de saúde. No entanto na questão 1 existe uma diferença quase significativa, as crianças que têm pessoas na família com asma têm uma percepção mais negativa da sua saúde.

Tabela 38 – Correlação de Pearson : Relação entre a Percepção da Saúde e a Frequência de Crises de Asma

Percepção da Saúde	Frequência de Crises de Asma
“Como classificas a tua saúde” (1-Muito má a 5- Muito boa)	rs = -0,18 p < 0,01
“Comparando com os outros miúdos a tua saúde é” (1-Muito pior a 5 – Muito melhor)	rs = -0,14 p < 0,04

Quanto mais frequentes são as crises de asma mais negativa é a percepção que as crianças têm da sua saúde, tanto na questão 1 como na questão 2 da percepção de saúde.

Tabela 39– Correlação de Pearson: Relação entre a Percepção da Saúde e a Idade da 1ª Crise de Asma

Percepção da Saúde	Idade da 1ª Crise de Asma
“Como classificas a tua saúde” (1-Muito má a 5- Muito boa)	r = 0,10 p < 0,12
“Comparando com os outros miúdos a tua saúde é” (1-Muito pior a 5 – Muito melhor)	r = 0,08 p < 0,23

Não existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção da saúde da criança e a idade da sua 1ª crise de asma.

Tabela 40– Correlação de Pearson : Relação entre a Percepção da Saúde e o Conhecimento sobre a Asma

Percepção da Saúde	Conhecimento das Crianças sobre a Asma
“Como Classificas a tua Saúde” (1-Muito Má a 5- Muito Boa)	rs = -0,05 p < 0,42
“Comparando com os outros a tua saúde é” (1-Muito Pior a 5- Muito Melhor)	rs = -0,05 p < 0,40

Não existe uma relação estatisticamente significativa entre as questões da percepção da saúde e o conhecimento que crianças têm sobre a sua asma.

Relação entre Auto-eficácia e Percepção de Saúde

Tabela 41 – Correlação de Pearson : Relação entre Auto-Eficácia e a Questão 1 da Percepção da Saúde

Auto-Eficácia	Questão 1 da Percepção de Saúde: “Como Classificas a tua Saúde” (1-Muito Má a 5- Muito Boa)
Factor 1 – “Tratamento Médico”	rs = -0,05 p < 0,43
Factor 2 – “Resolução de Problemas/ Tomada de Decisão”	rs = -0,04 p < 0,54
Factor 3 – “Relação com o Médico”	rs = 0,02 p < 0,72
Factor 4 - “Pedido de Ajuda”	rs = 0,11 p < 0,12
Total da Escala de Auto-Eficácia	rs = -0,02 p < 0,77

Não existe uma relação estatisticamente significativa entre a auto-eficácia (factores e total da escala) e a percepção que as crianças têm da sua saúde.

Tabela 42 – Correlação de Pearson: Relação entre Auto-Eficácia e a Questão 2 da Percepção da Saúde

Auto-Eficácia	“Comparando com os outros a tua saúde é” (1-Muito Pior a 5- Muito Melhor)
Factor 1 – “Tratamento Médico”	rs = -0,06 p < 0,33
Factor 2 – “Resolução de Problemas/ Tomada de Decisão”	rs = -0,07 p < 0,35
Factor 3 – “Relação com o Médico”	rs = -0,13 p < 0,06
Factor 4- “Pedido de Ajuda”	rs = -0,10 p < 0,14
Total da Escala de Auto-Eficácia	rs = - 0,12 p < 0,07

Embora a relação não seja estatisticamente significativa existe uma tendência no sentido de quanto melhor é a percepção que a criança tem da sua saúde comparativamente à saúde das outras crianças, pior é a sua expectativa de eficácia na relação com o médico.

4. DISCUSSÃO

Na sequência da análise factorial à escala de auto-eficácia foram eliminados 3 itens e encontrados 4 factores responsáveis por 43% da variância explicada da escala, em vez dos 3 factores da escala original. As propriedades estatísticas da escala aumentaram em relação ao estudo da escala original (Schoosser & Havermans, 1992), cuja solução factorial (3 factores) explicava 41,8% da variância total e em relação à sua primeira adaptação (Morgado, 1997), cuja solução factorial (3 factores) explicava apenas 40% da variância total.

A solução factorial encontrada permite o estudo de mais uma dimensão na avaliação da auto-eficácia da criança asmática, que denominámos auto-eficácia na relação com o médico. Com a possibilidade da avaliação desta dimensão temos mais um indicador que pode permitir melhorar a nossa intervenção junto destas crianças.

A escala total revelou uma boa consistência interna pelo que é um instrumento fiável na avaliação da auto-eficácia. Para os 3 primeiros factores os valores da consistência interna, são valores aceitáveis pois estão acima do valor mínimo, 0,60, considerado por Nunnally (1978). O valor da consistência interna do quarto factor, auto-eficácia em relação ao pedido de ajuda, é baixo, no entanto esse facto pode talvez ser ultrapassado se aumentarmos o número de itens desse factor.

Dos resultados obtidos e em relação ao estudo da auto-eficácia podemos verificar que a expectativa de eficácia das crianças deste estudo no manejo da doença é elevada. O mesmo foi confirmado noutro estudo com crianças seguidas nesta consulta (Morgado, 1997), o que pode indicar que crianças regularmente seguidas numa consulta de Imunoalergologia, se sentem mais eficazes no controlo da sua doença. Será que se os participantes fossem seleccionados noutro local os resultados eram diferentes?

A hipótese de que a expectativa de eficácia das crianças mais velhas é superior à das crianças mais novas foi confirmada, para o total da escala e para o factor 2 ao nível da resolução de problemas/tomada de decisões. De acordo com Mechanic (citado por Clark, 1988) as crenças de saúde e os comportamentos das crianças não se mantêm estáveis ao longo do tempo. Da mesma forma como já foi referido na revisão teórica à medida que vai crescendo a criança deve aumentar a sua autonomia em relação aos comportamentos de saúde (Clark, 1988; Klinnert & Lum Lung, citados por Wamboldt & Gavin, 1999), como se verifica com estas crianças, particularmente no que se refere à resolução de problemas/tomada de

decisões. Este resultado indica que estas crianças estão adaptadas à sua doença e são cada vez mais autónomas para lidar com os problemas que podem surgir.

Neste estudo, verificamos que as crianças que têm familiares com asma têm uma expectativa de eficácia mais elevada, tanto no total da escala como em relação ao tratamento médico. Uma das fontes de informação da auto-eficácia relaciona-se com a observação do comportamento dos outros. As crianças que têm na família pessoas com asma já assistiram várias vezes ao controlo dos sintomas em situações de crise e à adaptação desse familiar à sua condição, o que fez com que a sua expectativa de eficácia no controlo da sua própria doença aumentasse. No entanto o facto de terem alguém na família com asma faz com que exista uma tendência para avaliar a sua saúde de uma forma mais negativa.

Quando avaliámos a correlação entre a frequência de crises de asma e a auto-eficácia verificámos que, quanto mais frequentes são as crises de asma mais elevada é a auto-eficácia ao nível do tratamento médico. Porque a criança tem um número considerável de crises de asma, a sua experiência no seu tratamento e controlo aumenta, o que faz com que o sentimento da criança em relação a sua eficácia para manejar a doença também aumente, especificamente no que se refere ao tratamento médico. A teoria diz-nos que a experiência pessoal é a fonte de informação da auto-eficácia mais influente. Este resultado vem contrariar o resultado de outro estudo já referido (Morgado 1997), onde se verificou que quanto mais elevada era a auto-eficácia menor era a frequência de crises de asma.

O conhecimento que as crianças que participaram neste estudo têm sobre a sua doença, assim como o conhecimento dos familiares que as acompanharam à consulta é bom. Pode este resultado estar influenciado pelo tipo de participantes (crianças seguidas numa consulta)? No entanto o conhecimento dos pais sobre a asma é significativamente superior ao conhecimento dos filhos. Foi interessante notar que tanto os pais como os filhos, na primeira

parte do questionário do conhecimento erraram mais na questão relacionada com a autonomia da criança em relação à doença e na questão da necessidade de medicação na fase de estabilização dos sintomas.

O facto de as crianças considerarem que só os pais as podem ajudar quando têm uma crise de asma vem confirmar o sentimento de dependência e a dificuldade de autonomia que caracteriza as crianças asmáticas.

Ainda em relação a estas questões podemos verificar que para maioria das crianças não é necessário tomar a medicação se se sentem bem o que levanta a hipótese já referida por vários autores em relação às doenças crónicas: na fase de estabilização dos sintomas é mais difícil a adesão ao tratamento. No entanto quando se pergunta às crianças qual a medicação que tomam para a asma, os medicamentos mais referidos são os anti-inflamatórios, medicação que é usada sobretudo para a prevenção dos sintomas e para a sua estabilização, em vez dos broncodilatadores, medicação de efeito imediato. Além disso a esmagadora maioria das crianças (147) refere que costuma seguir o tratamento sempre ou quase sempre. Podemos dizer que os participantes deste estudo, na sua maioria, conhecem a doença e aderem ao tratamento.

Outro aspecto importante para o controlo da doença é o conhecimento das suas causas desencadeantes. Em relação a este aspecto, as crianças que participaram neste estudo souberam referir as causas desencadeantes, sendo que as mais referidas foram: as causas químicas ou irritantes (fumo do tabaco e a poluição), as causas alérgicas e o exercício físico. Embora saibam reconhece-las quando se questiona a sua capacidade para evitá-las os resultados mostram que sensivelmente metade das crianças responde que o consegue fazer apenas algumas vezes. Quando os pais avaliam a capacidade dos filhos em evitar desencadeantes, a maioria considera que a capacidade dos filhos para evitá-los é baixa, o que

pode explicar os comportamentos de super-protecção dos pais face as questões relacionadas com a doença dos filhos.

Segundo Ribeiro, 1995 um desenvolvimento cognitivo mais complexo implica uma maior compreensão entre saúde, doenças e comportamento. No entanto, quando comparámos o conhecimento da doença nos dois grupos de idades, embora não existam diferenças estatisticamente significativas, ao contrário do que era esperado as crianças mais novas conhecem melhor a sua doença. Poderá estar este aspecto relacionado com a negação da doença e com a tendência da fraca adesão ao tratamento na adolescência, referida por tantos autores? Com o aproximar da adolescência a criança vai sentindo o peso da sua doença crónica, vai sentir-se diferente e quer modificar este aspecto da sua vida, vai deixar de se preocupar com a doença e com o seu tratamento, podendo no limite negá-la.

Os resultados obtidos quando comparámos os dois grupos de idades nas questões de percepção da saúde vêm reforçar esta suposição, as crianças mais novas percebem a sua saúde de forma mais favorável do que as crianças mais velhas.

O conhecimento tem sido descrito como um factor determinante das expectativas de eficácia. Neste estudo comprovámos isso mesmo, quanto maior é o conhecimento da asma maior é a expectativa de eficácia das crianças para lidar com a sua doença. Como já foi mencionado o conhecimento da doença pode ajudar a uma melhor adaptação e a um melhor controlo da doença. A expectativa de eficácia aumenta sobretudo na relação com o médico, com o aumento do conhecimento da doença. A relação com os médicos é fundamental na recolha de informação correcta e apropriada sobre a doença, a sua progressão tratamento adequado e prognóstico.

Em relação á percepção de saúde, os pais percebem a saúde dos filhos como razoável, assim como os próprios filhos. No entanto quando pedimos para comparar com a

saúde de outras crianças os pais percebem a saúde dos filhos de uma forma mais favorável do que os próprios filhos, o que está de acordo com Lewis e Campbell (citados por Clark, 1988) que mostraram que as crenças de saúde das crianças são diferentes das crenças dos pais.

Quando avaliamos a percepção que as crianças têm da sua saúde verificamos que esta é tanto mais negativa, quanto mais frequentes são as crises de asma. Segundo Clark, 1988, as crenças de saúde e os comportamentos podem mudar com a experiência de episódios de falta de ar e com a participação em programas de educação. Este resultado também sustenta o que é referido por vários autores em relação às doenças crónicas, a percepção da gravidade da doença está relacionada com o período de agudização dos sintomas.

De modo geral podemos dizer que as crianças deste estudo assim como a sua família estão bem adaptadas à sua doença, têm um bom conhecimento da doença e as crianças apresentam um elevado nível de auto-eficácia no manejo da asma. O facto do conhecimento estar relacionado com a auto-eficácia, que é um predictor dos comportamentos de saúde, é um resultado bastante importante, pois indica que cada vez mais é importante investir na informação que os profissionais de saúde devem dar à criança e à sua família.

