



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Vulnerabilidade ao stress e Adesão ao Tratamento em Indivíduos Asmáticos

(Versão definitiva após defesa publica)

Patrícia Isabel Lourenço de Matos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Psicologia Clínica e da Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Saraiva Carvalho

Covilhã, Agosto de 2018



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Vulnerabilidade ao stress e Adesão ao Tratamento em Indivíduos Asmáticos

(Versão definitiva após defesa publica)

Patrícia Isabel Lourenço de Matos

Dissertação após defesa para obtenção do Grau de Mestre em

Psicologia Clínica e da Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Saraiva Carvalho

Covilhã, Agosto de 2018

Agradecimentos

Bem, no fim de todo este processo que demorou tantos anos e foi tão duro, não poderia deixar de deixar os meus mais sinceros agradecimentos a **todas as pessoas** que estiveram sempre comigo e que não me falharam nunca, mesmo quando as coisas estavam tão difíceis e conturbadas.

Primeiro de tudo, quero agradecer **aos meus Pais**, que foram fundamentais nesta etapa e que me ajudaram a nunca desistir, me fizeram sentir sempre Grande e me fizeram sempre acreditar que o esforço valeria a pena, que eu iria conseguir e que no final disto tudo, eu iria rir e sentir-me digna e completa. Obrigada porque tal aconteceu!

Ao meu irmão, que apesar de tudo, nunca desistiu de mim nem me deixou sozinha, que sempre se preocupou e me deu uma palavra de ânimo, que sempre demonstrou que eu seria capaz e que sempre me ajudou a ser melhor todos os dias.

À minha família, que sempre me apoiou mesmo quando as coisas estavam mais difíceis e eu achava que não conseguiria. Deram-me uma grande força quando eu achava que as coisas não dariam certo, por isso, muito obrigado!

À Patrícia Pereira, que sempre esteve comigo em todos os momentos, que sempre me ouviu, que sempre me fez sentir-me com força, que sempre me ajudou a ser melhor, que partilhou comigo os melhores momentos do mundo.

À Rita Rodrigues, das pessoas mais especiais na minha vida, que me trouxe sempre alegria, que partilhou comigo tantos momentos, que me fez sorrir quando as coisas estavam difíceis e que me ajudou sempre em tudo.

À Fabiana, a pessoa mais incrível que eu conheci nesta etapa da minha vida, que me deu a maior força do mundo e que me fez perceber o verdadeiro conceito de força. Que me fez sentir-me sempre melhor, depois de uma palavra de ânimo. Apenas uma! Obrigada!

À Tatiana, que me proporcionou os melhores momentos e a melhor amizade do mundo na Covilhã. Sem ti nada teria sido possível!

À Maura, que sempre esteve lá, que sempre me ouviu, que sempre me deu uma palavra de ânimo e me fez sentir sempre melhor, depois de cada conversa.

À Daniela Tojal, que é uma das pessoas mais incríveis que conheço, que me ajudou em todos os momentos, que me acompanhou sempre neste percurso, desde o início até ao

fim, que me fez perceber que uma amizade consegue sobreviver apesar de tamanha distância física.

Aos meus amigos de Abrantes, todos aqueles que me acompanharam e que me fizeram rir, me fizeram chorar, me proporcionaram momentos incríveis e me ajudaram sempre a seguir em frente e enfrentar todos os obstáculos.

Aos meus amigos da Covilhã, que tornaram a vivência de tirar um curso nesta Cidade completamente incrível, que foram os maiores do mundo. Obrigada por tudo e por todos os momentos.

À Professora Paula, por tudo o que fez por mim durante todo o percurso escolar, por ter acreditado em mim, por me ter ensinado a ser melhor e a fazer as coisas com mais rigor. Por toda a dedicação e tempo despendido. Por toda a preocupação demonstrada ao longo de todo este tempo, de todo este trabalho. Um obrigado enorme por me ajudar a perceber, todos os dias, que eu conseguiria.

À Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, à Universidade da Beira Interior e à Covilhã, por me terem aceite tão bem e me terem feito crescer em todos os sentidos. Um obrigado mais que sincero!

Ao Hospital da Cova da Beira, mais especificamente ao serviço de Pneumologia das consultas Externas, por toda a disponibilidade e paciência que tiveram comigo durante mais de um mês e meio e por me terem permitido a recolha de toda a amostra, que foi longa e difícil. Obrigada! Sem vocês a Investigação não teria sido possível!

Resumo

Introdução: A asma é uma das doenças crónicas mais frequentes afetando cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo. As doenças crónicas são doenças de evolução lenta, longa duração e que exigem um tratamento permanente, pelo que a adesão é um fator determinante no sucesso do tratamento e a não adesão é um dos principais problemas e desafios com que os profissionais de saúde se defrontam. Quem sofre desta doença tem um conjunto de fatores que podem contribuir para potenciar as crises de asma, sendo o *stress* um dos mais importantes. Neste sentido, o objetivo geral deste estudo passa pela avaliação dos níveis de adesão ao tratamento e dos níveis de vulnerabilidade ao *stress* numa amostra de doentes com asma.

Método: Esta investigação é constituída por uma amostra de 80 pessoas, com idades compreendidas entre os 20 e os 80 anos e com diagnóstico de asma que estão a ser seguidas na consulta externa de Pneumologia do Hospital Cova da Beira, na Covilhã. Para a respetiva avaliação foram utilizados três questionários: questionário sociodemográfico, Medida de Adesão ao Tratamento (Delgado & Lima, 2001) e Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress* - 23_QVS (Vaz Serra, 2000).

Resultados: No que toca aos níveis de adesão ao tratamento, percebeu-se que 77,5% da população adere ao tratamento e 22,5% não adere, sendo que quem mais adere ao tratamento são as pessoas com escolaridade até ao 4º ano, com outros problemas de saúde crónicos e que utilizem comprimidos e bomba no tratamento. Já relativamente à vulnerabilidade ao stress, 73,8% não apresenta vulnerabilidade ao *stress*, enquanto 26,3% apresenta, no entanto não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas.

Conclusão: Apesar de neste estudo, não se terem verificado baixos níveis de adesão ao tratamento, é importante avaliar os fatores que contribuem para a não-adesão o mais precocemente possível. Apesar de também os níveis de vulnerabilidade ao stress serem pouco elevados é importante reforçar a necessidade de apoio psicológico, pois esta doença acarreta muitos sentimentos e emoções negativas e o stress é um dos que está mais visível, desempenhando um papel importante no desencadear de crises.

Palavras-chave

Asma, Adesão ao tratamento, Vulnerabilidade ao stress

Abstract

Introduction: Asthma is one of the most common chronic diseases, affecting about 300 million people worldwide. Chronic diseases are slow-growing and long-lasting diseases that require permanent treatment, so adherence is a determining factor in treatment success, and noncompliance is one of the main problems and challenges faced by health professionals. Those suffering from this disease have a set of factors that can contribute to potentiate asthma crises, being stress one of the most important. In this sense, the general objective of this study is to evaluate the levels of adherence to treatment and levels of vulnerability to stress in a sample of patients with asthma.

Method: This investigation consists in a sample of 80 people diagnosed with asthma who are being followed at the external pulmonology clinic of Cova da Beira Hospital, in Covilhã. This sample consists of ages between 20 and 80 years. Three questionnaires were used for the respective evaluation: sociodemographic questionnaire, Measure of Adherence to Treatment (Delgado & Lima, 2001) and Stress Vulnerability Questionnaire -23 _QVS (Vaz Serra, 2000).

Results: Regarding the levels of adherence to treatment, it was observed that 77.5% of the population adheres to the treatment and 22.5% don't adhere, being the ones that most adheres to the treatment, people with schooling up to the 4th year, with other health problems and using pills and pump in the treatment. Regarding vulnerability to stress, 73.8% didn't present vulnerability to stress, while 26.3% presented, but there were no statistically significant differences in relation to sociodemographic and clinical variables.

Conclusion: Although in this study there were no low levels of adherence to treatment, it is important to evaluate the factors that contribute to non-adherence as early as possible. Although the levels of vulnerability to stress are also low, it is important to reinforce the need for psychological support, as this disease causes many negative feelings and emotions, and stress is one of the most visible, playing an important role in triggering crises.

Keywords

Asthma, Adherence to treatment, Vulnerability to *stress*

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I	6
1. Doenças crónicas	6
1.1. Saúde e doença.....	6
1.2. Dados epidemiológicos das doenças crónicas.....	7
2. Asma.....	9
2.1. Definição de asma.....	9
2.2. Dados epidemiológicos	10
2.3. Fatores de risco na asma	11
3. Adesão ao tratamento	14
3.1. Tratamento da asma.....	14
3.2. Adesão ao tratamento na asma	16
3.4. Fatores de adesão ao tratamento	18
3.5. Intervenções para aumentar a adesão ao tratamento	21
3.6. Papel do psicólogo na adesão ao tratamento	22
4. Vulnerabilidade ao <i>stress</i>	23
4.1. Definição de <i>stress</i>	23
4.2. Fatores da vulnerabilidade ao <i>stress</i>	25
4.3. Modelo transacional de <i>stress</i>	26
4.4. Papel do <i>stress</i> na asma.....	26
4.5. Papel do psicólogo na vulnerabilidade ao <i>stress</i>	28
Capítulo II - Metodologia	33
2.1. Fundamentação e objetivos do estudo	33
2.2. Desenho do estudo.....	33
2.3. Caracterização da amostra.....	34
2.3.1. Dados sociodemográficos da amostra	34
2.3.2. Dados clínicos da amostra.....	36
2.4. Instrumentos	38
2.4.1. Questionário sociodemográfico.....	38
2.4.2. Medida de adesão ao tratamento (MAT) - (Delgado & Lima, 2001).....	38
2.4.3. Questionário de vulnerabilidade ao <i>stress</i> (23 QVS) (Vaz Serra, 2000)	39
2.5. Procedimentos de recolha de dados.....	40