A adaptação dos doentes à situação de doença crónica é um dos factores mais importantes, a que o psicólogo da saúde deve dar resposta, assim como todos os técnicos de saúde que trabalham com estas crianças e suas famílias.

5. REFERÊNCIAS

- Ajuriaguerra, J. (1974). As doenças psicossomáticas. In Manual de psiquiatria infantil (J. Ajuriaguerra Ed.), pp.723-732, Rio de Janeiro: Masson-Atheneu.
- Allen, R.M., Abdulwadud, O.A., Jones, M. P., Abramson, M. & Walters, H. (2000). A reliable and valid asthma general knowledge questionnaire useful in the training of asthma educators. Patient education and Counseling, 39 (2-3), 237-242.
- Almeida, A.B. & Branco, M.(1990). Asma brônquica. In Pneumologia na prática clínica (M. F.Costa, Ed.), pp.145-241, Clínica de doenças pulmonares: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Almeida, J. P. & Viana, M. C. (1990). Desenvolvimento psicológico da criança com doença crónica. In Botelho, I., Almeida, J.P., Geada, M. I. C., Justo, M. R. M.(Ed.). Psicologia nos Serviços de Saúde (pp.75-86). Lisboa: Apport.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1981). Self-Referent Thought: A Developmental Analysis of Self-Efficacy. In J. H. Flavell & Ross (Eds.), Social Cognitive Development: Frontiers and Possible Futures (pp 200-239). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy Mechanism in Human Agency. American Psychologist, 37 (2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). A Social Cognitive Theory [on line]. Available: <http://stage.mhhe.com/socscience/comm/bandur-s.mhtml>

Bandura, A. (1987). Perceived self-efficacy and Pain Control: Opioid and Nonopioid Mechanisms. Journal of Personality and Social Psychology, 53 (3), 563-571.

Barros, L. (1996). Contribuição+ do estudo das significações sobre saúde e doença para as intervenções em psicologia pediátrica. Análise Psicológica, 2-3 (XIV), 215-230.

Barros, L. (1999). Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista. Climepsi - Editores.

Bartholomew, L., Shegog, R., Parcel, G., Gold, R., Fernandez, M., Czyzewski, D., Sockrider & Berlin, N. (2000). Watch, Discover, Think and Act: a Model for Patient Education Program Development. Patient Education and Counseling, 39, 253-268.

Bibace, R. & Walsh, M. (1980). Development of Children's Concepts of illness. Pediatrics, 66 (6), 912-917.

Brazil, K., McLean, L., Abbey, D. & Musselman (1997). The influence of health education on family management of childhood asthma. Patient Education and Counseling, 30, 107-118.

Carvalho, M. Q. R. et al (1981). Asma Brônquica Infantil. Médico Policlínico, 4 (65), 2-10.

Clark, N. M., Rosenstock, I. M., Hassan, H., Evans, D., Wasilewski, Y., Feldman, C. & Mellins, R. B. (1988). The effect of health beliefs and feelings of self-efficacy on self-management behavior of children with a chronic disease. Patient Education and Counseling, 11, 131-139.

Colland, V. T. (1993). Learning to cope with asthma: a behavioural self-management program for children. Patient Education and Counseling, 22, 141-152.

Collin (1982) [on-line]. Overview of self-efficacy. Available:

<http://user.www.service.emory.edu/~mpajare/ett.html>

Conner, M. & Norman, P., (1996). The Role of Social Cognition in Health Behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models, (pp163-196). Buckingham, UK: Open University Press.

Creer, T. L. (1982). Asthma. Journal of consulting and clinical psychology, 50 (6), 912-21.

Eiser, C. & Kopel, S. (1987). Children's Perceptions of Health and Illness. In Petrie, K. & Weiman, J. (Eds.), Perceptions of health and illness. Current research and applications (pp. 47-76). Harwood Academic Publishers.

Eiser, C., Town, C. & Tripp, J.H. (1988). Illness experience and related knowledge amongst children with asthma. Child Care Health Development, 14 (1), 11-24.

Falardeau, G. (1999). As Crianças Asmáticas. Edições CETOP.

Fernandes, A. H. R. (1977). A asma da criança. O Médico, 85, 13969, 422-427

Fitzclarence, C. & Henry, R. (1990). Validation of an asthma knowledge questionnaire. Journal of Pediatric Child Health, 26, 200-204.

Gibson, P., Henry, R., Vimpani, G. & Halliday, J. (1995). Asthma Knowledge, attitudes, and quality of life in adolescents. Archives of Disease in Childhood, 73, 321-326.

Kieckhefer, G. M. & Spitzer, A. (1995). School-age children's understanding of the relations between their behavior and their asthma management. Clinical Nurse Research, 4 (2), 149-67.

Kolbe, J., Vamos, M., James, F., Elkind, G. & Garrett, J (1996). Assesment of pratical knowledge of self-management of acute asthma. Chest, 109, 86-90.

Lal, A., Kumar, L., Malhotra, S. (1995). Knowledge of asthma among parents of asthmatic children. Indian Pediatric, 32 (6), 649-655.

Lemanek, K. L., Ph.D. Submitted: klemanek@ukans.edu

Lemanek, K. L.(in press). Empirically Supported Treatments in Pediatric Psychology: Regimen Adherence

Lemle, A. (1992). Aspectos psicossomáticos em pacientes com asma brônquica. In Psicossomática Hoje (Mello filho, Ed.), pp.227-233, Porto Alegre: Artes Médicas.

Lorig, K., Chastain, R., Ung, E., Shoor, S. & Holman, H. (1989). Development and Evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. Arthritis and Rheumatism, 32 (1), 37-44.

Maddux, J. (1995). Self-efficacy Theory: An Introduction. In J.E. Maddux (Eds.), Self-efficacy, Adaptation and Adjusdtment: Theory, Research and Application (pp. 3-33). New York: Plenum Press.

Maddux, J. E. & Stanley, M. A. (1986). Self-Efficacy Theory in Contemporary Psychology: an Overview. Journal of Social and Clinical Psychology 4 (3), 249-255.

Mesters, I., Meertens, R., Crebolder, H. & Parcel, G.(1993). Development of a health education program for parents of preschool children with asthma. Health Education Research, 8 (1), 53-68.

Miles, A., Sawyer, M. & Kennedy, D. (1995). A preliminary study of factors that influence children's sense of competence to manage their asthma. Journal of Asthma, 32 (6), 437-444.

Morgado, M. (1997). Auto-eficácia e Qualidade de Vida na Criança Asmática. Monografia de Licenciatura em Psicologia clínica. Lisboa: ISPA.

Novilhan, P. & Dutan, G. (1983). A criança asmática, como a compreender e ajudar. Lisboa: Moraes Editores.

Nunnally, J.C. (1978). Psychometric Theory. New York: McGraw Hill.

O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and Health. Behavior Research Therapy, 23 (4), 437-451.

O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and Health: Behavioral and Stress-Physiological Mediation. Cognitive Therapy and Research, 16 (2), 229-245.

Olvera-Ezzell, N., Power, T., Cousins, J., Guerra, A. & Trujillo, M. (1994). The Development of Health Knowledge in Low-Income Mexican-American Children. Child Development, 65, 416-427.

Pajares, F. (1998). Current Directions in Self-efficacy Research. Emory University. [online]. Available: <http://www.emory.edu/Education/mtp/ettchapter.html>

Palen, J., Klein, J. & Seydel, E. (1997). Are high generalised and asthma-specific self-efficacy predictive of adequate self-management behaviour among adult asthma patient. Patient Education and Counseling, 32, 35-41.

Pérez, M., Feldman, L. & Caballero, F. (1999). Effects of a self-management educational program for the control of childhood asthma. Patient Education and Counseling, 36, 47-55

Perrin, E. & Gerrity, S. (1981). There's a Demon in Your Belly: Children's Understanding of illness. Pediatrics, 67 (6), 841-849.

Ribeiro, J. L. P. (1995). Questões Acerca da Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças. In L. S. Leandro, M. S. Araújo, M. C. Vila-Chã & M. H. Oliveira (Eds), Convenção Annual da Apport/95- Áreas de intervenção e compromissos sociais do Psicólogo (pp. 30-35). Lisboa: Apport.

Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral. In L. S. Almeida & I. S. Ribeiro (Eds), Avaliação Psicológica-Formas e Contextos. (vol. III pp. 163-176). Universidade do Minho: Apport.

Rosado Pinto, J. (1993). A criança asmática: aspectos preventivos. In Rosado Pinto (Eds.), A Criança Asmática. Lisboa: Glaxon.

Rosado Pinto, J. (1994). A criança asmática: uma criança como as outras. Lisboa: Sandoz.

Rosado Pinto, J. (1997). Que fazer na asma? Asma na criança. Lisboa: Permanyer-Portugal.

Sampaio, D. (1993). Ninguém morre sozinho. Lisboa: Editorial Caminho.

Schlosser, M. & Havermans, G. (1992). A Self-efficacy Scale for Children and Adolescents with Asthma: Construction and Validation. Journal of Asthma, 29 (2), 99-108.

Seydel, E., Taal, E. & Boer, H. (199). Patient education: self-efficacy and self-management strategies. In J.P. Donwalder (Ed.), Psychology and Promotion of Health, (pp. 94-101). Seattle: Hografe and Huber Publishers.

Silva, M. (1991). Criança asmática: subsídios para a compreensão das interrelações familiares de crianças asmáticas. Tese de Doutoramento, Coimbra: F. P. C. E..

Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and Health Behaviors. In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models, (pp163-196). Buckingham, UK: Open University Press.

Tobin, D. L., Wigal, J. K., Winder, J. A., Holroyd, K. A. & Creer, T. L. (1987). The "Asthma Self-Efficacy Scale". Annals of Allergy, 59, 273-277.

Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en Psicología de la Salud. Anuario de Psicologia, 61, 9-18.

Wamboldt, M. Z. & Gavin, L. (1998). Pulmonary Disorders. In R. T. Ammerman & J. V. Campo (Eds.), Handbook of Pediatric Psychology and Psychiatry, (Volume 1, pp. 266-297). Boston: Allyn and Bacon

Wilson, S.& Starr-Schneiddkraut, N. (1994). State of Art in Asthma Education: The US Experience. Chest, 106 (4), 197-205.

Winkelstein, M., Huss, K., Butz, A., Eggleston, P., Vargas, P. & Rand, C. (2000). Factors associated with medication self-administration in children with asthma. Clinical Pediatric, 39 (6), 337-345.

Anexos

Anexo 1

Carta à Comissão de Ética do Hospital D. Estefânia

À Comissão de Ética
do Hospital de Dona Estefânia,

Venho por este meio solicitar autorização para a recolha e preenchimento de questionários, junto dos utentes da consulta de Imunoalergologia desse Hospital, com vista à elaboração da Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde.

O objectivo do estudo é avaliar o conhecimento da doença e a auto-eficácia no controlo e gestão da doença, de um grupo de crianças asmática, entre os 10 e os 15 anos.

As crianças submetidas a investigação serão seleccionadas pelos clínicos, não necessitando eu de fazer consulta dos seus processos. É ainda garantida a confidencialidade e o anonimato de todos os sujeitos que participarem na investigação.

Desde já agradeço a atenção dispensada

Lisboa, 5 de Dezembro de 2000

Anexo 2

Folha de Identificação e Questões de Percepção da Saúde

Folha de Identificação

Sou psicóloga e estou a realizar um estudo intitulado "Conhecimento e auto-eficácia na Criança Asmática", no âmbito da Tese de Mestrado, do Mestrado em Psicologia da Saúde do ISPA, orientada pelo Prof. Dr. José Luis Pais Ribeiro. Com este estudo pretendemos avaliar o nível de conhecimento da criança e da família e a expectativa de eficácia da criança no controlo (gestão) da doença.

Os questionários são anónimos e confidenciais. Por favor não deixe nenhuma pergunta por responder.

Este estudo só é possível com a sua colaboração, que desde já agradeço.

Quem preenche o questionário?