2.5.1. Aspectos éticos	40
2.5.2. Recolha de dados.....	40
2.6. Tratamento estatístico dos dados.....	41
Capítulo III -Apresentação dos Resultados.....	42
3.1. Verificação da normalidade das escalas e estatística descritiva	42
3.2. Comparação das médias entre as escalas e as variáveis sociodemográficas.....	44
3.2.1. Comparação dos dados sociodemográficos com a Adesão ao Tratamento.	44
3.2.2. Comparação dos dados sociodemográficos com a Vulnerabilidade ao Stress	46
3.3. Comparação dos dados das médias entre as escalas e as variáveis clínicas	47
3.3.1. Comparação dos dados clínicos com a Adesão ao Tratamento	47
3.3.5. Comparação dos dados clínicos com a Vulnerabilidade ao Stress	49
3.4. Relação entre as escalas.....	51
3.4.1. Relação entre a Adesão ao Tratamento e a Vulnerabilidade ao stress.....	51
4 -Discussão dos Resultados.....	52
5 - Limitações e contributos do estudo para a Investigação	59
5.1. Limitações para a Investigação.....	59
5.2. Recomendações do estudo para a prática clínica	59
6 -Conclusão	61
Referências Bibliográficas.....	63

Lista de Tabelas

- Tabela 1-** Frequências e percentagens das variáveis sociodemográficas
- Tabela 2-** Frequências e percentagens das variáveis clínicas
- Tabela 3-** Cálculo da confiabilidade da Medida de Adesão ao tratamento através do alfa de Cronbach
- Tabela 4-** Cálculo da confiabilidade do Questionário de vulnerabilidade ao stress através do alfa de Cronbach
- Tabela 5 -** Testes de normalidade para a MAT e 23_QVS - teste de Kolmogorov-Smirnov
- Tabela 6 -** Estatística descritiva dos resultados da MAT e 23-QVS (média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo e percentis
- Tabela 7 -** Frequência e percentagens das respostas obtidas no 23_QVS - pontos de corte
- Tabela 8-** Frequência e percentagens das respostas obtidas na MAT - pontos de corte
- Tabela 9 -** Análise das diferenças na escala MAT com o género - teste de Mann-Whitney
- Tabela 10 -** Análise das diferenças na escala MAT com a faixa etária - teste de Kruskal-Wallis
- Tabela 11-** Análise das diferenças na escala MAT com as habilitações literárias - teste de Kruskal-Wallis
- Tabela 12-** Análise das diferenças na escala MAT com o estado civil- teste de Kruskal-Wallis
- Tabela 13-** Análise das diferenças na escala MAT com a situação profissional- teste de Kruskal-Wallis
- Tabela 14-** Análise das diferenças no 23_QVS e o género - teste t-student
- Tabela 15-** Análise das diferenças no 23_QVS com a faixa etária - ANOVA
- Tabela 16-** Análise das diferenças no 23_QVS e as habilitações literárias- ANOVA
- Tabela 17-** Análise das diferenças no 23_QVS e o estado civil - ANOVA
- Tabela 18-** Análise das diferenças do 23_QVS e a situação profissional - ANOVA
- Tabela 19-** Análise das diferenças entre a escala MAT e o tempo de diagnóstico e seguimento - teste de Kruskal-Wallis
- Tabela 20-** Análise das diferenças entre a escala MAT e ter outro problema de saúde - teste de Mann-Whitney
- Tabela 21-** Análise das diferenças entre a escala MAT e o tipo de medicação - teste de Mann-Whitney
- Tabela 22-** Análise das diferenças entre a escala MAT e o serviço de urgência e internamento - teste de Mann-Whitney
- Tabela 23-** Análise das diferenças entre a escala MAT e a reação perante o

diagnóstico - teste de Kruskal-Wallis

Tabela 24- Análise das diferenças no 23_QVS e o tempo de diagnóstico e de seguimento- ANOVA

Tabela 25- Análise das diferenças no 23_QVS e outro problema de saúde - teste t-student

Tabela 26- Análise das diferenças no 23_QVS e tipo de medicação - teste t-student

Tabela 27- Análise das diferenças no 23_QVS e o serviço de urgência e internamento - teste t-student

Tabela 28- Análise das diferenças no 23_QVS e a reação perante o diagnóstico - ANOVA

Tabela 29-Correlação de Spearman entre a MAT e o 23_QVS

Lista de acrónimos

23_QVS	Questionário de vulnerabilidade ao stress
MAT	Medida de Adesão ao tratamento
DGS	Direção Geral da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
K-S	Kolmogorov- Smirnov
M	Média
N	Número de casos
SPSS	Statistical Package for Social Science
INE	Instituto Nacional de Estatística

Introdução

As doenças crônicas são consideradas uma epidemia em muitos países, contribuindo para isso condições como o aumento da esperança média de vida. A percentagem de pessoas com mais de 65 anos, no ano de 1960 era de 2,7%, em 2000 5,4% e no futuro estima-se que chegue aos 19% (Goulart, 2011). As doenças crônicas representam 85% da carga de morbilidade em Portugal, sendo, no entanto, as doenças respiratórias (28%) e as neoplasias (18%) as que têm maior impacto. Em 2013, as doenças respiratórias foram responsáveis por 39% das mortes, seguindo-se os tumores malignos (24%) (DGS, 2015).

A asma é uma das doenças crônicas mais frequentes, afetando 10% das crianças e levando a hospitalizações frequentes (Sheinet al., 2016), 13% comparativamente com 8,4% nos adultos (Rabe, Vermeire, Soriano & Maier, 2000).

Esta doença aparece, geralmente até aos 5 anos de idade e os sintomas podem desaparecer até ao final da adolescência, apresentando uma gravidade leve. No entanto, 80% dos sintomas mais severos persistem até à idade adulta (Jafer, Mahomood, Fatah & Jasim, 1991). Na infância é mais comum no sexo masculino, no entanto com a puberdade a incidência aumenta para as mulheres e neste sexo é mais frequentemente subdiagnosticada (Sundberget al., 2010).

Esta elevada prevalência global nas últimas décadas pode estar relacionada com outros fatores, além dos genéticos, como as mudanças nas dietas das mães, maior uso de medicação e menor crescimento familiar, assim como fatores psicológicos e ambientais como o stress (Mendes & Cairo, 2013). Tem surgido um grande aumento desta doença crônica nas áreas urbanas devido à industrialização (Arbexet al., 2012), contudo os países de baixo rendimento são aqueles que têm uma prevalência cada vez maior, principalmente no oeste do mundo, devido ao facto de serem países de baixos rendimentos (Brooks, Pearce & Douwes 2013).

Num estudo exploratório para verificar o diagnóstico de doença alérgica em Portugal, verificou-se que 6% dos respondentes disse ter asma, sendo a idade com maior prevalência a faixa etária dos maiores de 65 anos e a faixa etária dos 25-34. Já os que apresentaram menos incidência foi a faixa etária dos 15-24 e 45-54 (Almeida, 2011).

Tratando-se de uma doença que tem muitas repercussões na vida do indivíduo, há que ter atenção ao tratamento e na adesão ao mesmo, sendo que o uso dos medicamentos prescritos para a doença, contribuem para o seu controle e para que não existam exacerbações, contudo a interrupção deste tratamento leva a que exista uma deterioração clínica (Santos et al., 2008). Esta questão é uma das principais barreiras ao sucesso do tratamento e um dos principais desafios para os profissionais (Simpson et al., 2006; Rolnick et al., 2013), sendo este um dos fatores que influencia diretamente os resultados terapêuticos (Tavares et al., 2016).

A asma não controlada piora a qualidade de vida da pessoa, leva ao aumento das faltas escolares e de trabalho, maiores deslocações ao serviço de urgência, maior número de

internamentos e uma maior mortalidade (Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, 2017).

Quando se fala de adesão ao tratamento, referimo-nos ao comportamento que o paciente tem perante os conselhos do médico ou da saúde, que é avaliado por um conjunto de situações, como ir às consultas que estão marcadas, tomar a prescrição recomendada e mudar o estilo de vida necessário (Oigman, 2006).

São várias as causas para que exista uma baixa adesão ao tratamento, que nos adultos, pode chegar aos 60%, como a complexidade do tratamento, via de administração, horários de uso, diferentes dispositivos de inalação, efeitos colaterais imaginários, custos e falta de preparação da equipa (Heaney & Robinson, 2005).

Como foi dito anteriormente, esta doença acarreta muitas mudanças na vida do indivíduo. Existem uma série de alterações afetivas, existindo nestas pessoas uma tendência para a depressão, humor deprimido e agressividade em vários graus (Coelho, Barros, Vaz & Lima, 1997). Estes fatores psicológicos podem influenciar os sintomas da asma e exacerbar o quadro clínico (Lieshout & MacQueen, 2008), e de entre esses sintomas aparece o *stress*.

O *stress* é uma resposta do organismo a uma situação e visa a busca de equilíbrio entre a tensão e o relaxamento, sendo que quando é excessivo, poderá levar ao desenvolvimento de várias doenças (Mignoso & Marcelino, 2017). Trata-se de um processo complexo e multidimensional em que atuam vários stressores ambientais, eventos maiores, trauma/abuso. Quando a pessoa percebe esses *stressores* como uma ameaça, precisa de adaptar-se à situação e de se ajustar de novo ao ambiente (Sparrenberger, Santos & Lima, 2003). O *stress* é então uma preocupação muito grande hoje em dia quando falamos de pessoas com diagnóstico de asma. Quando uma pessoa sofre uma exacerbação de sintomas, estes incluem falta de ar, opressão torácica, respiração ofegante, tosse e coceira na garganta, podendo estes sintomas, em casos graves, levar à morte (Chung & Wall, 2012).

Desta forma, percebendo-se a problemática da adesão ao tratamento e do *stress* associado à asma, o objetivo geral desta investigação consiste na análise dos níveis de adesão ao tratamento e de vulnerabilidade ao *stress* numa amostra de pessoas com diagnóstico de asma, com o intuito de colmatar algumas questões que são importantes de serem exploradas para o conhecimento científico desta doença.

O presente trabalho encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento teórico, onde se debatem questões como a doença crónica, a asma, vulnerabilidade ao *stress* e adesão ao tratamento, assim como o papel do psicólogo em cada uma das áreas. No capítulo seguinte encontra-se descrita toda a metodologia implementada no estudo, no capítulo três apresentam-se os resultados do estudo e a discussão dos resultados encontrados, tendo por base a revisão da literatura. Apresentam-se, ainda, algumas limitações e recomendações para a prática clínica e em último lugar encontram-se as principais conclusões acerca da Investigação realizada.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I

1. Doenças crónicas

1.1. Saúde e doença

Os conceitos de saúde, doença e promoção da saúde são o resultado de um conjunto de crenças, valores e conhecimentos partilhados por todos os membros da sociedade. O conceito de saúde varia consoante a história, a cultura ou até mesmo os contextos de experiência humana (WHO, 1948). A organização Mundial de saúde definiu saúde como “*estado de bem-estar físico, mental, social, e não apenas ausência de doença ou incapacidade*” (Scliar, 2007, pg.37).

As definições de saúde têm em comum o facto de verem a saúde não apenas como a ausência de doença, mas como um conceito que se manifesta nas várias áreas e domínios em que o indivíduo está inserido, tanto físico como mental e social. Trata-se de uma interação entre aspetos pessoais e do meio ambiente e como uma configuração do bem-estar que é resultado de uma autoavaliação (expressão de uma opinião sobre si mesmo) (Ribeiro, 1998). Para Bircher (2005), a saúde é um estado dinâmico de bem-estar caracterizado por um potencial físico, mental e social que satisfaça as exigências da vida, específicas da idade, cultura e responsabilidade social e quando esse potencial não consegue satisfazer as exigências, surge a doença.

A partir da definição do conceito de saúde, tornou-se mais fácil definir doença. Enquanto que nas Sociedades Primitivas, a doença era vista como algo misterioso decorrente de atos mágicos que envolviam Deuses e feitiçaria, classificando-a como a “perda da alma”, hoje em dia a definição mudou (Pinheiro, Chaves & Jorge, 2004). A doença era vista como um sinal do mal associado ao pecado por duas razões: uma porque não existiam tratamentos e outra porque a lepra era um pecado. As pessoas que se encontravam “doentes” eram isoladas e não podiam estar em contacto com nenhuma pessoa. Esta situação mudou no final do século XIX com a Revolução pasteuriana. Louis Pasteur descobriu a existência de microorganismos causadores da doença, através do microscópio, o que levou à introdução de uma série de meios para combater a doença, como o soro e a vacinação (Scliar, 2007).

Desta forma, a doença não incluiu apenas a experiência pessoal de cada pessoa, mas o significado que cada pessoa atribui ao que acontece ao seu corpo, sendo visto como um processo social, pois não envolve apenas a pessoa doente (Pinheiro et al., 2004). De acordo com Giovani Berlinguer, cit in Pinheiro, Chaves & Jorge (2004), a doença é vista como um processo em que existe um movimento de ação-reação que engloba todo o ambiente pessoal e social do indivíduo.

Devido às variadas modificações que foram surgindo ao longo dos tempos no que toca a estas duas definições, saúde-doença, também a Intervenção se foi desenvolvendo. Hoje em dia existem várias intervenções eficazes para curar doenças, mas também para levar uma pessoa que tenha uma doença que não tem cura, a viver durante muitos anos (Ribeiro, 1998).

De acordo com este autor, o papel do psicólogo é primordial quando falamos do conceito de doença e tem sempre como objetivo principal a melhoria do estado de saúde do indivíduo. Entre as principais áreas de intervenção de um psicólogo surge a promoção e proteção da saúde, a prevenção das doenças e ainda o tratamento. Essa questão é essencial e está subjacente a todas as intervenções, no entanto tem que se ter em conta uma série de aspetos, como saber se a pessoa é saudável, se já possui a doença ou ainda se estamos perante um tipo de doença aguda ou grave, pois tudo isso são fatores que irão determinar o melhor tipo de intervenção (Ribeiro, 1998)

1.2. Dados epidemiológicos das doenças crónicas

As doenças podem ser organizadas segundo o tipo de doença e segundo o seu prognóstico. Pode ser uma doença aguda ou uma doença crónica, podendo ainda subdividir-se em doenças com mau e bom prognóstico (Ribeiro, 1998).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), as doenças crónicas são doenças que apresentam uma ou mais das seguintes características: permanecem ao longo do tempo, levam a incapacidades, causam alterações patológicas na pessoa e necessitam de um treino especial com o paciente para a sua reabilitação. Apresentam um desenvolvimento lento e efeitos de longa duração (Veras, 2015), podem começar como uma doença aguda ou condição aguda e mais tarde evoluir para a cronicidade (Martins, França & Kimura, 1996). Estas doenças provocam prejuízos, não apenas na vida do paciente devido às modificações que exigem, mas também no seio familiar e ao nível da comunidade (Mello & Almeida, 2011).

Há alguns anos atrás, as doenças crónicas encontravam-se associadas exclusivamente a países ricos e à faixa etária dos idosos, no entanto, hoje sabe-se que pessoas de todos os grupos socioeconómicos e de todas as idades podem ser afetadas (Veras, 2015), sendo as doenças crónicas responsáveis por um número crescente de mortes em muitos países e um grande problema para a saúde pública em geral (Goulart, 2011).

Na atualidade, quando se fala de doenças crónicas, falamos de doenças cardiovasculares, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, cancro, HIV, distúrbios psicológicos como esquizofrenia e demência e ainda deficiências como artroses (Veras, 2015).

De acordo com Goulart (2011), cerca de 80% da mortalidade encontra-se ligada a quatro doenças cardiovasculares. Já nas doenças respiratórias as mais comuns são a asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, alergias, hipertensão pulmonar e algumas relacionadas com o trabalho, representando 7% da mortalidade global e causando 4,2 milhões de mortes anuais. As doenças respiratórias são responsáveis por 315 mil mortes só na Europa, todos os anos, custando anualmente cerca de 300 milhões ao Estado (European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations, 2016).

Estudos realizados pelo INE, em 2016, para avaliar a apreciação do estado de saúde de cada pessoa mostraram que de 2004 para 2014, as doenças crónicas mais referidas na população de 15 ou mais anos foram as dores lombares, problemas crónicos de costas e dores

cervicais e de pescoço, seguindo-se as artroses, hipertensão arterial, asma, diabetes mellitus e incontinência urinária. De 2005/2006 para 2014 houve um aumento no número das pessoas afetadas pelas doenças crónicas, sendo a hipertensão aquela que afetava mais pessoas, seguindo-se as artroses (INE, 2016).

Deste modo, as intervenções são primordiais nestas doenças, uma vez que para que a pessoa continue a viver o seu dia-a-dia, necessitará de efetuar mudanças comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais (Ribeiro, 1998). Até 2020 o desafio atual do Plano de Saúde passa por uma série de medidas como a redução do sal, redução do tabagismo, promoção de exercício físico, promoção do envelhecimento ativo e do rastreio nas doenças, como a hipertensão e diabetes (DGS, 2015).

2. Asma

2.1. Definição de asma

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, multifatorial, onde estão presentes fatores genéticos e ambientais (Rauta, Fernandes & Fernandes, 2016). Leva a episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse, especialmente durante a noite ou no início da manhã e tem como característica básica a inflamação da mucosa brônquica (Moura, Camargos&Blic, 2002). Caracteriza-se ainda pela inflamação e hiperatividade dos brônquios e afeta as vias aéreas proximais e distais, causando a limitação do fluxo aéreo (Cobos, Teixeira, Castillo& Correa, 2015; Rauta et al.,2016).

Para o diagnóstico é necessário que existam sintomas de obstrução do fluxo aéreo, obstrução do fluxo de ar parcialmente reversível e as possíveis causas da obstrução terão que ser excluídas pela história e exame físico da pessoa(Jafer, Mahmood, Fatah&Jasim, 1991). Este diagnóstico é clínico e é feito através de um conjunto de sintomas respiratórios, da limitação do fluxo aéreo expiratório através do teste de função pulmonar e reversibilidade positiva ao broncodilatador (Freitas, Silva & Carvalho, 2015) e deverá ter sempre em conta o chiado intermitente, aperto no peito, falta de ar, tosse especialmente à noite e variação dos sintomas (durante a noite pioram os sintomas assim como durante a prática de exercício e a presença de alérgenos) (Jafer et al., 1991).

A asma quando não é controlada pode ser fatal e os seus sintomas podem ser classificados como silenciosos (não são sentidos nem ouvidos), como a inflamação, irritação, estreitamento e muco ou ruidosos (quando os músculos inflamam ou se espremem e o ar não passa - broncoconstrição, levando a tosse e dificuldade em respirar) (Red Alergia & Asma, 2011).

Nos episódios de exacerbação da asma, as vias aéreas ficam bloqueadas ou mais estreitas e os efeitos são temporários, causando então um conjunto de sintomas como falta de ar, ataques de tosse, aperto no peito e sibilos (WHO, 2017; Jafer et al., 1991; Fuhlbrigge et al., 2012), no entanto estas exacerbações são reversíveis espontaneamente ou com tratamento (Scala, Naspitz&Solé, 2004; Centers for Disease Controle and Prevention, s.d.).