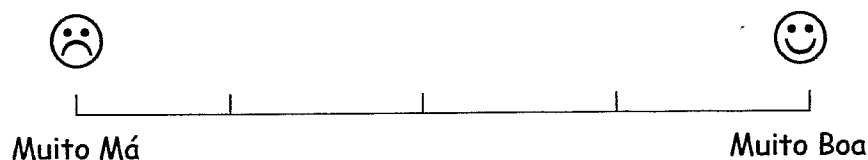
Mãe

Pai

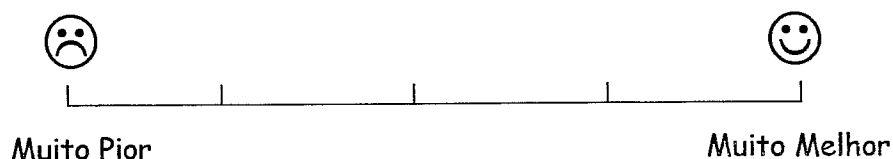
Outros Quem? _____

Idade: _____ Estado civil: _____ Habilitações Literárias: _____

Como classifica a saúde do seu filho:



Comparando com as outras crianças a saúde do seu filho é:



Nº _____

Folha de Identificação

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____

Ano que Freqüentas: _____

Nº irmãos: _____ idade: _____ sexo: _____

Alguém na família tem asma? _____

Idade da 1ª crise de asma: _____

Qual a frequência de crises de asma no último ano: _____

O médico receitou-te medicação diária? _____

Como classificas a tua saúde:



Comparando com os outros miúdos a tua saúde é:





















Anexo 3

Questionário de Conhecimento da Asma

Questionário de Conhecimento da Asma

O que sabes da asma?

	Verdadeiro	Falso
1- Quando tens asma a parte do teu corpo que mais se modifica são os teus pulmões.		
2- Quando tens asma, é mais difícil o ar entrar e sair do teu corpo.		
3- Uma das coisas que podes fazer quando tens uma crise de asma são exercícios respiratórios.		
4- Uma das coisas que pode desencadear uma crise de asma é o fumo do tabaco.		
5- Às vezes, podes ter uma crise de asma mesmo que te mantinhas afastado(a) das "coisas" que incomodam os teus pulmões.		
6- Quando ficas chateado(a) ou irritado(a) a crise de asma pode piorar.		
7- Só os teus pais te podem ajudar quando tens uma crise de asma.		
8- Quando te estás a sentir bem já não precisas de tomar os medicamentos.		
9- Às vezes tens de limitar as tuas actividades físicas.		

10-Escreve três "coisas" que te provoquem uma crise de asma.

⇒ _____

⇒ _____

⇒ _____

11- Consegues evitar essas "coisas"?

- ① nunca
- ② algumas vezes
- ③ bastantes vezes
- ④ quase sempre
- ⑤ sempre

12-Escreve quais os medicamentos que tomas para a asma.

Medicamentos

⇒ _____

⇒ _____

⇒ _____

13-Costumas seguir este tratamento?

- ① nunca
- ② algumas vezes
- ③ bastantes vezes
- ④ quase sempre
- ⑤ sempre

Questionário de Conhecimento da Asma (Pais)

O que sabe sobre a asma?

	Verdadeiro	Falso
1- Quando o seu filho tem asma a parte do corpo que mais se modifica são os pulmões.	V	F
2- Quando o seu filho tem asma, é mais difícil o ar entrar e sair do corpo.	V	F
3- Uma das coisas que o seu filho pode fazer quando tem uma crise de asma são exercícios respiratórios.	V	F
4- Uma das coisas que pode desencadear uma crise de asma é o fumo do tabaco.	V	F
5- À vezes, o seu filho pode ter uma crise de asma mesmo quando está afastado das "coisas" que lhe incomodam os pulmões.	V	F
6- Quando o seu filho fica "chateado" ou irritado a crise de asma pode piorar.	V	F
7- Quando os filhos têm uma crise de asma, só os pais podem ajudar.	V	F
8- Quando o seu filho se está a sentir bem já não precisa de tomar os medicamentos.	V	F
9- Às vezes o seu filho tem de limitar as actividades físicas.	V	F

Nº _____

10-Escriva três "coisas" que provoquem uma crise de asma ao seu filho.

a. _____

b. _____

c. _____

11- O seu filho consegue evitá-las?

1- nunca

2- algumas vezes

3- bastantes vezes

4- quase sempre

5- sempre

12-Escriva quais os medicamentos que o seu filho toma para a asma

Medicamentos

a. _____

b. _____

c. _____

13- O seu filho costuma seguir este tratamento?

1- nunca

2- algumas vezes

3- bastantes vezes

4- quase sempre

5- sempre

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 4

Escala de Auto-eficácia

Escala de Auto-eficácia da Asma

Avalia de acordo com as seguintes afirmações, o que és capaz de fazer para controlar a tua asma.

Sou capaz de:

1- Decidir quando devo usar a medicação se estou com falta de ar

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



2- Explicar como me sinto quando estou com falta de ar

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



3- Quando vou a algum lado, saber ou perguntar se há lá coisas que me podem provocar alergia

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



4- Decidir quantas inalações (puffs) faço quando estou com falta de ar

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



Sou capaz de:

5- Dizer ao professor de educação física que tenho de parar porque estou com falta de ar

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



6- Dormir em casa de um amigo(a)

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



7- Perguntar ao médico o que é que preciso

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



8- Pedir ajuda quando estou com falta de ar

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



9- Falar com estranhos durante uma festa

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



Sou capaz de:

10- Decidir que medicação devo usar

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



11- Pedir ajuda quando me sinto doente

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



12- Garantir que a crise de asma não piora

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



13- Falar com o médico sobre a mudança da quantidade de medicação

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



14- Pedir a ajuda necessária aos meus pais e amigos

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



Sou capaz de:

15- Controlar a minha asma

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



16- Falar com o médico quando não concordo com ele

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



17- Explicar ao médico como estou

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



18- Decidir se tomo a medicação diariamente

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim



19- Pensar numa solução para os problemas

Não



Acho que não



Não sei



Acho que sim



Sim






Sou capaz de :






20- Decidir quando estou em crise, qual a altura em que devo tomar a medicação de crise (SOS)

Não *Acho que não* *Não sei* *Acho que sim* *Sim*
    

21- Decidir quantas inalações (puffs) faço

Não *Acho que não* *Não sei* *Acho que sim* *Sim*
    






22- Tomar a medicação sozinho, se precisar

Não *Acho que não* *Não sei* *Acho que sim* *Sim*
    

23- Decidir que desportos posso fazer

Não *Acho que não* *Não sei* *Acho que sim* *Sim*
    

24- Resolver problemas

Não *Acho que não* *Não sei* *Acho que sim* *sim*
    

Anexo 5

Dados Brutos

Folha de Identificação – Crianças

Sujeito	Idade	Sexo	Escolaridade	Nº Irmãos	Asma na Família	1ª Crise	Freq. Crises
1	11	1	3	2	1	2	4
2	11	1	5	2	1	0	4
3	12	2	5	1	1	4	2
4	12	2	7	1	1	0	3
5	10	1	4	1	1	0	1
6	12	1	6	2	1	0	4
7	10	2	4	1	1	5	1
8	12	2	7	2	2	3	2
9	8	1	3	2	1	2	2
10	10	1	4	1	1	2	1
11	12	1	7	0	1	0	4
12	8	2	2	2	1	0	3
13	8	2	2	2	2	0	1
14	12	2	6	1	1	0	4
15	9	1	3	0	2	6	2
16	9	1	3	1	2	3	2
17	11	1	4	1	1	1	4
18	9	2	3	1	1	0	2
19	8	1	3	0	1	3	1
20	11	2	5	1	2	10	2
21	9	2	3	1	2	4	4
22	12	1	6	1	1	0	1
23	10	1	4	0	2	4	4
24	8	2	2	1	1	0	2
25	11	2	5	1	1	2	1
26	12	2	7	1	1	7	1
27	9	2	3	2	2	3	2
28	8	2	2	1	1	3	2
29	12	1	5	0	1	4	2
30	8	1	3	2	1	6	2
31	11	1	5	1	1	1	1
32	12	1	7	1	2	0	4
33	9	1	3	1	1	0	1
34	10	1	4	0	1	0	3
35	11	2	5	1	1	0	1
36	11	2	4	1	1	4	4
37	9	1	3	2	1	0	2
38	12	1	6	0	1	1	3
39	12	1	7	1	1	0	1
40	9	1	3	2	2	0	4
41	11	2	5	1	1	1	2
42	9	2	3	1	1	0	2
43	11	1	5	1	1	0	4
44	9	1	2	2	1	0	1
45	11	1	5	2	1	2	3
46	10	1	3	1	1	4	1
47	9	2	3	0	1	4	1
48	11	2	5	1	1	7	2

Sujeito	Idade	Sexo	Escolaridade	Nº Irmãos	Asma na Família	1ª Crise	Freq. Crises
49	10	1	4	0	2	2	1
50	11	1	4	2	1	0	2
51	10	2	4	2	1	6	3
52	12	1	7	2	2	5	1
53	12	1	7	0	1	1	3
54	11	1	5	2	1	8	3
55	12	2	6	0	1	3	2
56	10	2	4	1	2	6	3
57	11	1	5	2	1	3	4
58	11	2	5	1	1	3	2
59	12	1	5	1	1	8	2
60	11	2	5	1	2	3	4
61	10	1	4	1	1	7	1
62	9	1	4	2	1	5	1
63	12	2	6	2	1	3	3
64	10	1	5	2	2	3	3
65	8	1	3	1	1	4	2
66	9	1	4	1	1	0	3
67	11	1	5	1	1	0	4
68	11	2	6	0	1	3	2
69	8	2	2	1	1	6	3
70	12	1	7	1	1	7	1
71	8	1	3	1	1	0	1
72	11	1	7	2	1	2	1
73	9	2	5	1	2	0	4
74	12	1	5	0	1	0	3
75	11	2	5	1	2	7	2
76	8	1	1	0	2	0	1
77	12	1	6	2	1	7	4
78	11	2	5	2	1	0	2
79	9	1	3	0	1	2	3
80	11	1	5	1	1	1	1
81	12	2	6	2	1	0	2
82	9	3	2	1	0	2	3
83	8	1	3	1	1	4	3
84	11	1	5	2	1	0	3
85	12	1	7	1	1	2	2
86	11	1	4	1	2	2	3
87	10	1	4	0	1	0	3
88	10	2	4	0	1	2	4
89	12	2	7	1	1	5	1
90	10	1	4	2	1	2	2
91	9	2	3	1	2	0	3
92	12	1	6	1	1	2	2
93	12	1	6	1	1	2	3
94	10	2	5	1	1	0	2
95	12	1	7	2	1	2	3
96	9	1	4	1	2	0	1
97	10	1	3	1	1	4	3
98	9	2	4	2	1	4	2
99	10	2	4	1	2	3	4

Sujeito	Idade	Sexo	Escolaridade	Nº Irmãos	Asma na Família	1ª Crise	Freq. Crises
100	11	1	5	1	1	2	3
101	10	1	5	1	2	1	1
102	8	1	3	1	1	0	2
103	8	1	3	1	1	0	1
104	11	2	3	1	2	5	2
105	9	1	4	1	2	0	2
106	12	1	6	1	2	0	3
107	10	1	4	1	1	0	5
108	9	1	3	1	2	1	3
109	12	1	6	2	2	2	2
110	10	2	5	2	2	5	3
111	10	2	5	1	2	5	4
112	12	2	6	1	2	0	2
113	11	2	5	0	1	0	1
114	8	2	2	1	2	5	1
115	10	1	4	0	1	3	2
116	8	1	3	0	1	3	4
117	11	1	5	2	1	0	2
118	10	1	4	1	2	2	4
119	10	1	4	0	1	7	2
120	10	1	4	1	1	2	4
121	12	2	6	0	1	3	3
122	9	2	3	1	2	5	2
123	10	1	4	1	1	2	3
124	8	2	3	0	1	5	2
125	11	1	5	0	1	1	1
126	11	2	4	1	2	0	4
127	12	1	6	1	2	2	1
128	10	2	4	1	1	2	2
129	9	1	3	0	1	2	2
130	12	2	6	1	1	3	2
131	9	2	4	1	1	0	3
132	12	2	5	2	1	3	1
133	11	1	4	0	1	4	2
134	10	1	4	0	1	2	3
135	12	1	5	2	1	1	2
136	10	1	3	1	2	0	2
137	12	2	7	1	1	4	1
138	10	1	4	2	1	0	3
139	11	2	5	1	2	5	2
140	10	1	4	1	2	0	2
141	12	1	7	1	1	2	1
142	9	1	3	0	1	0	1
143	11	2	5	1	2	0	1
144	11	1	5	1	1	1	3
145	8	1	3	1	1	0	4
146	12	1	7	1	1	0	3
147	10	1	4	1	2	1	1
148	12	1	6	1	1	5	1
149	11	1	5	1	1	0	1
150	12	1	6	2	2	5	1