De acordo com a Red Alergia & Asma (2011), existem ainda outros sintomas como a dificuldade em falar, respiração rápida e superficial, narinas vermelhas ou ampliadas, pele do pescoço e/ou perto das costelas estreita em cada respiração, cor de pele azul-acinzentada perto da boca e sob as unhas e valor máximo de capacidade pulmonar inferior a 50%. Estes podem durar dias ou semanas (Bousquet, Jeffery, Busse, Johnson &Vignola, 2000).

São utilizados três termos para denominar os ataques graves de asma; asma grave aguda, asma crítica e asma quase fatal (Shein, Speicher, Filho, Gaston &Rotta, 2016).A asma grave aguda trata-se de um ataque de asma não correspondente a doses repetidas de beta-agonistas, necessitando de admissão no hospital. A asma crítica trata-se também da asma grave aguda, mas que necessita de admissão na unidade de terapia intensiva e a asma quase

fatal diz respeito à asma crítica com insuficiência respiratória progressiva, fadiga e alteração do nível de consciência, precisando de entubação endotraqueal ou ventilação mecânica (Shein et al., 2016).

2.2. Dados epidemiológicos

A asma constitui um importante problema ao nível da saúde pública (Barreto & Silva, 2015) e tem uma elevada prevalência que varia de acordo com os países e atinge todos os grupos etários, afetando mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo (SNS, 2016). Estima-se que por ano sejam gastos 6,4 bilhões de dólares, tanto em custos diretos como indiretos, estando estes números associados a uma abordagem inadequada da doença feita quer pelos pacientes quer pelos médicos (Bettencourt et al., 2002).

A Asma é uma das principais causas de morte na União Europeia, atingindo 40% da população portuguesa e é responsável por 10% das mortes em Portugal (Relatório ONDR, 2011). Na Europa Ocidental é a doença que representa uma das prevalências mais altas, afetando 13% de crianças e 8,4% em adultos (Gonçalves, 2017). Já nos Estados Unidos é responsável por 470 mil hospitalizações e cinco mil mortes por ano, atingindo 14 a 15 milhões de pessoas (Bettencourt, Oliveira, Fernandes & Bogossian, 2002). Em 2003, aproximadamente 3% dos adultos e ainda 6% das crianças tiveram um ataque de asma (Yawn, 2008), afetando 20% das crianças neste país e sendo responsável por 150 admissões pediátricas por ano (Shein et al., 2016).

De acordo com a Organização Mundial de saúde, estima-se que em 2025 os números passem para 400 milhões de pessoas afetadas e embora essa prevalência se encontre associada a países com distintos índices de desenvolvimento económico, a mortalidade é maior nos países de baixos rendimentos (cerca de 80%), devido à inexistência de prevenção, cuidados e políticas públicas (Machado, 2016).

Relativamente a Portugal, os dados obtidos no inquérito European Health Interview Survey (EHIS)² a vaga, verificou que 5% dos portugueses inquiridos entre 2013 e 2015 disseram ter asma e 5,8% doenças crónicas das vias respiratórias inferiores (excluindo asma). Num outro estudo transversal realizado em Portugal com pessoas com 65 ou mais anos, verificou-se uma prevalência de 10,9%. Desses, 69,9% relataram estar em tratamento para a asma, sendo a prevalência inferior nos homens, com 9,6% e 11,8% nas mulheres, não existindo diferenças nas faixas etárias, sendo respetivamente 10,9% na faixa etária 67-74 anos, 10,5% dos 75-84 e de 12,4% em pessoas com idade superior a 85 anos. Verificou-se ainda uma maior prevalência no meio rural, 12,4% para 10,5% no meio urbano e uma maior incidência quando a pessoa vive no lar (18,7%), em casa de familiares (12,8%) e 9,6% em casa própria (Almeida, Pité, Pereira, Nunes & Fonseca, 2014).

No mesmo sentido, no Inquérito Nacional sobre a asma (INAsma), em dois estudos transversais baseados em entrevistas telefónicas para avaliar a asma, verificou-se uma

prevalência de 10,5% em Portugal e 500 mil asmáticos disseram utilizar medicação regular e 82% afirmaram ter o diagnóstico médico da doença. Além disto, 57% tinham asma controlada, mas muitos não tinham muito conhecimento e percepção acerca do seu controlo. Contudo, houve um incremento de cerca de 20% da asma controlada em relação há 7 anos atrás, mas esse controlo foi significativamente inferior nas categorias socio-educacionais e classes sociais mais desfavorecidas, bem como em crianças com sintomas de rinite e excesso de peso/obesidade(Observatório nacional de doenças respiratórias, 2017).De acordo com o Serviço Nacional de Saúde, cerca de 57 % dos asmáticos não têm a doença controlada, precisando de uma melhor intervenção (SNS, 2016). Foi ainda possível verificar quecerca de 68% tiveram uma consulta de asma, 23% tinham ido ao serviço de urgência e 3% tinham sido internados, sendo este valor de 5% na idade pediátrica. Além disso 72% tinham feito medicação nas últimas 4 semanas e verificou-se uma melhor qualidade de vida nos que faziam apenas um inalador, sem outro tipo de medicação (Observatório nacional de doenças respiratórias, 2017).Quanto à evolução da doença, em 1994 a asma era a causa de morte de 1 em cada 354 óbitos, em 2003 1 em cada 922 e em 2013 de 1 em 873 (Observatório Nacional de Doenças Respiratórias, 2017).

Segundo o INE, em 1994, morreram 281 pessoas devido à asma (2,8% da mortalidade total), das quais 153 do sexo masculino. Em 2004, foram 111, sendo a maioria do sexo feminino e com mais de 65 anos, o que pode ser explicado pelas comorbilidades dos idosos, como a DPOC. Além disto, nestas idades, a asma tende a sersubdiagnosticada e subvalorizada devido à própria condição da idade, da existência deoutras doenças e do cansaço (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, s.d.).

2.3. Fatores de risco na asma

A asma encontra-se associada a todas as faixas etárias, como referido anteriormente e também se encontra associada a muitos fatores que poderão desencadear crises, podendo ocorrer quando as pessoas estão em descanso ou como resultado de um esforço físico. De entre esses fatores aparecemfrequentemente referidos o pólen, os animais e fumos e estes fatores variam de indivíduo para indivíduo, devendo sempre a sua gestão ser vista caso a caso (Ayres, 1997). Lemanske e Busse (2006), referem como fatores de risco as infeções virais, exposições ambientais, estilo de vida e a existência de condições comórbidas (e.g. dermatite atópica e obesidade). De acordo com a Red Alergia & Asma (2011), entre os fatores desencadeantes de um ataque de asma aparecem os ácaros, a caspa animal, o pólen, o fumo do cigarro, os desodorizantes ambientais, as fragrâncias fortes, os químicos para limpar, infeções respiratórias, infeções virais e bacterianas, exercício físico, emoções fortes, súbitas mudanças de temperatura e refluxo.

Segundo Jafer e colaboradores (1991), os episódios de asma poderão ser desencadeados por fatores tanto intrínsecos como ambientais ao indivíduo.

De entre os **fatores intrínsecos** encontram-se os fatores genéticos da pessoa, a obesidade, a presença de depressão e ainda o sexo (GINA, 2016). Nas crianças, o sexo masculino é um fator de risco. Já nos adultos, existe um fator de risco aumentado nas mulheres, que pode estar relacionado como tamanho do pulmão e com o facto das vias aéreas serem maiores no sexo feminino. A prevalência também aumenta quando surgem casos de obesidade, especialmente em mulheres com obesidade abdominal, devido a modificações no funcionamento da via aérea em consequência dos efeitos da obesidade na mecânica do pulmão (GINA, 2016). Num estudo realizado por Sarpong e colaboradores (1996), verificaram que a pobreza e a raça eram fatores de risco para o aumento da morbidade da asma.

Ainda como fator intrínseco aparece a técnica de inalação em si, uma vez que existe uma vasta gama de inaladores disponíveis no mercado, o que leva muitas vezes a uma confusão por parte do paciente ou médicos, contribuindo para episódios de crise ou ausência de efeito do medicamento. A técnica para os inaladores de dose e pó seco encontra-se associada a um maior risco de morte (Yawn, 2008).

As condições comórbidas também fazem parte dos fatores intrínsecos ao indivíduo. Condições pessoais das pessoas podem levar a alterações na função pulmonar, por exemplo, 75 a 80 % das pessoas com asma tem rinite alérgica e o controlo da rinite alérgica poderá assim melhorar também a asma. Nas pessoas saudáveis a função pulmonar alcança um máximo de tarde e um mínimo no início da manhã, sendo que na asma noturna essa variação normal é exagerada e está associada a alterações pulmonares de mais de 15%, o que pode ser agravada pela doença de refluxo gastro-esofágico ou obesidade. A obesidade como fator de risco da asma leva a mudanças ao nível do volume pulmonar, inflamações sistémicas e outros fatores derivados de adipócitos que podem levar ao estreitamento das vias aéreas (Yawn, 2008).

Os transtornos emocionais e psicológicos também têm uma grande importância na asma (Alvim et al., 2008; DGS, 2007). Desde a antiguidade que a asma é vista como uma doença psicossomática e através de várias investigações percebeu-se que existem uma série de fatores psicológicos no desencadear da mesma, como o stress, que age como um fator etiopatogénico e o nível de ansiedade, que é maior em pacientes asmáticos do que na população em geral. Além destes, acrescentam-se os condicionamentos emocionais e ambientais que mantêm a doença, as crises e a sintomatologia que vão modelando a personalidade da pessoa e as suas relações interpessoais e ainda transtornos psicopatológicos que poderão advir das crises, como as crises de pânico, quadros depressivos, medo de estar sozinho ou outras fobias ou reações histéricas (Fragoso, 2005). A depressão é uma comorbidade comum da asma, no entanto pode ser também um fator de risco da mesma. Em seis estudos com follow-up de 8-20 anos viu-se que a depressão estava associada a 43% de risco de desenvolver asma no início da idade adulta (GINA, 2016).

A saúde mental é também um importante preditor de morbidade da asma nas crianças e tem sido associado à mortalidade (Vig, Forsythe & Vliagoftis, 2006). Muitas crianças desenvolvem mais pieira nas festas de aniversário devido à associação entre a excitação e o

cansaço e muitas pessoas desenvolvem crises de asma em certas situações de tensão nervosa, como por exemplo, em funerais (Ayres, 1997).

Contudo, segundo a WHO(2017) os principais fatores que poderão desencadear um episódio de asma são os do ambiente. Entre os **fatores do meio ambiente** podemos referir os ácaros, fungos, pelos de animais, pólen, animais de laboratório, flores, tintas, infecções virais, microrganismos, exposição ao fumo do tabaco, quer seja ativo ou passivo, alimentos, poluição atmosférica, uso de paracetamol e o stress (GINA, 2006). Estes fatores ambientais podem estar relacionados com variações sazonais (aumento do número de hospitalizações durante o Outono e uma redução no Verão), sendo estas dependentes também da idade uma vez que as crianças e adultos mostram um pico maior durante o Outono e as pessoas com mais de 65 anos, durante o Inverno (Yawn, 2008). De acordo com Arbex e colaboradores (2012), os estudos mostram uma forte associação entre a poluição do ar e a asma brônquica e referem que as pessoas que estão mais expostas, têm mais idas aos serviços de urgência e internamentos por crise aguda de asma. O fumo do cigarro, incluindo o fumo passivo, é um dos maiores causadores da asma, levando a um maior uso de broncodilatadores nas crianças (Yawn, 2008).

Quando a asma tem o seu início na idade adulta encontra-se frequentemente associada a uma constipação ou infeção viral ou à exposição a uma substância no local de trabalho (e.g., envernizadores e outras pessoas que trabalhem com plásticos; colofónia em soldadores; urina animal em empregados de laboratórios de investigação e criadores de animais; antibióticos em trabalhadores de indústria farmacêutica e ácaros das sementes em agricultores). Já nas crianças o fator que parece ter mais preponderância é um alérgeno proveniente do ácaro doméstico, partícula que vive nas alcatifas, colchões e brinquedos de peluche. Quando uma pessoa é exposta à proteína existente nas fezes do ácaro durante um período de tempo, os seus glóbulos brancos tornam-se suscetíveis a esta matéria e quando a proteína é inalada dá-se a reação na mucosa dos brônquios que provoca inflamação das vias aéreas, levando a uma crise de asma/sintomas da mesma (Ayres, 1997). De acordo com este autor, outros alérgenos podem ter um papel importante no desencadear das crises, como gatos ou cavalos, no entanto o pólen de gramíneas é o fator mais conhecido no desencadear das mesmas. Segundo Sarpong e colaboradores (1996), a barata em conjunto com várias espécies de ácaros e animais domésticos são uma importante fonte de alérgenos em todo o mundo, sendo que só na América do Norte foram identificadas 60 espécies de baratas.

Por último um fator muito importante é o exercício que poderá levar também ao desencadear de sintomas da asma, uma vez que exercício leva à broncoconstrição em 50 a 60% das pessoas com asma. Este é um fator precipitante principalmente em crianças, sendo muitas vezes o único que provoca os sintomas. No entanto, com a prática de exercício físico na escola, o cansaço é muitas vezes atribuído à falta de boa forma e não à asma, passando muitas vezes despercebida aos adultos (Yawn, 2008). Geralmente, este é um forte precipitante da obstrução das vias aéreas e os sintomas duram 5 a 10 minutos, resolvendo-se em 15 a 30 minutos após se ter cessado o exercício físico (Lemanske&Busse, 2006).

3. Adesão ao tratamento

3.1. Tratamento da asma

A asma trata-se de uma doença que necessita de tratamento a longo prazo. Os episódios de crise passam e melhoram com o tratamento, contudo a inflamação das vias aéreas continua para o resto da vida (DGS, 2007). Os objetivos do tratamento da asma consistem no alívio e na minimização dos sintomas, melhorar a função pulmonar e prevenção de exacerbações da doença (Moura et al., 2002; Fuhlbrigge et al., 2012). Pretende-se ainda a prevenção de sintomas crônicos, as hospitalizações, manter a atividade física normal incluindo o exercício físico e atingir uma função pulmonar normal ou quase normal (medido por espirómetro ou o medidor do fluxo do pico), uso mínimo do inalador agostista B2 de curta duração (sabutamol) para os sintomas agudos e ainda nenhum efeito colateral de medicamentos usados para o controlo da doença (Jafer et al., 1991).

A existência de inflamação das vias aéreas, exige manutenção de tratamento contínuo com o uso de anti-inflamatórios e medicamentos para alívio nos sintomas agudos (Dias & Nunes, 2003), no entanto, o tratamento, geralmente, é feito com corticoides inalados, que levam a uma diminuição da inflamação, da obstrução e hiperatividade das vias aéreas (Canuto et al., 2012). Por ser um tratamento complexo, é necessária a participação ativa do paciente e dos seus familiares (Bilitário, Silva & Costa, 2012) e deve ser iniciado logo após a identificação e diagnóstico. Inclui a prescrição de medicação, tratamento de fatores de risco que se podem modificar e terapias não farmacológicas (Freitas et al., 2015; Bettencourt et al., 2002).

O paciente ou o seu cuidador deverão ter todo o conhecimento acerca da doença (sintomas, tratamento, monitorização do paciente e exacerbações) para conseguir uma melhor autogestão domiciliar, melhor identificação dos sintomas, diminuição do internamento e menos atendimentos no serviço de emergência, levando assim a uma melhor qualidade de vida (Cidade, Roncada, Costa, Rafael & Pitrez, 2015). Para prevenir os episódios de asma, a pessoa deverá ter um plano para gerir a sua doença, que deverá ser constituído por quatro partes: 1) conhecimento dos desencadeantes dos ataques para diminuir a necessidade de medicação, 2) tomar os medicamentos conforme prescrito (usar os medicamentos de forma correta, perceber a função dos mesmos e os benefícios), 3) reconhecer os sinais de um possível ataque para poder combatê-lo através da medicação e, 4) saber o que fazer quando existe agravamento da doença (Asthma and Allergy Foundation of America, 2015). Quanto à medicação, a terapia é dividida em terapia de alívio a curto prazo e longo prazo (Rauta et al., 2016). A medicação de ação curta ou de alívio rápido é aquela que atua relaxando o músculo das paredes das vias aéreas, permite a distensão e facilita a entrada de ar, tendo a designação de broncodilatadores. Este tipo de medicação é usado quando a doença é leve a

moderada e é facilmente controlada por broncodilatadores de ação curta e corticosteroides inalados de ação longa (Ayres, 1997). Com estes medicamentos o alívio só pode durar cerca de 4 a 6 horas e não impedem que os sintomas se repitam e ajudam a prevenir a inflamação das vias aéreas e a diminuir o muco dos pulmões, no entanto não têm um alívio imediato (Red Alergia & Asma, 2011).

Já o controlo a longo prazo é feito através da manipulação de fármacos anti-inflamatórios como corticosteroides inalados, glucocorticoides e anticorpos Anti-IgE (Rauta et al., 2016; Fernandes & Fernandes, 2016; Bousquet et al., 2000). Estes medicamentos diminuem a irritabilidade das vias aéreas ao reduzirem a inflamação e devem ser usados com regularidade pois são vistos como preventivos e usados normalmente duas vezes por dia (Ayres, 1997).

Para além da medicação, os pacientes têm de adotar padrões de comportamento para controlo da doença, como visitas regulares ao médico, monitorização de sintomas, evitar certos fatores de risco e modificações no estilo de vida. Esta autogestão do tratamento pressupõe que o paciente tenha um envolvimento ativo e colaborativo (Baiardini et al., 2006).

A **prática de exercício físico** é um fator fundamental no tratamento da asma. Se até há uns anos atrás não era recomendada para estas pacientes uma vez que podia provocar broncoespasmo induzido pelo exercício físico (BIE), a partir dos anos 2000 começaram a surgir alguns estudos com maior rigor metodológico que afirmam que o exercício físico poderá reduzir o BIE, a responsividade brônquica, o uso de medicação corticosteroide assim como a melhoria da qualidade de vida, capacidade física anaeróbia e controlo clínico (Freitas et al., 2015; Silva & Carvalho, 2015).

O tipo de programa de treino físico leva também a uma melhoria do condicionamento físico, coordenação neuromuscular e autoconfiança, contribuindo para uma melhoria clínica e funcional do paciente. No entanto o tipo de treino, intensidade, duração e frequência precisam de ser adaptados a cada paciente. O tipo de treino habitual são exercícios aeróbicos como caminhada, corrida, ciclismo e natação (Freitas et al., 2015).

A duração das sessões de treino para os pacientes com asma geralmente são de 30 a 90 minutos, sendo que esses minutos são divididos em três etapas para evitar que ocorra BIE, como aquecimento (5-15 minutos), condicionamento (20-60 minutos) e desaquecimento (5-15 minutos) (Freitas et al., 2015).