Sujeito	Idade	Sexo	Escolaridade	Nº Irmãos	Asma na Família	1ª Crise	Freq. Crises
151	12	2	7	1	1	3	1
152	12	1	5	0	2	0	3
153	9	2	3	0	1	0	1
154	8	1	3	1	2	0	2
155	10	1	4	2	1	3	2
156	8	1	3	0	1	2	1
157	12	2	7	1	2	0	1
158	10	2	4	1	1	0	4
159	11	1	5	1	1	0	2
160	11	1	5	2	1	4	4
161	10	2	4	1	1	2	1
162	12	1	5	1	1	0	2
163	12	1	6	1	2	5	3
164	12	1	7	0	2	8	1
165	8	1	3	1	1	2	4
166	11	1	4	2	1	2	1
167	12	2	5	2	1	6	4
168	8	2	3	1	1	7	2
169	12	1	6	0	2	5	1
170	12	1	6	1	2	1	1
171	12	1	6	1	1	4	1
172	10	1	4	1	1	0	2
173	12	1	7	1	1	3	1
174	11	1	5	1	2	1	3
175	8	1	3	2	2	5	3
176	9	2	3	1	2	6	1
177	8	2	3	1	1	5	1
178	12	2	6	1	1	6	4
179	12	2	7	2	1	1	4
180	11	1	5	0	1	2	2
181	8	1	2	0	1	2	3
182	9	1	3	1	1	4	3
183	11	1	5	1	1	3	3
184	9	1	4	2	1	3	1
185	12	2	7	1	1	2	1
186	10	2	4	2	1	5	1
187	10	2	5	1	2	0	2
188	12	1	6	1	1	0	2
189	8	2	3	0	1	3	2
190	9	1	4	1	1	0	3
191	8	2	3	1	1	3	3
192	11	2	6	1	1	3	2
193	12	1	7	1	1	0	2
194	9	1	4	1	1	0	1
195	8	1	3	1	1	0	4
196	11	2	6	2	1	3	2
197	10	2	5	1	1	5	1
198	12	2	7	1	2	5	1
199	11	1	6	0	1	0	3
200	11	1	6	1	1	4	2

Questões de Percepção da Saúde - Crianças

Sujeito	Questão 1	Questão 2
1	5	1
2	3	2
3	3	1
4	3	2
5	3	3
6	3	3
7	5	5
8	3	4
9	3	5
10	3	4
11	3	2
12	4	2
13	5	3
14	2	1
15	4	4
16	5	3
17	3	4
18	4	4
19	3	3
20	4	4
21	4	5
22	4	3
23	3	4
24	3	3
25	3	3
26	4	4
27	4	4
28	4	4
29	3	3
30	4	4
31	3	3
32	2	3
33	5	3
34	4	5
35	2	2
36	2	1
37	3	4
38	3	3
39	3	4
40	3	4
41	3	3
42	3	4
43	4	3
44	3	3
45	3	3
46	4	3
47	5	5
48	3	3
49	5	5

Sujeito	Questão 1	Questão 2
50	4	2
51	3	3
52	3	3
53	3	2
54	3	3
55	3	3
56	5	5
57	2	1
58	3	2
59	4	3
60	2	4
61	3	3
62	3	2
63	3	2
64	2	2
65	4	3
66	3	3
67	3	2
68	2	2
69	2	2
70	3	2
71	4	4
72	3	2
73	4	5
74	5	4
75	4	2
76	4	4
77	3	4
78	3	1
79	3	4
80	1	1
81	4	3
82	2	1
83	3	2
84	3	2
85	3	3
86	3	3
87	3	1
88	3	2
89	3	4
90	3	1
91	3	2
92	2	3
93	3	4
94	3	3
95	3	3
96	3	3
97	4	3
98	3	4
99	3	1
100	4	3

Sujeito	Questão 1	Questão 2
101	4	4
102	3	3
103	3	3
104	3	3
105	3	3
106	3	4
107	4	3
108	3	3
109	2	1
110	5	3
111	3	3
112	3	2
113	3	3
114	5	5
115	5	3
116	3	2
117	3	3
118	3	3
119	3	3
120	4	4
121	4	4
122	5	3
123	3	3
124	5	4
125	4	4
126	3	2
127	4	3
128	5	5
129	4	5
130	4	4
131	5	3
132	5	5
133	3	3
134	3	4
135	4	3
136	4	3
137	4	3
138	3	3
139	4	3
140	5	3
141	3	2
142	3	4
143	3	3
144	3	4
145	3	3
146	3	3
147	3	3
148	3	4
149	3	4
150	4	3
151	3	4

Sujeito	Questão 1	Questão 2
152	3	3
153	4	3
154	3	2
155	5	3
156	3	3
157	4	4
158	3	3
159	3	3
160	3	4
161	3	3
162	4	4
163	4	2
164	3	3
165	3	5
166	1	2
167	3	4
168	3	5
169	3	2
170	3	3
171	4	3
172	3	2
173	4	3
174	3	2
175	4	3
176	3	3
177	3	2
178	3	2
179	2	2
180	3	2
181	1	2
182	3	3
183	3	3
184	1	3
185	3	2
186	4	3
187	3	3
188	3	3
189	4	4
190	3	3
191	3	3
192	4	4
193	4	4
194	4	3
195	3	2
196	3	3
197	4	3
198	4	3
199	3	4
200	4	3

Questionário de Conhecimento da Asma - Crianças

Sujeito	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q 10.1	Q 10.2	Q 10.3	Q11	Q 12.1	Q 12.2	Q 12.3	Q13
1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	4	3	0	1	0	0	0	5
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	0	2	0	0	0	2
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	4	2	1	2	1	5
4	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	6	1	3	2	0	0	4
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	0	2	2	0	0	4
6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	5	3	1	4	2	0	0	5
7	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	1	3	2	0	0	0	2
8	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	3	4	3	1	1	2	2
9	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	3	4	4	2	0	0	4
10	1	0	1	1	0	0	1	1	1	3	3	6	2	2	0	1	4
11	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	6	3	2	2	1	0	4
12	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	4	5	4	0	0	0	2
13	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3	3	1	2	2	1	0	5
14	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	4	1	2	1	2	1	4
15	1	1	1	1	1	1	1	0	1	3	1	0	4	2	0	0	4
16	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	3	0	4	0	0	0	4
17	1	1	1	1	0	0	1	1	1	4	1	0	3	0	2	0	2
18	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	0	0	2	0	0	0	2
19	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	3	0	2	0	0	0	4
20	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	0	0	3	0	0	0	5
21	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	4	0	3	2	1	0	2
22	1	0	1	1	1	1	1	1	1	3	5	0	5	0	0	0	5
23	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	3	4	0	2	0	4
24	1	0	1	0	1	1	0	1	1	3	4	4	1	0	0	0	5
25	1	1	1	1	1	0	1	0	1	3	1	0	4	2	0	0	5
26	1	1	1	1	0	1	1	1	1	3	3	4	4	2	2	0	4
27	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3	5	4	2	2	0	0	5
28	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	5
29	1	1	0	1	1	1	0	1	1	3	1	1	3	2	2	1	5
30	1	1	0	1	0	1	0	1	0	3	4	1	2	0	0	0	5
31	1	1	1	1	1	1	0	0	1	4	3	1	4	2	2	2	2
32	1	1	1	1	1	1	0	1	0	4	3	1	1	1	1	2	3
33	1	1	1	1	1	1	0	1	0	4	3	0	5	1	2	0	2
34	1	1	1	1	0	1	1	1	1	3	0	0	4	2	0	0	5
35	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	3	4	2	0	0	0	5
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	1	4	0	0	1	5
37	1	1	1	1	1	0	1	1	1	4	0	0	4	1	1	1	5
38	1	1	1	1	0	1	0	1	1	3	4	5	2	2	2	2	5
39	1	1	0	1	1	1	1	1	1	3	1	1	5	0	0	0	4
40	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	4	0	2	0	4
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	0	2	0	0	2
42	1	1	1	1	1	1	0	1	1	4	3	2	4	0	0	0	5
43	1	1	1	0	0	1	1	0	1	3	5	2	0	0	0	5	4
44	1	1	1	1	0	1	1	0	1	3	4	0	2	2	1	0	5
45	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	3	4	0	4	0	0	5
46	1	1	1	1	1	0	1	1	1	4	3	0	3	2	1	1	5
47	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	4	2	0	0	3
	1	1	1	1	1	1	0	0	1	4	0	0	2	2	0	2	4

Sujeito	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q 10.1	Q 10.2	Q 10.3	Q11	Q 12.1	Q 12.2	Q 12.3	Q13
48	1	0	1	1	1	0	1	1	0	4	4	3	2	1	2	2	5
49	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	4
50	1	1	1	0	1	1	0	1	1	3	1	4	2	2	1	1	5
51	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	1	1	0	5
52	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	1	1	2	0	0	0	5
53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	4	2	1	0	0	2
54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	4	3	2	1	2	5
55	1	1	0	1	0	1	1	1	1	3	4	1	2	0	0	0	5
56	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	4	0	2	2	0	0	2
57	1	1	1	1	1	0	0	1	1	4	1	6	2	0	0	2	5
58	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	0	0	5	2	0	0	5
59	1	1	1	1	1	0	1	1	1	4	3	1	2	1	2	2	5
60	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	3	4	5	0	1	0	3
61	1	1	1	1	0	1	1	1	1	3	1	0	4	2	2	2	5
62	1	1	0	1	0	1	1	0	1	3	1	6	2	0	2	1	4
63	1	1	1	1	0	1	1	1	1	4	5	3	5	2	2	0	5
64	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	4	1	2	0	0	0	5
65	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	3	0	4	2	2	0	4
66	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	3	2	0	0	0	4
67	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	4	4	5	0	0	0	3
68	1	1	1	1	0	1	0	0	1	4	1	3	2	0	0	0	5
69	0	1	1	1	0	1	0	0	1	3	4	4	4	2	2	0	2
70	1	1	1	1	0	0	0	0	0	3	1	1	4	2	0	0	3
71	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	0	3
72	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	4	1	2	1	0	2	5
73	1	0	1	1	0	0	0	1	1	3	2	1	4	0	0	0	5
74	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	5
75	1	1	1	0	1	0	1	1	1	4	0	0	2	0	0	0	4
76	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	3	0	1	0	0	0	3
77	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4	3	5	2	0	0	0	5
78	1	1	1	1	1	0	1	1	1	4	1	3	2	0	0	0	4
79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	1	2	0	0	0	4
80	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	4	0	5	0	2	0	5
81	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	5	4	4	0	0	0	4
82	0	0	0	1	1	1	1	1	1	3	1	1	4	0	0	0	5
83	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	3	2	1	0	0	5
84	1	1	1	1	0	1	1	0	1	3	0	0	2	0	0	0	3
85	1	1	0	1	1	0	0	1	0	4	1	3	2	2	2	0	5
86	1	0	1	1	1	1	0	1	1	3	0	0	2	2	2	0	5
87	1	1	0	1	1	1	1	1	1	3	5	4	4	2	2	0	5
88	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	0	2	1	1	0	5
89	1	1	0	1	1	1	1	1	1	4	4	5	3	2	1	1	4
90	1	1	1	1	1	0	1	0	1	4	3	1	4	0	1	0	2
91	1	1	0	0	1	0	0	1	1	4	1	0	4	0	2	0	5
92	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	4	3	0	1	0	5
93	1	1	1	1	1	0	1	1	1	6	1	0	4	0	0	2	2
94	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	4	1	3	0	1	0	3
95	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2
96	1	1	1	1	1	0	1	0	1	3	0	0	4	0	2	0	2
97	1	1	1	1	1	1	1	0	1	3	3	0	4	2	1	0	5