Ayres (1997) referiu a existência de **tratamentos complementares/alternativos** para esta problemática, uma vez que existe uma grande preocupação face aos efeitos secundários dos tratamentos médicos. Estes dizem respeito à acupuntura, homeopatia, hipnose, fitoterapia e espeleoterapia. A acupuntura já teve ensaios clínicos com pessoas com asma e foi a terapia mais bem aceite pelos médicos no que diz respeito ao controlo da dor, verificando-se melhorias nos casos de asma moderada. No entanto não é eficaz na asma grave (Ayres, 1997). A homeopatia também é uma das terapias que se encontra associada à asma, no entanto os osteopatas defendem que os medicamentos homeopáticos só dariam resultado caso as pessoas deixassem de tomar a medicação normal para a asma. A hipnose é uma outra

terapia que tem muitos benefícios, uma vez que ajuda as pessoas a suportarem os sintomas de crise da asma e também o seu agravamento. Já a fitoterapia tem como objetivo agir no sintoma e não na infeção em si, o que muitas vezes acontece é que tentam por exemplo agir no sintoma da tosse, diminuindo assim a expetoração através do controlo da dieta. Por último, a espeleoterapia consiste em encontrar um ambiente de forma a que a pessoa não esteja em contacto com certos ambientes, como por exemplo, os ácaros do pó e outros alérgenos e isso poderá ser feito dando conhecimento à pessoa de outras alternativas, por exemplo, uma gruta (Ayres, 1997).

Uma estratégia utilizada é o trabalho educativo com recurso a **grupos de doentes** crónicos, incentivando a partilha de dúvidas, angústias, receios, para assim desenvolverem alternativas para enfrentarem a doença e se adaptarem a um novo estilo de vida (Maldaner, Beuter, Brondani, Budó & Pauletto, 2008).

Assim, o sucesso do tratamento não parece depender apenas do diagnóstico correto, mas também das prescrições feitas e das orientações dadas ao paciente para lidar com a doença e com a adesão à medicação (Lima, Silva, Nóbrega & Naves, 2013).

3.2. Adesão ao tratamento na asma

As doenças crónicas são doenças de evolução lenta, longa duração e exigem um tratamento permanente, pelo que a adesão ao tratamento é uma tarefa imprescindível (Maldaner et al., 2008). Se nas últimas décadas, o alto consumo de medicamentos assume extrema preocupação para os profissionais e autoridades de saúde, um outro fator tem demonstrado ser muito importante: a não adesão ao tratamento (Leite & Vasconcellos, 2003).

A adesão ao tratamento é um fator determinante no sucesso do tratamento e a não adesão é um dos principais problemas e desafios com que os profissionais se defrontam (Simpson, 2006). Segundo Chatkin et al., (2006), apenas 50 % dos pacientes cumprem as orientações prescritas.

O conceito tradicional de adesão ao tratamento remete para as respostas do paciente às recomendações médicas, como ir às consultas, mudanças de estilo de vida e obediência nas prescrições (Maldaner et al., 2008). Do ponto de vista etimológico este conceito diz respeito à união, apoio e acordo, que necessita de uma parceria entre o cuidador e quem é cuidado, sendo esse vínculo fundamental no processo (Silveira & Ribeiro, 2004). No entanto, o termo adesão vai muito além do simples facto de o doente tomar a medicação, implica mudar hábitos de vida, seguir uma dieta, implicando sempre a parceria entre o paciente e cuidador (Taddeo, Egedy & Frappier, 2008).

A adesão ao tratamento implica um grau de concordância que se estabelece entre o médico e o paciente, isto é, entre as orientações que são recebidas e o comportamento que o paciente tem perante essas mesmas orientações (Gusmão, Ginani, Silva, Ortega & Mion, 2009;

Emilson et al, 2011). Refere-se ao comportamento que o doente tem perante a sua doença, perante o uso da medicação e ainda perante as modificações que são necessárias na sua vida para que o tratamento seja mais eficaz (Oliveira, Pedrosa & Gonçalves, 2008). Trata-se de um processo complexo no qual estão envolvidos uma série de fatores que determinam a continuidade do tratamento (Maldaner et al., 2008; Oigman, 2006).

À semelhança de outras doenças crónicas em que existe uma baixa taxa de adesão, na asma isso também se verifica e apenas cerca de 50% dos doentes adere ao tratamento e cumpre todas as recomendações (Baiardini et al., 2006; Santos et al., 2008). De acordo com Lima, Silva, Nóbrega e Naves (2013), estudos com pacientes asmáticos mostraram que as médias de adesão desta doença comparativamente com outras são muito baixas. Vários estudos mostram que todos os anos no mundo inteiro, cerca de metade das prescrições não são obedecidas, variando de 20% a 70% conforme o sexo, faixa etária, condições socioeconómicas e gravidade da doença (Chatkin et al., 2006). Estes números de baixa adesão repetem-se em vários países, como os EUA, Austrália, Canadá e Reino Unido e é responsável pela morbilidade relacionada à asma (Chatkin et al., 2006). Nos Estados Unidos, cerca de 40% dos pacientes apresentam crises noturnas enquanto que na Europa, 28% dos asmáticos apresentam pelo menos uma noite mal dormida por semana devido à asma não controlada (Chatkin et al., 2006).

Esta baixa adesão ao tratamento é um problema importante sobretudo em crianças uma vez que apenas 50% das crianças adere à prescrição recomendada (Horne, 2006).

A baixa adesão encontra-se associada a consequências adversas para a saúde como uma progressão rápida da doença, aumento das exacerbações da doença, aumento do uso de medicamentos mais fortes, mais episódios de urgência, fracassos no tratamento (Chatkin, et al., 2006; Lima, Silva, Nóbrega & Naves, 2013), limitações ao nível da vida diária, aumento de dias perdidos no trabalho/escola e progressão da doença com um número aumentado de mortes (Baiardini et al, 2006; Wilson et al., 2010). Leva ainda a custos elevados pois esta não adesão faz com que exista um aumento da morbilidade e mortalidade da doença (Oliveira et al., 2008).

3.3. Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão - Ley (1981)

O modelo desenvolvido por Ley em 1981 baseia-se na hipótese cognitiva, isto é, a adesão encontra-se associada a uma série de fatores como a satisfação do doente em relação à consulta, a compreensão das informações disponibilizadas sobre a doença e tratamento e à capacidade de memorizar essa mesma informação fornecida pelo médico (Cardoso, 2014).

De acordo com Ogden (1999), Ley estudou a relação entre a satisfação do doente relativamente à consulta, tirando como conclusão que os níveis de satisfação dos doentes com a consulta dependem de uma série de fatores que decorrem no momento a seguir à consulta,

como a componente afetiva, comportamental e competência do técnico. Em termos de **componente afetiva**, esta trata-se da compreensão e apoio que é disponibilizado para com o paciente; a **componente comportamental** diz respeito às prescrições e explicações efetuadas pelo médico e por último a **competência do técnico**, diz respeito a uma visão subjetiva que é feita pela pessoa aquando do diagnóstico e tratamento.

Outro aspeto muito importante e como segundo ponto deste modelo surge a **compreensão do que é dito pelo médico** na consulta, sendo que muitas vezes as pessoas não compreendem a informação transmitida e isso, conseqüentemente levará à não adesão ao tratamento (Cardoso, 2014). Por exemplo, se na consulta é sugerido determinado tratamento e o paciente não percebe a localização do órgão afetado, causas e definição da doença, isso levará a que exista uma barreira aquando da adesão (Souza, 2005; Camarneiro, 2002).

Por último, a **capacidade de memorização** dos doentes é outro aspeto fundamental quando falamos deste modelo, contudo esta memorização está dependente de um conjunto de variáveis que podem levar ao esquecimento, como a ansiedade, conhecimento, nível intelectual, forma como a informação é transmitida, número de recomendações (Cardoso, 2014).

Todos estes aspetos predizem a forma como o paciente vai ou não aderir ao tratamento e a dimensão da adesão, sendo, no entanto, de destacar que de acordo com este modelo, os médicos deverão centrar-se nas particularidades de cada pessoa (Cardoso, 2014). De acordo com Camarneiro (2002), o profissional de saúde tem assim um papel importante no que toca ao sucesso da adesão de cada pessoa ao tratamento, sendo, desta forma, a comunicação médico-paciente e a aliança terapêutica estabelecida entre ambos muito importante.

3.4. Fatores de adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento envolve vários aspetos: individuais (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconómico), em relação à doença (cronicidade, ausência de sintomas e conseqüências tardias), crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (perceção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima), tratamento (custos, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos), instituição, política de saúde (acesso ao serviço de saúde, tempo de espera e de atendimento) e relacionamento com a equipa de saúde (Oliveira et al., 2008; Gusmão et al., 2009; Gusmão & Mion, 2006; Emilson et al., 2011). Também contribuem para a baixa adesão as atitudes face à medicação, fatores psicológicos, os estilos de coping de cada pessoa, o apoio social e conhecimento limitado acerca da doença (Baiardini et al., 2006) e as variáveis pessoais, familiares e sociais que podem influenciar a perceção e representação que cada pessoa faz da doença (Sousa, Landeiro, Pires & Santos, 2011).

Passamos agora a apresentar os vários fatores que contribuem para a adesão ao tratamento separadamente.

Os fatores que se encontram relacionados com o **paciente** poderão estar associados a características biopsicossociais (idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconómico, ocupação, estado civil, religião, crenças acerca da saúde, hábitos de vida e aspetos culturais e ainda o conhecimento e as crenças dos pacientes sobre a doença, motivação para controlá-la, habilidade para associar o comportamento com o manuseamento da doença e ainda as expetativas em relação aos resultados (Gusmão et al., 2009). Aparecem ainda como fatores relacionados ao paciente, os recursos, conhecimentos, atitudes, crenças, perceções e expetativas dos pacientes, sendo que fatores como o esquecimento, stress psicossocial, ansiedade, baixa motivação, conhecimentos e competências ineficazes para lidar com a doença, crenças negativas, não-aceitação da doença, não acreditar no diagnóstico, mal-entendidos em relação às instruções dadas, falta de aceitação da monitorização, expetativas baixas, sentimentos negativos e medo de dependência e cognições disfuncionais (WHO, 2003). Segundo Margalho et al. (2009), a adesão depende de um conjunto de variáveis pessoais, clínicas e sociais e são necessárias capacidades cognitivas, emocionais e comportamentais.

Um estudo realizado por Guimarães e Mateus, (2013) verificou que os pacientes aderem à medicação pois acreditam que é importante para o controlo da doença, no entanto ajustam esta aderência face às várias fases da doença, deixando de tomar a medicação quando se sentem melhores. Num relatório de 2015 sobre a Alfabetização em Saúde, Jovens Pacientes com Asma e adesão ao tratamento, verificou-se que o esquecimento é a causa mais comum para a falta de adesão em jovens entre os 12 e os 17 anos com asma. Outras variáveis apareceram como a rebeldia contra os conselhos médicos, não levar a asma a sério e ignorar as consequências da não adesão. Relataram também que quando se sentem melhor não seguem o tratamento (EuropeanFederationofAllergyandAirwaysDiseasesPatients' Associations, s.d.).

Ainda um outro estudo, realizado por Emilson et al. (2011), onde se pretendia perceber através do NEO PI-r se os traços de personalidade interferem na adesão ao tratamento, verificou-se que o neuroticismo era um traço que afetava a adesão, sendo as maiores pontuações associadas aos homens e associadas também a um menor nível de adesão. Ainda neste estudo, verificou-se que as pessoas que têm a crença na necessidade de controlo da doença, apresentam um maior nível de adesão. Soundberg et al. (2010) realizaram um estudo com o objetivo de comparar a adesão ao tratamento, ansiedade e qualidade de sono em homens e mulheres e verificaram que na atitude face à doença, as mulheres têm uma atitude menos negativa quanto à medicação e aderem mais ao tratamento do que os homens, no entanto estas apresentam um maior grau de ansiedade e sono.

No que diz respeito aos **fatores sociais e económicos** aparece o analfabetismo, baixa educação, desemprego, falta de apoio social, condições de vida, distância longa do centro de tratamento, custo elevado de medicação e do transporte, disfunção familiar e crenças leigas sobre a doença e o tratamento. Um estudo feito na Arábia Saudita, descrito pela WHO (2003)

relata que variáveis organizacionais como o tempo gasto no médico, estilo de comunicação e estilo interpessoal do médico assumem maior importância do que as variáveis sociodemográficas (WHO, 2003).

Quanto às **equipas e sistema de saúde**, uma relação positiva entre médico e cliente é um fator fundamental para aumentar a adesão. Contudo, existem muitos fatores que têm o efeito contrário, como serviços de saúde pouco desenvolvidos, reembolso inadequado, falta de conhecimento dos profissionais na monitorização das doenças, má distribuição da medicação, consultas de duração curta, falta de conhecimento dos profissionais para educar os pacientes e intervir para melhorar a adesão (WHO, 2003). De acordo com Heaney e Robinson (2005), uma das principais razões da baixa adesão é uma educação pobre face à terapia, os ressentimentos sobre a necessidade de terapia e ainda o medo dos efeitos colaterais que podem advir da toma da medicação. Estes efeitos colaterais embora sejam menores que os efeitos positivos acabam por levar os pacientes à desconfiança face ao tratamento e consequentemente à não adesão (Lehrer et al., 2004).

Os pacientes que são considerados como os que não aderem ao tratamento por vezes fazem-no porque receberam pouca orientação, não entenderam as informações passadas ou não conseguiram introduzir esta nova mudança na sua rotina diária (Chatkin et al., 2006). Deste modo, a adesão ao tratamento vai depender da forma como a pessoa visualiza o problema no seu contexto de vida, logo é fundamental que haja sensibilidade da parte do profissional de saúde e perceber cada pessoa como única, focando-se na pessoa e não apenas na doença, tornando o paciente uma pessoa ativa no seu tratamento (Maldaner et al., 2008).

Os **fatores condicionais** são aqueles associados a ações que os pacientes enfrentam na doença, como nível de incapacidade, quer esta seja social, profissional ou psicológica, gravidade dos sintomas, progressão da doença, disponibilidade dos tratamentos e ainda comorbilidades como depressão e abuso de drogas (WHO, 2003).

De entre os fatores que se encontram relacionados com a **terapia** encontram-se: a complexidade do regime médico, duração do tratamento, falha em tratamentos anteriores, mudanças no tratamento, efeitos colaterais do mesmo e ainda a disponibilidade de apoio para lidar com o mesmo (WHO, 2003). As taxas de baixa adesão podem chegar aos 60% entre os adultos, o que se pode dever à complexidade do tratamento, via de administração, horários, diferentes dispositivos de inalação, efeitos secundários, custos e ainda à falta de preparação das equipas para o tratamento (Nunes, 2002).

Os esquemas de tratamento poderão influenciar a adesão, uma vez que esquemas de tratamento mais simples (duas inalações diárias) são mais fáceis do que os esquemas que têm que se ser feitos utilizando mais de duas inalações por dia (Santos et al., 2008). A complexidade do regime terapêutico, o número de doses, comprimidos e horário de toma da medicação, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento contribuem em muito para a não adesão (Gusmão et al., 2009). Tamura e Ohta (2007) realizaram um estudo para tentar perceber a adesão das pessoas através de duas formas de tratamento, medicamentos inalados e sistema transdérmico, onde se concluiu que

as pessoas preferiam o sistema TP-LABA ao inalado (83,2% para 52,7%), explicando que um dos fatores que contribuiu para isso foi a frequência e o tempo de administração. Morar longe de um hospital, dificuldades nos transportes e um intervalo posológico com doses duplas também se encontra associado a esta não adesão (Júnior et al., 2008).

Cerca de 40 a 60 % dos pacientes não tomam a medicação e esta percentagem aumenta quando os fatores para a não aderência ao tratamento dizem respeito a outros fatores, como o estilo de vida que as pessoas levam (dieta, sedentarismo, tabagismo, entre outros) (Oliveira et al., 2008).

Passamos a referir também as dificuldades associadas a adesão ao tratamento em idosos, uma vez que este constitui o principal grupo etário incluído no nosso estudo.

O cuidador apresenta um papel importante na adesão, principalmente no que toca aos idosos, uma vez que o cuidador terá que estar comprometido com o tratamento e deve ser ajudado pela equipapois quanto mais envolvido estiver, maior a probabilidade de o tratamento ser eficaz (Gusmão et al., 2009). A falta de sintomas e a cronicidade da doença associada a complicações tardias, também desvaloriza a adesão, assim como as comorbilidades associadas que acabam por tornar difícil as estratégias de tratamento. Num estudo efetuado por Tavares et al., (2013), concluiu-se que o tratamento para varias condições crónicas ao mesmo tempo, a falta de partilha na gestão das morbilidades crónicas e do regime terapêutico podem levar os idosos a uma baixa adesão. O comprometimento cognitivo é outro dos grandes fatores de baixa adesão, sobretudo na capacidade de definir prioridades, planear, organizar e recordar informações. Estes autores verificaram também uma associação entre a incapacidade funcional em atividades instrumentais da vida diária e a baixa adesão. Assim, deve prevenir-se essas incapacidades, melhorando a autonomia do idoso na gestão do seu cuidado com a saúde e tratamento.

Outro fator está associado com a compra e o acesso aos medicamentos. Os idosos que precisam de pagar os medicamentos, que utilizam vários medicamentos em simultâneo para diversas doenças e não têm informação acerca da indicação terapêutica de cada um deles apresentam menor adesão (Tavares et al., 2013). Verificou-se, também, que os idosos que estão mais propensos a aderir ao tratamento são aqueles que acreditam que a sua doença pode ser curada/controlada e que aceitam que a doença é prolongada, que se vai manter para o resto da vida (Jessop & Rutter, 2010).

3.5. Intervenções para aumentar a adesão ao tratamento

A WHO(2003) relatou vários estudos e ensaios efetuados por Haynes e colaboradores para promover a adesão a regimes farmacológicos e terapias, que concluíram que para as intervenções serem bem-sucedidas terão que ser multifacetadas, isto é, deverão incluir aconselhamento, educação, cuidado, auto monitorização, reforço e ainda formas de atenção para supervisão, como lembretes.

As diretrizes para a adesão ao tratamento reforçam a utilização da Psicoeducação no momento do diagnóstico e sempre que se parte para uma nova etapa. A educação deve ser fornecida a todos os membros da equipa de saúde, assim como o ensino de estratégias de auto-monitorização, o ensino e reforço das competências comportamentais, o desenvolvimento de planos de tratamento, incentivo a uma parceria ativa e ainda o incentivo à adesão ao plano de tratamento desenvolvido (WHO, 2003).

A **Psicoeducação** é uma estratégia muito importante na adesão, como é em todas as áreas da saúde, uma vez que contribui para impulsionar uma mudança ativa do paciente perante a sua doença e perante os seus comportamentos. Os programas de educação sobre a asma destinam-se não apenas aos profissionais, mas também ao doente e à sua família e têm como principal objetivo informar que a asma se for tratada corretamente pode ser controlada. Consequentemente pretende-se que o doente se motive para o tratamento, participando de forma ativa, ajudando a reconhecer os sintomas, os fatores desencadeantes e também a saber como evitá-los de forma a aumentar a qualidade de vida (Macedo, Araújo & Dias, 2012; Gusmão et al., 2009).

As instruções devem ser facultadas ao paciente através de um papel escrito, pois as instruções são melhor retidas quando são dadas em lista do que em parágrafos usando imagens e ícones (WHO, 2003).