Sujeito	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q 10.1	Q 10.2	Q 10.3	Q11	Q 12.1	Q 12.2	Q 12.3	Q13
98	1	1	1	1	1	0	0	0	1	4	3	1	2	1	0	0	5
99	1	1	1	1	1	1	0	0	1	4	4	0	2	0	2	0	5
100	1	0	1	1	0	0	1	0	0	4	6	3	4	1	0	0	4
101	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	4	1	4	2	2	1	4
102	1	1	0	0	1	1	1	1	1	3	0	0	2	1	0	0	2
103	1	1	1	1	1	0	0	0	1	4	1	0	2	0	0	0	2
104	0	1	1	1	1	0	1	0	1	3	1	1	4	1	1	2	5
105	1	0	1	1	1	1	0	1	1	4	5	4	2	0	0	0	2
106	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	1	2	2	0	1	5
107	1	1	1	0	0	1	1	1	1	4	1	4	2	0	2	0	2
108	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	4	2	2	2	0	2
109	3	1	6	2	2	0	0	3	1	1	1	1	0	1	0	0	1
110	1	1	0	1	0	1	0	0	1	3	4	0	4	0	1	2	4
111	1	1	1	1	0	0	1	1	1	3	1	1	2	0	0	0	4
112	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	4	6	5	0	0	0	4
113	1	1	1	1	1	1	0	1	1	6	5	2	2	1	2	0	5
114	1	1	1	0	1	0	0	0	1	4	3	0	2	0	0	0	4
115	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	5	4	2	0	0	2
116	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	3	2	0	0	0	2
117	1	1	1	1	1	0	0	0	1	5	4	3	2	1	2	0	5
118	1	1	1	1	0	0	1	1	1	4	0	0	2	0	0	0	2
119	1	0	1	1	1	1	0	1	1	3	4	5	2	0	0	0	3
120	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	0	4	0	0	0	5
121	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	3	0	4	1	2	1	4
122	1	1	1	1	1	0	0	0	1	3	4	1	4	2	0	0	5
123	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	3	1	2	2	2	2	4
124	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	0	0	4	2	2	0	4
125	1	1	1	0	1	0	1	1	1	4	1	0	2	0	0	0	5
126	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	3	0	4	0	0	0	4
127	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	5	4	2	2	0	5
128	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	1	1	5	2	0	0	5
129	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	1	3	2	2	2	0	5
130	1	1	0	1	0	1	1	0	1	3	1	0	2	2	2	0	2
131	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	0	5
132	1	0	1	0	1	0	0	1	1	4	1	1	5	0	0	0	2
133	0	1	1	1	1	0	0	1	1	4	3	0	2	0	0	0	4
134	1	1	0	1	0	1	0	0	1	3	1	0	2	1	2	2	5
135	1	0	1	1	1	1	0	1	0	2	0	0	4	0	2	0	5
136	1	0	1	1	1	1	0	1	1	3	3	4	1	0	0	0	5
137	1	1	1	1	0	0	0	1	1	3	4	0	4	2	1	1	5
138	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	4	1	2	0	0	2	5
139	1	1	1	1	1	1	0	1	1	4	1	0	4	2	2	2	4
140	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	6	6	4	2	0	0	4
141	1	1	1	1	1	0	1	1	1	4	3	0	3	2	2	0	5
142	1	1	1	1	1	0	1	1	0	3	0	0	3	0	0	0	2
143	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	0	0	2	0	0	0	3
144	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	4	4	1	1	2	4
145	1	1	1	1	1	1	0	0	1	4	3	3	2	0	0	0	5
146	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4	3	3	0	0	0	5
147	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	3	3	0	4	2	0	2

Sujeito	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q	Q	Q	Q11	Q	Q	Q	Q13
										10.1	10.2	10.3		12.1	12.2	12.3	
148	1	1	1	1	1	0	1	1	1	6	3	1	3	2	2	2	3
149	1	1	1	1	0	0	1	1	1	4	3	4	2	2	1	2	4
150	0	1	1	1	1	0	0	0	0	4	0	0	2	0	2	2	5
151	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	6	1	2	0	2	0	4
152	1	1	0	1	1	0	0	1	1	4	0	0	4	0	0	0	4
153	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	0	0	4	0	0	0	2
154	1	1	1	1	1	1	0	0	1	4	1	1	2	2	0	0	5
155	1	0	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	4	0	0	0	4
156	1	1	1	1	0	1	1	0	1	3	0	0	2	2	1	2	5
157	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	6	6	4	2	2	0	2
158	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	4	0	2	0	0	0	3
159	1	1	1	1	1	0	1	1	1	4	6	1	3	0	2	2	5
160	1	1	1	1	0	1	1	1	1	6	6	1	2	0	1	2	5
161	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	0	2
162	1	1	1	1	0	0	1	1	0	3	1	5	2	0	0	0	5
163	1	1	1	1	0	0	1	1	1	4	3	4	3	1	2	2	5
164	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	5	2	4	2	2	1	5
165	1	1	1	0	1	1	0	0	1	3	4	1	4	2	0	0	4
166	0	1	0	1	1	0	0	1	1	3	1	1	1	0	0	0	5
167	1	0	1	1	1	1	1	0	1	3	1	0	2	0	0	0	4
168	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	3	1	2	0	2	0	4
169	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	0	2	0	0	0	4
170	1	1	1	1	0	0	1	1	1	4	3	0	2	0	0	0	2
171	1	1	1	1	1	0	0	1	1	3	4	0	2	2	0	0	3
172	1	1	1	1	1	1	0	1	1	5	5	3	2	0	0	0	5
173	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	4	2	0	0	0	4
174	1	1	0	1	1	0	1	1	1	3	4	1	4	0	0	0	5
175	1	1	1	1	1	0	0	0	1	3	1	0	4	0	0	0	3
176	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	6	6	2	2	2	0	4
177	1	0	1	1	1	0	0	1	0	4	0	0	2	1	2	0	5
178	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	4	0	3	2	2	1	5
179	1	1	1	1	1	0	1	0	1	3	4	0	4	0	1	0	5
180	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	4	4	2	0	0	5
181	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	1	2	2	0	0	0	4
182	1	1	1	1	0	0	1	1	0	3	1	0	2	2	0	0	2
183	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	1	5	2	0	0	0	5
184	1	1	1	1	1	1	0	0	1	5	3	0	4	2	0	0	2
185	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	1	3	2	1	2	2	5
186	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	4	2	2	0	5
187	1	1	1	1	0	1	1	0	1	3	3	3	2	0	0	0	5
188	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	3	0	2	2	1	0	4
189	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	4	1	4	2	2	0	4
190	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	1	4	2	0	0	0	4
191	1	1	1	0	1	0	0	0	1	6	4	1	3	0	2	0	4
192	0	1	1	1	1	0	0	0	1	3	1	1	4	0	0	0	4
193	1	1	1	1	0	1	1	0	1	3	1	1	2	0	0	0	5
194	1	1	1	1	0	1	0	0	1	3	6	4	4	0	0	2	5
195	1	1	1	1	0	1	0	0	1	4	1	0	4	0	0	2	2
196	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	3	4	2	0	0	0	5
197	1	1	1	1	0	1	1	1	1	3	1	1	2	2	0	0	5

Sujeito	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q 10.1	Q 10.2	Q 10.3	Q11	Q 12.1	Q 12.2	Q 12.3	Q13
198	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	3	4	2	0	0	3
199	1	1	1	1	1	0	0	0	0	3	0	1	4	2	2	0	4
200	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	2	2	0	0	5

Escala de Auto-eficácia

Sujeito	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
1	4	5	3	5	5	5	5	5	1
2	2	5	4	4	5	5	5	5	1
3	5	5	4	5	5	4	5	5	1
4	4	3	5	5	5	5	5	5	5
5	4	3	5	5	5	5	5	5	1
6	1	3	5	5	5	5	5	5	1
7	5	5	4	5	5	1	5	5	1
8	5	4	5	3	5	5	5	5	1
9	4	1	1	5	5	5	4	4	5
10	5	5	5	5	5	1	5	5	1
11	4	3	1	4	5	1	5	5	1
12	5	4	5	5	5	5	5	5	4
13	5	5	5	5	5	5	4	5	1
14	5	3	4	1	5	1	4	5	1
15	5	4	5	5	5	5	4	3	5
16	5	4	5	2	5	1	5	5	1
17	1	5	5	1	5	5	1	5	1
18	5	5	1	5	5	5	4	5	1
19	5	3	5	5	5	5	5	5	1
20	5	3	5	1	5	5	4	5	1
21	4	4	5	4	4	5	4	5	1
22	4	5	1	4	5	4	5	5	1
23	2	5	1	1	5	5	5	5	5
24	1	2	1	5	1	1	5	5	5
25	5	1	4	5	5	3	5	5	1
26	4	4	5	4	5	5	5	5	3
27	4	4	5	1	5	5	5	5	5
28	1	5	1	5	5	5	5	5	1
29	5	3	4	3	5	5	5	5	1
30	5	4	5	5	5	5	5	5	1
31	5	4	1	4	1	1	5	5	1
32	4	3	5	5	5	5	4	4	1
33	4	3	5	5	5	5	3	3	1
34	5	4	1	5	1	4	5	5	1
35	4	1	4	5	5	5	5	5	1
36	5	5	4	2	1	1	4	5	1
37	5	5	5	4	5	4	5	5	1
38	5	5	5	5	5	5	4	5	1
39	3	4	2	1	5	2	3	4	1
40	3	4	2	1	5	1	3	5	1
41	5	5	4	2	5	1	3	5	1
42	5	5	4	2	5	5	3	5	5
43	4	1	3	3	5	5	5	5	1
44	3	4	5	5	2	1	5	5	1

Sujeito	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
41	5	5	5	5	5	5	5	4	5
42	5	2	5	5	5	1	5	1	3
43	5	5	4	5	5	5	5	5	1
44	5	1	5	5	5	5	5	5	5
45	4	5	3	4	5	5	5	4	1
46	5	4	5	5	5	5	5	5	1
47	5	4	4	1	5	5	4	5	1
48	5	5	1	5	5	5	5	5	1
49	1	1	5	3	5	1	1	5	1
50	5	4	5	4	5	5	5	5	1
51	5	5	4	5	5	5	5	4	3
52	3	5	1	5	5	5	5	5	3
53	5	5	5	4	5	5	5	5	1
54	1	4	5	4	5	4	5	5	1
55	5	5	5	3	5	5	5	4	1
56	1	4	1	3	5	1	3	5	1
57	5	5	5	5	5	1	4	5	3
58	5	4	4	4	5	4	4	5	1
59	5	5	5	5	5	5	5	5	4
60	5	3	3	4	5	3	5	5	1
61	1	5	4	1	5	1	4	5	1
62	1	5	1	5	5	5	5	5	1
63	5	5	5	4	4	4	3	5	4
64	5	5	5	5	5	5	5	5	4
65	4	5	5	4	5	4	5	5	2
66	1	3	5	4	2	2	1	4	1
67	1	4	5	1	5	5	5	5	3
68	1	4	5	1	5	5	1	5	5
69	1	5	4	3	5	5	2	1	4
70	5	5	5	5	5	5	2	5	1
71	4	5	4	3	5	5	5	5	1
72	5	5	5	5	5	5	1	5	5
73	2	5	5	5	5	5	5	5	1
74	5	1	5	3	5	5	3	5	1
75	1	5	1	5	1	5	1	5	1
76	4	3	2	5	5	4	3	5	1
77	5	5	5	5	5	1	1	5	1
78	5	1	1	3	5	5	5	5	1
79	5	4	5	2	5	5	5	5	1
80	5	5	4	4	5	1	5	5	1
81	5	4	5	5	5	5	5	5	1
82	5	4	5	5	5	5	4	5	3
83	2	5	4	1	5	1	1	5	1
84	4	5	1	5	5	4	1	5	1
85	4	5	5	5	5	4	3	5	1
86	1	5	4	5	5	2	3	5	4
87	5	1	4	1	5	1	1	5	1
88	5	5	5	2	5	5	5	5	5
89	5	5	5	5	5	5	5	5	1
90	5	5	5	5	5	5	4	5	1
91	5	5	3	5	5	5	5	5	1
92	5	4	1	4	5	5	5	5	1

Sujeito	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
92	4	3	5	5	5	4	5	5	5
93	4	5	5	4	5	5	5	5	2
94	5	5	1	5	5	5	1	5	1
95	5	5	1	5	5	5	5	5	1
96	4	5	4	4	5	5	4	5	1
97	2	5	4	3	5	3	4	5	1
98	5	5	4	5	5	1	5	5	1
99	5	5	4	5	5	5	5	5	1
100	5	5	1	5	5	5	1	3	1
101	5	5	4	5	5	5	5	5	1
102	4	3	3	3	1	1	2	3	1
103	3	4	5	3	1	1	5	5	1
104	5	5	1	1	5	1	5	5	1
105	4	4	2	4	4	1	5	5	1
106	1	5	5	5	5	4	5	5	1
107	3	5	1	5	5	5	5	5	1
108	2	5	2	5	5	1	5	5	1
109	4	3	5	1	5	5	5	5	1
110	5	5	4	5	5	4	5	5	1
111	5	3	4	5	5	4	5	5	3
112	4	2	5	5	5	5	5	5	1
113	2	5	2	1	5	5	3	4	1
114	5	3	5	5	5	5	4	5	1
115	1	1	5	1	5	4	5	5	1
116	3	5	5	5	1	1	5	5	1
117	4	2	4	5	5	5	2	5	1
118	4	2	4	5	5	3	4	5	1
119	5	4	1	5	5	4	4	5	1
120	5	5	5	5	5	5	5	5	4
121	5	5	4	5	5	5	5	5	1
122	4	5	3	5	5	5	5	5	1
123	5	5	4	5	5	1	5	5	4
124	5	5	5	5	5	5	5	5	5
125	4	4	3	4	5	1	5	5	1
126	4	5	4	5	5	5	4	5	2
127	4	4	5	4	5	5	5	5	1
128	5	4	5	5	5	5	5	5	1
129	5	5	5	5	5	4	5	4	5
130	5	5	5	4	4	5	1	5	1
131	5	5	4	4	5	1	5	5	1
132	3	4	5	3	5	5	5	4	1
133	5	5	5	5	5	5	5	5	5
134	5	1	3	5	5	5	5	1	1
135	3	4	1	3	5	5	5	5	1
136	5	5	1	4	1	3	1	4	5
137	5	5	3	4	5	3	5	5	1
138	4	5	3	4	5	5	5	5	4
139	5	4	3	5	5	5	5	5	1
140	5	1	1	5	1	5	1	5	5
141	5	5	5	5	5	5	5	5	1
142	5	5	4	5	1	5	4	5	1
143	4	2	1	1	5	3	2	5	1
144	5	1	3	5	5	5	1	5	1

Sujeito	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
143	1	5	3	2	5	4	1	5	1
144	5	5	4	5	5	4	2	5	1
145	5	1	5	5	5	5	5	5	5
146	5	5	5	5	5	5	5	5	5
147	4	5	4	5	5	5	4	4	1
148	3	4	5	5	5	5	5	5	1
149	2	5	2	2	5	5	4	5	2
150	4	5	3	5	5	5	4	4	5
151	5	5	3	5	5	5	4	5	2
152	1	5	4	1	5	5	5	5	4
153	5	5	5	5	5	5	1	5	1
154	3	5	3	5	5	5	4	5	1
155	4	5	5	5	5	3	5	5	5
156	4	4	1	4	5	3	5	4	1
157	1	2	1	3	5	5	4	5	2
158	5	4	1	5	5	5	5	5	1
159	4	5	3	5	5	1	5	4	1
160	3	4	3	5	4	1	4	4	1
161	5	4	1	5	5	4	1	5	4
162	5	5	1	5	5	5	5	5	5
163	5	5	3	5	5	1	3	5	3
164	5	5	5	5	5	5	5	4	3
165	4	3	1	5	5	5	5	5	2
166	5	1	5	4	1	5	5	5	1
167	5	3	4	5	5	5	5	5	4
168	5	5	5	4	5	5	5	5	1
169	5	4	5	4	5	5	5	5	5
170	5	1	1	1	5	5	5	3	5
171	5	3	5	1	1	5	4	5	1
172	5	4	1	5	1	5	4	5	3
173	4	5	5	1	5	5	5	5	1
174	5	1	1	5	5	5	5	5	1
175	4	4	3	1	5	3	5	5	1
176	3	4	3	3	5	4	5	5	1
177	1	4	3	5	5	5	3	5	1
178	5	5	5	5	5	5	4	5	3
179	5	4	3	5	5	5	5	5	3
180	4	5	5	5	5	5	4	5	1
181	5	5	5	5	5	5	5	5	1
182	2	5	5	4	5	5	5	5	1
183	5	5	1	5	5	1	5	5	1
184	5	3	1	5	5	5	5	1	5
185	5	5	5	5	5	5	5	5	1
186	5	5	4	2	5	3	5	5	3
187	4	2	5	5	5	5	5	5	1
188	5	5	5	5	5	5	5	5	1
189	4	3	3	2	5	1	2	5	1
190	5	5	1	5	5	5	1	5	1
191	4	3	4	4	5	5	2	5	1
192	4	5	4	3	5	5	1	5	1
193	3	5	3	5	5	5	2	5	4

Sujeito	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
194	5	4	4	3	5	5	5	5	1
195	5	2	4	4	5	5	5	3	1
196	5	5	5	1	5	5	5	5	1
197	5	5	5	5	5	5	5	4	1
198	4	3	4	5	5	5	3	5	2
199	5	4	2	3	5	3	5	5	1
200	4	1	2	5	5	5	3	5	1

Sujeito	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24
1	5	4	1	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	1	1
2	1	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4
3	5	5	1	5	5	1	1	5	5	4	5	5	5	5	5
4	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	4	5	5	5	4
5	5	5	1	5	5	1	5	5	4	1	3	5	5	5	3
6	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4
7	1	5	1	1	5	1	1	5	4	3	4	1	5	5	4
8	5	5	3	2	4	4	1	2	2	4	4	5	5	4	4
9	5	5	1	5	5	4	4	5	4	3	5	5	5	4	1
10	4	4	2	3	4	1	2	5	3	4	3	5	1	2	3
11	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
12	5	5	5	4	5	1	1	5	5	4	5	5	2	5	1
13	2	5	2	4	5	1	5	2	5	1	5	5	5	1	1
14	5	5	1	3	5	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5
15	1	5	5	4	5	2	4	5	4	5	4	3	5	5	4
16	1	5	1	5	5	4	5	5	1	1	1	1	1	5	3
17	4	5	1	1	4	5	1	5	4	3	2	1	5	5	3
18	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	1	1	1	5	1
19	4	5	3	4	5	3	3	5	5	4	5	3	5	5	5
20	4	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	3	4	4
21	4	5	1	4	4	3	3	5	4	5	4	4	5	4	1
22	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	1	5	5	5	5
23	4	5	1	1	5	5	1	5	5	1	1	4	1	5	1
24	3	3	1	1	3	1	1	1	3	3	3	5	5	5	3
25	3	5	4	3	5	4	3	5	4	4	4	4	5	5	4
26	2	5	3	5	5	3	5	5	4	5	3	2	3	5	5
27	3	5	1	1	5	1	1	5	1	1	1	5	1	3	3
28	3	5	1	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	1
29	5	5	4	3	5	4	5	4	5	3	5	5	5	4	4
30	5	5	3	1	5	1	3	1	5	1	3	3	1	3	1
31	4	4	5	5	5	3	3	4	4	2	5	5	5	3	5
32	5	5	5	1	4	5	1	4	5	5	5	4	5	5	5
33	1	5	1	4	5	4	5	5	4	1	5	5	5	5	5
34	5	5	1	1	5	5	1	5	5	5	5	2	5	5	5
35	1	5	1	1	5	1	3	5	5	5	1	5	5	1	5
36	1	5	4	3	5	1	4	1	1	5	5	5	4	5	4
37	3	4	3	2	4	4	2	5	4	3	2	1	4	4	3
38	1	5	1	2	5	4	2	5	4	5	2	1	5	5	5
39	1	5	1	2	5	5	3	2	5	3	3	3	3	5	5
40	1	5	3	3	5	4	4	5	4	4	4	3	3	5	5
41	4	4	4	5	5	3	1	5	5	5	4	5	5	5	4
42	5	1	3	5	4	1	5	5	5	1	2	5	5	1	1

43	5	5	5	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
44	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3
45	3	5	4	3	5	5	3	4	4	3	3	5	3	5	3	5
46	5	5	4	5	5	2	5	5	5	4	5	4	5	3	5	5
47	1	5	1	5	5	5	2	5	1	4	5	4	5	5	5	5
48	1	5	2	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5
49	1	5	4	1	5	1	1	5	1	1	5	3	1	5	1	4
50	4	5	4	5	4	5	2	5	5	5	4	5	5	5	4	4
51	5	5	3	4	5	5	4	5	5	3	4	3	5	3	5	4
52	1	5	3	5	5	1	3	5	5	3	3	5	3	5	4	4
53	5	5	3	5	5	1	1	5	4	5	5	4	5	5	5	4
54	1	5	4	2	5	1	2	5	5	4	1	5	5	5	4	4
55	1	5	1	4	5	3	2	5	1	4	1	3	5	4	5	4
56	1	5	3	4	5	1	3	4	1	1	2	1	2	4	4	4
57	1	5	1	4	5	1	5	5	3	5	3	3	5	5	1	1
58	4	5	4	3	5	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4
59	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
60	5	5	4	5	4	5	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5
61	1	4	3	4	5	3	5	5	1	4	3	4	3	5	5	5
62	4	5	1	5	5	1	4	5	1	5	1	5	2	5	5	5
63	5	5	4	3	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	4	4
64	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4
65	4	5	4	3	5	2	2	5	3	5	4	5	4	5	4	4
66	1	5	1	2	4	1	3	2	1	3	1	4	2	5	4	4
67	1	5	1	1	5	1	1	5	3	1	1	1	1	5	1	1
68	1	5	4	1	5	1	5	5	1	1	1	1	5	4	5	1
69	1	5	2	1	5	1	4	1	1	1	1	5	4	5	1	1
70	1	5	4	3	5	4	3	5	5	4	3	3	5	5	5	5
71	5	5	5	5	5	1	5	5	5	4	5	5	5	5	5	1
72	1	5	3	5	4	5	2	5	5	4	5	5	5	5	5	5
73	5	5	3	4	5	5	4	5	5	5	3	5	5	5	5	1
74	1	5	1	1	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	5	1
75	4	5	2	4	5	3	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5
76	1	5	1	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1
77	5	5	3	1	5	1	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5
78	1	5	1	5	5	3	5	5	4	5	5	5	4	5	4	3
79	5	4	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	4	5	4	3
80	5	5	1	5	4	5	5	1	5	5	5	5	5	5	4	5
81	4	5	1	2	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4	4
82	4	5	4	1	5	1	1	4	4	3	1	4	1	4	1	1
83	1	5	1	1	5	1	1	5	5	1	1	5	5	1	1	1
84	4	5	4	4	5	3	4	5	5	3	5	3	5	5	5	5
85	3	5	5	4	5	4	3	5	4	3	2	4	5	5	3	3
86	1	5	1	2	5	5	5	5	1	1	5	4	5	5	5	5
87	5	5	4	5	5	5	4	4	1	4	5	5	5	5	5	5
88	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
89	5	5	2	4	5	5	1	5	5	4	5	5	5	5	5	5
90	5	5	5	5	5	5	4	5	5	2	5	5	5	5	4	4
91	4	5	1	1	5	5	1	5	1	5	3	1	5	1	5	5
92	4	5	2	5	5	4	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5
93	4	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4
94	3	5	5	1	5	4	1	5	1	5	5	5	5	5	5	2

Sujeito	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24
95	1	5	4	3	5	1	3	5	4	5	5	5	5	5	5
96	1	5	1	1	5	1	1	5	3	4	3	4	5	5	4
97	1	5	1	5	5	3	3	5	5	4	3	3	4	1	3
98	4	5	1	5	5	1	1	5	5	1	1	5	5	1	1
99	4	5	3	5	5	5	5	5	5	4	4	1	5	5	2
100	5	5	3	1	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	1
101	1	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
102	4	3	1	2	1	1	1	2	3	1	2	3	5	1	4
103	3	5	3	5	5	5	1	5	5	1	3	3	1	1	1
104	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	1	1	1	2
105	5	5	4	4	5	5	5	4	3	4	4	4	5	5	4
106	1	5	4	4	5	1	5	5	4	5	1	5	2	5	5
107	3	5	3	3	5	2	3	5	3	2	1	5	4	4	4
108	5	5	3	5	5	5	5	5	1	5	4	3	5	5	4
109	5	5	4	5	5	1	1	5	5	1	3	1	5	5	5
110	5	5	2	1	5	5	3	5	1	5	5	5	5	5	5
111	5	5	1	1	5	4	2	3	4	3	5	5	5	5	3
112	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4
113	1	5	3	2	5	3	5	5	5	3	3	1	4	5	4
114	5	1	2	5	5	5	2	5	5	5	1	5	5	5	5
115	1	5	1	1	5	1	5	3	1	5	3	1	1	5	4
116	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5
117	2	5	5	2	5	5	3	5	5	5	3	3	5	5	1
118	1	5	1	1	5	1	1	5	5	1	1	5	5	5	1
119	5	4	4	4	5	5	4	5	4	3	3	5	5	5	1
120	4	5	5	5	5	5	1	5	5	4	5	5	5	5	5
121	3	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
122	5	5	5	4	5	2	5	5	1	5	4	5	5	5	5
123	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
124	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4
125	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4	4	4	5	4
126	4	5	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4
127	4	5	4	5	5	4	3	4	5	4	4	4	5	5	4
128	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
129	4	5	1	4	5	4	3	5	4	5	3	5	5	5	5
130	2	5	4	5	4	5	1	5	4	2	5	2	5	5	5
131	1	5	5	4	5	3	5	4	3	5	5	3	1	5	3
132	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5
133	5	5	1	5	5	5	4	5	1	5	5	5	5	5	1
134	3	5	4	5	5	3	5	5	4	3	3	5	5	5	5
135	1	5	5	3	3	1	1	2	5	4	3	4	5	5	4
136	3	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4
137	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5
138	5	5	1	5	5	1	5	5	5	1	5	5	1	5	3
139	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4
140	5	5	4	5	5	3	4	5	5	4	4	1	5	5	5
141	1	5	1	2	4	2	2	4	5	3	2	3	5	4	4
142	1	5	1	3	5	1	1	5	1	1	5	5	5	1	5
143	1	5	1	2	5	2	1	5	5	4	2	2	5	4	1
144	5	5	4	3	5	4	1	5	2	5	4	5	4	5	2
145	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Sujeito	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24
146	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	4	5
147	4	5	2	5	5	2	1	5	2	1	1	5	2	5	4
148	1	5	2	1	5	1	3	5	3	5	5	5	5	5	4
149	1	5	1	2	5	3	1	5	5	4	5	1	2	5	5
150	5	5	5	4	5	1	2	5	5	4	3	4	5	5	5
151	5	5	3	3	5	4	3	5	4	5	4	3	5	5	5
152	1	5	3	1	5	1	1	5	5	4	1	1	5	5	4
153	1	5	1	1	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
154	1	5	4	3	5	1	1	5	4	3	3	5	5	3	5
155	5	5	1	1	5	1	5	5	5	4	5	5	5	5	5
156	1	5	1	4	5	2	1	5	5	4	4	4	3	5	3
157	1	5	1	2	5	1	1	5	4	3	1	2	5	4	4
158	5	5	3	3	5	3	1	1	5	1	5	5	5	4	2
159	4	5	4	4	5	3	1	4	5	4	5	5	5	5	5
160	5	3	3	5	5	3	1	5	1	3	2	5	3	3	3
161	4	5	1	1	5	1	1	2	5	2	5	5	4	3	3
162	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5
163	5	5	1	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
164	1	5	3	5	5	4	2	5	5	5	3	5	5	3	5
165	5	5	3	3	5	4	3	5	5	5	3	5	5	3	5
166	5	5	1	5	5	1	1	5	1	5	1	4	5	5	5
167	4	5	5	5	5	4	1	5	5	4	5	5	5	5	4
168	5	5	5	4	5	3	3	4	4	4	5	5	5	4	4
169	4	5	4	5	5	4	4	5	5	4	5	4	5	5	5
170	3	5	1	3	5	5	1	4	5	1	5	5	5	5	5
171	5	5	5	1	5	5	1	5	1	1	1	3	5	5	5
172	5	1	1	1	5	4	1	5	5	5	1	5	5	1	4
173	1	5	1	5	5	5	5	4	5	4	3	1	5	5	4
174	5	5	1	1	5	1	5	5	5	1	5	1	5	5	1
175	3	5	5	5	5	1	1	5	5	1	4	5	5	5	5
176	1	5	3	4	5	2	3	4	1	4	2	1	5	2	4
177	5	5	1	1	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
178	5	5	4	5	5	4	1	5	5	5	5	5	5	5	5
179	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
180	5	5	3	5	5	3	5	5	5	3	3	5	5	5	3
181	5	5	1	5	5	1	5	2	3	5	5	5	5	5	5
182	4	5	3	4	5	5	5	4	4	5	1	2	5	4	5
183	1	5	1	5	5	1	1	5	5	2	4	2	5	4	2
184	5	5	2	1	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5
185	5	5	1	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5
186	1	5	5	1	5	4	1	4	1	1	1	5	1	5	5
187	1	5	1	5	5	5	5	4	1	1	1	1	5	1	1
188	1	5	4	5	5	1	1	4	4	1	5	5	5	5	5
189	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	5	4	5	4	3
190	5	5	1	1	5	1	5	1	5	1	1	1	5	1	1
191	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	5	4	5	4	3
192	4	5	2	3	4	5	1	3	4	5	3	3	5	4	4
193	4	5	4	5	5	2	1	2	5	3	5	4	2	5	3
194	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	4
195	5	5	3	4	4	2	5	2	3	5	3	5	5	5	2
196	5	5	1	1	5	4	1	4	5	4	5	5	5	5	4

Sujeito	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24
197	5	5	3	5	5	5	4	5	4	5	3	3	5	5	4
198	3	5	1	3	4	4	3	5	3	2	4	4	4	4	4
199	5	5	3	4	5	5	3	5	5	5	5	3	5	5	4
200	4	5	2	3	5	4	3	4	5	3	4	5	5	5	4

Folha de Identificação - Pais

Sujeito	QP	IP	EC	HL
1	1	37	2	2
2	1	36	3	2
3	1	36	2	2
4	1	40	1	5
5	1	41	2	1
6	1	28	2	3
7	1	35	2	2
8	2	40	2	2
9	1	30	3	2
10	1	40	2	1
11	1	33	2	1
12	1	31	2	1
13	1	46	2	2
14	2	42	2	3
15	1	37	2	1
16	2	43	2	5
17	3	61	2	1
18	1	39	2	4
19	1	38	2	2
20	1	30	2	2
21	1	36	2	2
22	1	42	2	5
23	3	31	1	1
24	1	34	1	3
25	1	41	2	1
26	1	41	2	1
27	1	37	2	1
28	1	34	2	1
29	1	33	2	4
30	3	69	2	1
31	1	35	2	4
32	1	44	2	1
33	1	37	2	1
34	1	39	4	3
35	1	41	2	1
36	1	30	2	1
37	1	43	2	3
38	1	40	2	2

Sujeito	QP	IP	EC	HL
39	1	39	2	3
40	1	33	2	4
41	1	45	2	1
42	1	31	2	2
43	1	39	2	3
44	3	56	2	2
45	1	42	2	3
46	1	33	2	3
47	1	37	3	3
48	3	52	2	1
49	1	32	2	2
50	1	35	2	3
51	1	50	2	1
52	1	34	2	2
53	1	32	2	2
54	2	37	2	2
55	1	34	2	2
56	1	39	2	5
57	1	37	2	5
58	1	34	2	1
59	1	34	2	1
60	3	58	4	1
61	1	32	2	1
62	1	34	2	2
63	1	44	2	1
64	1	38	2	2
65	1	34	2	3
66	1	38	2	2
67	1	39	2	5
68	1	38	1	3
69	2	40	2	3
70	1	40	2	3
71	1	32	2	4
72	1	38	2	3
73	1	42	2	3
74	1	43	2	1
75	2	44	1	3
76	1	37	3	3
77	1	38	2	2
78	1	38	2	2
79	1	45	2	1
80	1	31	3	5
81	1	43	2	2
82	1	39	3	3
83	2	44	2	2
84	1	43	2	3
85	1	44	3	3
86	1	43	2	4
87	1	35	2	3
88	1	31	3	5
89	1	45	2	1

Sujeito	QP	IP	EC	HL
90	1	38	2	2
91	1	43	2	5
92	1	35	2	3
93	1	34	2	1
94	1	40	2	2
95	1	40	2	2
96	1	37	2	3
97	1	34	2	4
98	1	41	2	3
99	1	28	2	2
100	1	31	1	4
101	3	60	4	1
102	1	32	2	3
103	1	29	2	2
104	1	30	2	1
105	1	32	2	1
106	1	43	2	2
107	1	43	2	4
108	1	28	2	2
109	1	37	3	3
110	3	65	2	1
111	2	35	2	2
112	1	37	2	2
113	1	31	3	4
114	1	35	2	3
115	1	39	2	3
116	1	28	1	2
117	1	39	2	2
118	1	38	2	4
119	1	42	2	2
120	1	31	2	3
121	3	57	2	1
122	1	42	2	3
123	1	48	1	3
124	1	34	2	1
125	1	35	2	2
126	1	39	2	1
127	1	35	2	1
128	1	28	2	3
129	1	36	2	3
130	1	36	2	4
131	3	59	2	1
132	1	46	2	1
133	1	33	1	1
134	1	44	2	5
135	1	36	2	2
136	1	29	2	1
137	2	39	2	4
138	1	46	1	1
139	2	37	2	4
140	1	35	2	5

Sujeito	QP	IP	EC	HL
141	1	37	2	2
142	1	40	2	3
143	2	40	2	2
144	1	39	2	2
145	1	33	2	1
146	1	33	2	1
147	2	39	2	3
148	1	38	3	3
149	1	37	2	3
150	1	52	4	1
151	3	63	4	1
152	1	37	2	2
153	1	33	2	2
154	1	42	2	2
155	1	38	1	3
156	1	40	1	2
157	1	43	2	4
158	1	37	1	1
159	2	47	2	1
160	1	39	4	2
161	1	32	2	3
162	1	30	2	2
163	1	45	2	1
164	1	41	2	2
165	1	35	2	3
166	1	44	2	1
167	3	70	2	1
168	1	30	2	2
169	1	41	2	1
170	1	32	2	2
171	1	51	2	1
172	1	32	1	4
173	2	39	2	2
174	1	38	2	2
175	1	36	2	2
176	1	37	2	5
177	1	34	2	3
178	1	36	2	2
179	1	37	2	2
180	1	39	2	2
181	1	40	1	1
182	1	39	2	2
183	3	15	1	3
184	1	36	2	1
185	1	39	2	2
186	1	47	2	1
187	3	50	2	1
188	1	32	2	2
189	2	42	2	4
190	1	37	2	2
191	1	44	2	3

Sujeito	QP	IP	EC	HL
192	1	39	2	3
193	1	39	2	3
194	1	30	2	1
195	1	35	2	1
196	1	45	2	4
197	1	36	2	3
198	1	47	2	2
199	3	64	2	1
200	1	49	2	1

Questões de Percepção da Saúde - Pais

Sujeito	Questão 1	Questão 2
1	2	2
2	3	3
3	2	2
4	4	4
5	4	4
6	3	3
7	4	4
8	3	3
9	3	3
10	3	3
11	4	4
12	3	4
13	3	4
14	4	4
15	3	3
16	3	3
17	4	2
18	4	4
19	3	3
20	4	3
21	3	3
22	5	3
23	3	4
24	3	4
25	4	4
26	4	4
27	4	4
28	3	2
29	4	4
30	4	4
31	4	3
32	2	2
33	4	3

Sujeito	Questão 1	Questão 2
34	3	3
35	3	2
36	3	2
37	4	4
38	2	3
39	4	4
40	4	3
41	3	2
42	4	5
43	3	3
44	3	4
45	4	3
46	5	5
47	3	3
48	4	4
49	4	5
50	3	3
51	4	4
52	1	1
53	3	3
54	3	3
55	3	3
56	3	3
57	1	1
58	3	3
59	4	4
60	2	4
61	3	3
62	3	3
63	2	2
64	3	2
65	3	3
66	3	2
67	3	2
68	2	2
69	3	2
70	3	3
71	3	3
72	3	1
73	2	2
74	3	2
75	3	3
76	3	3
77	3	3
78	3	3
79	2	4
80	1	2
81	4	3
82	3	2
83	3	3
84	3	2

Sujeito	Questão 1	Questão 2
85	2	2
86	4	3
87	3	3
88	1	2
89	2	4
90	3	3
91	3	3
92	3	3
93	3	4
94	4	4
95	4	2
96	3	3
97	3	3
98	3	3
99	3	3
100	4	4
101	4	4
102	3	3
103	3	3
104	3	3
105	3	3
106	2	2
107	4	4
108	3	3
109	1	3
110	5	5
111	4	4
112	3	3
113	3	3
114	4	4
115	3	3
116	4	3
117	3	3
118	3	3
119	3	4
120	3	3
121	4	4
122	5	5
123	3	3
124	4	4
125	4	4
126	5	5
127	4	3
128	4	4
129	5	5
130	3	5
131	4	3
132	3	4
133	3	3
134	4	4

Sujeito	Questão 1	Questão 2
135	3	3
136	5	5
137	3	3
138	4	3
139	4	4
140	3	3
141	4	4
142	3	3
143	4	4
144	3	3
145	3	4
146	3	4
147	4	4
148	3	3
149	4	4
150	5	5
151	3	4
152	3	3
153	4	4
154	5	5
155	3	3
156	5	5
157	3	4
158	3	2
159	5	5
160	4	3
161	4	4
162	3	3
163	3	3
164	3	3
165	2	3
166	2	3
167	3	4
168	3	3
169	3	3
170	5	5
171	4	3
172	4	5
173	4	3
174	1	1
175	3	3
176	4	3
177	3	3
178	3	3
179	2	2
180	5	5
181	3	3
182	3	4
183	3	4
184	2	2

Sujeito	Questão 1	Questão 2
185	3	3
186	4	4
187	3	3
188	3	3
189	4	4
190	2	2
191	3	3
192	4	4
193	4	4
194	3	5
195	2	2
196	3	3
197	4	4
198	4	4
199	3	4
200	3	3

Questionário de Conhecimento da Asma – Pais

Sujeito	QP 1	QP 2	QP 3	QP 4	QP 5	QP 6	QP 7	QP 8	QP 9	QP 10.1	QP 10.2	QP 10.3	QP 11	QP 12.1	QP 12.2	QP 12.3	QP 13
1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	4	2	5	1	1	1	1	2
2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	7	4	0	2	3	2	1	2
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	1	2	1	5
4	1	1	1	1	1	0	1	1	1	6	1	2	3	2	1	1	3
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	1	0	4	0	0	0	3
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	6	2	3	2	1	1	4
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	1	2	4	2	1	0	5
8	1	1	0	1	1	1	1	1	1	3	2	4	2	0	0	0	4
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	3	4	3	1	2	2	5
10	1	1	1	1	1	1	0	1	1	6	1	1	2	2	1	0	5
11	1	1	1	1	0	1	1	1	1	3	1	1	4	0	0	0	5
12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	6	2	1	2	1	5
13	1	1	1	1	0	1	0	1	1	3	1	5	2	2	2	1	5
14	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	5	0	2	1	2	1	5
15	1	1	0	2	2	0	0	5	1	1	0	1	0	1	0	0	0
16	1	1	1	1	1	0	1	1	0	6	4	6	3	2	1	2	5
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2
18	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2	0	0	2	0	0	0	5
19	1	1	1	0	1	1	1	0	0	6	1	0	3	2	1	0	4
20	1	1	1	0	0	1	1	0	1	3	4	3	4	0	0	0	4
21	1	1	1	1	1	1	0	1	0	4	3	6	2	2	1	1	5
22	1	1	0	1	0	0	1	1	0	2	2	1	2	1	2	0	5
23	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	2	1	4	0	2	2	5
24	1	1	0	1	1	1	0	1	1	6	1	3	2	2	2	1	5

Sujeito	QP 1	QP 2	QP 3	QP 4	QP 5	QP 6	QP 7	QP 8	QP 9	QP 10.1	QP 10.2	QP 10.3	QP 11	QP 12.1	QP 12.2	QP 12.3	QP 13
25	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2	0	0	4	2	0	0	5
26	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2	0	0	4	2	0	0	5
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	2	2	2	2	0	4
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	6	2	1	2	2	5
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	2	2	1	5
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	4	1	4	0	0	0	5
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	1	4	2	2	2	4
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	6	2	1	1	2	5
33	1	1	0	1	1	1	1	1	0	4	2	1	1	2	1	2	4
34	1	1	0	1	1	1	0	1	1	2	6	0	2	0	0	1	5
35	1	1	1	1	1	1	1	1	0	6	2	3	3	1	2	2	4
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	0	2	1	2	1	5
37	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	6	4	2	1	1	0	5
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	2	1	5
39	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2	2	2	0	4
40	1	1	1	1	1	1	1	0	1	4	5	3	4	2	0	0	4
41	1	1	0	0	1	0	0	0	1	4	0	0	2	2	0	0	5
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	6	1	2	1	0	2	5
43	1	1	1	0	1	1	1	1	1	6	1	5	2	2	2	1	4
44	0	0	1	1	0	1	0	0	1	6	3	1	1	0	0	0	2
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	6	1	2	1	1	5
46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	4	0	3	2	2	0	5
47	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	2	0	4	0	0	0	5
48	1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	3	4	2	1	2	2	5
49	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	3	3	4	2	1	0	5
50	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	3	0	2	1	2	0	4
51	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	4	4	1	0	0	5
52	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	3	1	3	0	0	0	5
53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	3	1	2	2	1	2	5
54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	0	2	2	1	2	5
55	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	0	0	0	5
56	0	1	1	1	1	0	1	1	1	6	1	3	2	2	1	0	5
57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	4	1	2	2	5
58	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	6	0	4	2	0	0	4
59	1	1	1	1	1	0	0	1	1	4	0	0	2	1	2	0	5
60	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	1	1	3	0	0	0	5
61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2	2	2	5
62	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	3	2	2	0	5
63	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	1	3	2	2	1	5
64	0	1	0	1	0	1	1	1	1	6	1	6	2	2	1	2	5
65	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	6	1	2	2	2	0	5
66	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	5	0	3	2	2	1	5
67	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	5	1	2	2	2	4
68	1	1	0	1	1	1	1	1	1	3	1	6	2	2	1	2	4
69	1	1	0	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	0	0	5
70	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	4	2	2	2	3
71	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	4	2	3	2	2	0	5
72	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	0	2	5
73	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	4	4	2	0	2	0	5
74	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	4	0	3	2	1	0	4

Sujeito	QP 1	QP 2	QP 3	QP 4	QP 5	QP 6	QP 7	QP 8	QP 9	QP 10.1	QP 10.2	QP 10.3	QP 11	QP 12.1	QP 12.2	QP 12.3	QP 13
75	1	1	1	1	0	0	1	1	1	4	1	6	2	0	0	0	3
76	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	4
77	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	2	5
78	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	5	3	2	2	2	4
79	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	3	4	2	2	2	2	5
80	1	1	1	1	0	1	0	1	0	3	6	5	4	1	0	2	5
81	1	1	1	1	0	0	1	1	1	6	1	1	2	1	1	2	4
82	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	1	5	2	2	1	2	5
83	1	1	0	1	0	1	0	1	1	3	1	4	4	0	0	0	5
84	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	6	4	3	2	2	1	3
85	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	4	0	2	2	2	1	5
86	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	2	0	2	2	2	1	5
87	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	3	4	2	1	0	0	5
88	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	4	6	2	1	2	1	5
89	1	1	1	1	1	1	1	0	1	5	1	3	4	2	1	2	2
90	1	1	1	1	0	0	1	1	0	3	6	1	3	2	1	0	5
91	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	4	1	2	2	1	4
92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	4	2	2	0	2	4
93	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6	1	0	2	0	2	0	4
94	0	1	1	1	1	1	1	0	1	3	1	5	2	1	1	0	3
95	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	5	1	5	0	1	2	5
96	1	1	1	1	1	0	1	1	0	3	6	1	3	0	0	0	5
97	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	6	1	2	2	2	0	4
98	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	3	6	4	2	2	1	5
99	1	0	0	1	1	0	0	1	1	3	5	6	2	2	0	0	5
100	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	6	4	1	2	2	5
101	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	6	4	2	0	0	0	4
102	1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	1	0	2	2	1	2	5
103	1	1	1	1	1	1	1	0	1	3	6	0	2	1	1	0	2
104	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4	1	5	1	1	2	5
105	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	4	2	0	2	5
106	1	1	1	1	1	1	1	0	1	6	2	1	2	2	2	1	5
107	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	3	2	0	2	2	3
108	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	1	6	2	2	0	2	5
109	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	6	1	2	2	1	2	2
110	0	0	1	1	0	0	1	0	1	4	0	0	2	2	0	0	5
111	1	1	1	0	1	1	1	1	1	6	1	6	2	0	2	1	5
112	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	0	2	0	0	0	5
113	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	1	2	2	0	4
114	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	3	3	1	2	1	5
115	1	1	1	1	1	1	1	1	0	5	4	1	2	2	2	0	5
116	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	5
117	1	1	0	1	1	1	1	1	1	6	5	0	2	1	2	2	4
118	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	4	1	1	2	2	5
119	1	1	1	1	1	1	0	1	1	5	1	4	3	2	2	0	5
120	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	5	4	2	1	1	3
121	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	3	1	2	2	3
122	1	1	1	1	1	0	0	0	1	3	4	1	4	2	0	0	5
123	1	1	1	1	0	1	1	1	0	6	1	1	2	0	0	0	4
124	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	3	0	2	0	5

Sujeito	QP 1	QP 2	QP 3	QP 4	QP 5	QP 6	QP 7	QP 8	QP 9	QP 10.1	QP 10.2	QP 10.3	QP 11	QP 12.1	QP 12.2	QP 12.3	QP 13
125	1	1	1	1	0	1	1	1	1	3	1	0	4	0	2	0	5
126	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	6	2	2	1	0	2
127	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	3	1	4	2	1	0	5
128	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	4	0	1	2	5
129	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	2	5	2	2	2	0	5
130	0	1	0	1	1	1	1	1	1	6	2	1	3	2	1	2	5
131	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	4	0	0	0	4
132	1	1	1	1	1	1	1	0	1	3	4	5	2	0	0	0	4
133	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	4	2	1	0	0	5
134	1	1	0	1	1	1	1	1	1	5	2	1	2	1	2	2	5
135	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	0	0	1	2	2	0	5
136	1	1	1	1	1	1	1	0	0	6	1	2	3	0	0	0	2
137	1	1	1	1	0	1	1	1	1	3	1	1	2	2	1	1	5
138	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	2	1	2	1	5
139	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	4	3	2	2	0	5
140	1	1	0	1	1	1	1	1	0	3	6	3	4	2	2	1	5
141	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	2	2	2	0	5
142	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	2	2	0	4
143	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	4	2	0	0	0	3
144	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	0	3
145	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	4	3	3	1	1	0	5
146	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	4	3	3	1	1	0	5
147	1	1	1	1	0	0	1	1	1	3	1	6	4	1	2	2	5
148	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	1	0	3	0	0	0	4
149	1	1	1	1	1	0	1	1	1	6	4	0	3	2	2	0	5
150	1	0	1	1	1	0	1	1	0	6	0	0	2	0	0	0	2
151	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	6	2	2	2	0	5
152	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	1	2	4
153	1	1	1	0	1	1	1	1	1	5	1	0	3	1	2	1	2
154	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	4	1	3	2	0	0	5
155	1	1	0	1	1	1	1	1	1	3	6	1	3	2	0	1	5
156	1	1	1	1	1	0	1	1	1	5	1	6	2	2	1	2	5
157	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	5	1	4	2	1	0	4
158	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	6	1	1	2	2	4
159	1	1	1	1	1	1	0	1	1	6	1	6	2	0	0	0	2
160	1	0	0	1	1	1	1	1	1	5	4	1	4	0	0	0	5
161	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	4	2	4	0	2	2	4
162	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	2	1	2	0	4
163	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	4	5	2	2	1	5
164	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	2	5
165	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	3	2	2	1	2	5
166	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	2	0	0	5
167	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	2	0	0	0	5
168	1	0	1	1	1	1	0	1	1	4	3	4	2	2	2	2	5
169	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	6	0	2	0	2	0	5
170	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	0	2	1	0	2	2
171	1	1	1	1	1	1	0	0	1	2	1	5	2	2	0	0	4
172	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	5	2	0	2	1	5
173	1	1	1	1	0	0	0	1	1	3	1	4	2	0	0	0	2
174	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	6	0	2	0	0	0	5

Sujeito	QP 1	QP 2	QP 3	QP 4	QP 5	QP 6	QP 7	QP 8	QP 9	QP 10.1	QP 10.2	QP 10.3	QP 11	QP 12.1	QP 12.2	QP 12.3	QP 13
175	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	3	2	1	2	4
176	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	4	0	4	2	2	0	4
177	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	6	2	1	2	0	5
178	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	4	3	2	2	1	5
179	1	1	1	1	0	0	0	0	1	3	4	0	2	1	0	0	3
180	1	1	0	1	1	0	1	1	1	2	4	3	4	0	2	2	5
181	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	3	6	1	2	2	2	4
182	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	2	2	1	1	3
183	1	0	1	1	1	1	1	1	1	3	4	5	2	0	0	0	5
184	0	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	6	2	0	0	2	5
185	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	6	1	4	1	2	2	5
186	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	0	0	4	0	0	0	5
187	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	6	3	1	0	0	0	2
188	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	1	3	2	2	1	0	5
189	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	2	0	2	2	5
190	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	2	2	1	2	5
191	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	0	2	2	0	0	5
192	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	2	2	2	0	5
193	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	2	0	0	0	5
194	1	1	1	0	1	1	1	1	1	5	6	2	2	1	2	1	2
195	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	4	4	2	1	2	4
196	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	5	2	2	2	0	5
197	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	6	3	4	2	0	0	5
198	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	3	2	2	0	0	5
199	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	2	2	0	0	5
200	0	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	0	2	0	0	2	5