As **estratégias comportamentais** têm como objetivo a promoção da adesão através de comportamentos diretos (uso de técnicas como lembretes, contrato comportamental e reforço). O uso de *lembretes* é muito importante e tem impacto não apenas nas crianças asmáticas, mas também em pacientes em ambulatório após reabilitação hospitalar. O *feedback* que é dado, assim como o reforço, são ferramentas muito importantes e essenciais em todas as estratégias comportamentais (WHO, 2003).

A **adaptação à terapia** é uma estratégia que consiste no ajuste que é feito do regime prescrito e das estratégias de intervenção para as características de cada paciente. É um método comportamental eficaz e são exemplos desta estratégia a exploração do paciente, a utilização de um cronograma, a simplificação do regime da dose de tratamento, a alteração das vias de administração e ainda a utilização de auxiliares de adesão (WHO, 2003).

As **equipas multiprofissionais** são também muito importantes uma vez que a diversidade de pessoas, permite um maior enfoque no paciente e consequentemente um melhor esclarecimento acerca da doença e tratamento. Estas equipas permitem que o doente obtenha o reforço contínuo de que necessita, contribuindo para que o paciente analise bem a sua situação clínica, organize a sua estratégia de tratamento e comece a iniciá-la por si (Gusmão et al., 2009).

3.6. Papel do psicólogo na adesão ao tratamento

Quando se fala de adesão ao tratamento e no atendimento a doenças crónicas, o psicólogo assume um papel fulcral na reeducação para um melhor controlo e adaptação à doença. Contribui ainda para o diagnóstico das várias estratégias de *coping* que cada pessoa tem para lidar com a doença e ainda na referência para outras consultas que sejam necessárias no tratamento do doente (Fragoso, 2005). O psicólogo assume, assim, um papel fundamental quando falamos de tratamento, inserido, claro, numa equipa multidisciplinar (Fragoso, 2005). A intervenção incide em várias áreas e atividades com utentes, técnicos, familiares e organização. Segundo Trindade e Teixeira (2002), a intervenção com os utentes pode abranger várias áreas, nomeadamente o confronto com a doença e a hospitalização, o confronto com procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento e ainda a adesão medicamentosa e comportamental. Os psicólogos ajudam a identificar os vários fatores de risco comportamentais para a doença, identificam os pacientes em risco de não adesão ao tratamento e ainda identificam os vários obstáculos e fatores que estão envolvidos na não adesão de cada paciente ao tratamento (e.g. fatores relacionados diretamente com o paciente, família, grupos ou comunidade). Além disso, avaliam as comorbidades que poderão estar associadas, como os problemas psicológicos e possíveis doenças mentais (WHO, 2003).

Além disto, os psicólogos ajudam também na modificação de obstáculos cognitivos, motivacionais, emocionais e comportamentais da pessoa. Desta forma, ajudam a melhorar a maneira como o indivíduo vê e gere a doença e o tratamento e ainda promovem o desenvolvimento de habilidades para lidar com a mesma. Prestam ajuda aos prestadores de cuidados e equipas de saúde no diagnóstico e tratamento de cada paciente, ensinando estratégias e comportamentos que terão que ser modificados e como estes poderão ajudar o paciente na aceitação do tratamento (WHO, 2003).

A asma trata-se de uma doença crónica com múltiplas causas, sintomas e com consequências para a saúde, não apenas ao nível somático, mas também ao nível psicológico, social e comportamental. Assim, é necessário ver o paciente de uma forma holística e intervir no tratamento de forma idiossincrática.

4. Vulnerabilidade ao *stress*

4.1. Definição de *stress*

Quando se fala em *stress*, estamos perante uma resposta complexa do organismo que envolve mudanças a nível físico e psicológico e que ocorre quando precisamos de nos adaptar a situações que ameaçam a nossa estabilidade física e mental (Mendes, Sant'Anna & March, 2013). É um estado de excitação emocional que se caracteriza por um conjunto de alterações, como o aumento da secreção de adrenalina e que perturba o estado de homeostasia dos indivíduos (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003). Pode também ser definido como um episódio em que o sujeito considera que não tem aptidões ou ferramentas para lidar

com um determinado problema, isto é, desenvolve uma percepção de que não tem controlo sobre a gestão do acontecimento. Esta percepção pode ser real e a pessoa não tem mesmo a capacidade para ultrapassar essas dificuldades ou simplesmente uma crença irracional (Vaz Serra, 2000).

Este termo foi introduzido na área da saúde por Hans Selye em 1936 e era designado como a resposta geral do organismo a uma situação stressante (Margis et al., 2003). O *stress* é então uma resposta a uma sequência de acontecimentos. O acontecimento é filtrado segundo as nossas predisposições pessoais (recursos do individuo) levando a um impacto sobre a vida corrente, isto é, a pessoa avalia a gravidade do acontecimento e posteriormente a magnitude da resposta (Vaz Serra, 2000). A resposta está dependente da interação entre as características de uma pessoa e as mudanças que ocorrem no meio envolvente, isto é, a discrepância entre o meio externo e interno e a resposta ao stress é composta por um conjunto de aspetos cognitivos, emocionais e fisiológicos e auxilia o individuo a processar mais rápido a informação para conseguir soluções (Margis et al., 2003). O agente stressor que poderá ser, por exemplo, a mudança na temperatura corporal ou um evento ameaçador para o individuo aparece associado a um conjunto de sentimentos e emoções, que servem como que um mecanismo de deteção face à ameaça e, conforme a compensação seja ou não rápida, irá determinar as repercussões biológicas para o individuo e o estado afetivo deste. Se for rápida, a resolução ocorre sem afetar a pessoa, no entanto, quando a resposta é incompleta e prolongada, poderá ser desagradável (Baptista, 2009).

Segundo Vaz Serra (2005), existem um conjunto de situações indutoras de *stress*. Estas podem ser classificadas em acontecimentos traumáticos, acontecimentos significativos ao longo da vida, situações crónicas indutoras de stress, microindutores de stress, macroindutores de stress, acontecimentos desejados que não ocorrem e traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento. Já para Margis e colaboradores (2003), as situações ambientais podem ser agrupadas em acontecimentos vitais (lifeevents), acontecimentos diários menores e situações de tensão crónica.

No âmbito deste trabalho vamos apenas referir as situações de stress crónico que geram stress na medida que também aparecem sem serem esperadas e não se sabe quando terminam, levando a uma modificação dos papéis e atividades de vida da pessoa (Vaz Serra, 2005). Quando o *stress* é muito intenso e prolongado, pode levar a vários sintomas ou mesmo a doenças, devido às mudanças fisiológicas que acontecem durante este período (Mendes et al., 2013), podendo causar perturbações, como depressão e stress pós-traumático (Tonelli, s.d.). De acordo com Khoury, Sharma, RusheFournier (2015), várias pesquisas concluem que um alto nível de *stress* pode prejudicar a saúde física e mental e encontra-se associado a uma série de doenças, como enxaquecas, obesidade, tensão muscular, dor nas costas, colesterol alto, doenças de coração e Acidente Vascular Cerebral.

Quando as pessoas são postas muitas vezes em situações que provocam este *stress* intenso, o efeito torna-se aditivo, isto é, a pessoa fica mais sensível aos acontecimentos

desagradáveis levando a reagir de forma mais intensa e com maior facilidade ao *stress*, tornando-se mais vulnerável (Vaz Serra, 2000).

4.2. Fatores da vulnerabilidade ao *stress*

A vulnerabilidade ao *stress* está dependente de um conjunto de fatores biológicos, psicológicos, de personalidade e sociais (Vaz Serra, 2005). Entre os **fatores biológicos** associados ao *stress*, surge a diátese, que é a predisposição genética que leva ao aparecimento de uma alteração e é uma condição necessária para o desenvolvimento de uma perturbação (Zuckerman (1999) cit in. Vaz Serra (2005). Assim, a diátese consiste na presença de um fator de vulnerabilidade que torna algumas pessoas mais sensíveis e as leva a reagir de forma mais intensa. Uhart, McCaul, Oswald, Choi e Wand (2004) mencionaram que o componente glicoticoide de resposta ao *stress* tem sido alvo de muitos estudos uma vez que este tem associada muitas consequências patológicas, como perturbações de humor e ansiedade.

O envelhecimento também deve ser considerado um importante fator biológico uma vez que com o avançar da idade existe um declínio da manutenção do equilíbrio homeostático e na adaptação ao *stress* (Vaz Serra, 2005).

Os **fatores psicológicos** são muito importantes para a avaliação de uma situação como geradora ou não de *stress*. Esta avaliação é influenciada pelas situações que viveu no passado e em particular aquelas que mais o marcaram no passado (Vaz Serra, 2005).

De acordo com Vaz Serra (2007) existem tipos de personalidade que se encontram associados a pessoas vulneráveis e ainda alguns tipos de personalidade que se encontram associados a pessoas resistentes ao *stress*. Entre as personalidades vulneráveis aparecem as pessoas com um neuroticismo elevado, os catastrofizadores, as pessoas hostis, pessoas com autoestima pobre, pessoas com inteligência emocional pobre, procrastinadores, pessoas com personalidade tipo A (pessoas competitivas, querem ser reconhecidas e ter prestígio e têm muitos objetivos que querem concretizar) e ainda as pessoas com personalidade dependente. Já nas personalidades associadas à resistência ao *stress* estão as pessoas com um autoconceito alto, pessoas com um bom sentido de humor e ainda as pessoas otimistas.

Por último, os **fatores sociais** também se encontram associados com a maior ou menor vulnerabilidade ao *stress*. Pessoas que têm poucos recursos estão mais predispostas a sofrer perdas, têm menor acesso a apoios sociais e procuram menos esses apoios. Também as pessoas com boa literacia lidam mais facilmente com as mudanças na vida (Vaz Serra, 2005). Um estudo realizado pela Ontario Public Health Association (OPHA) em 1990 cit in. Vaz Serra (2005), referiu que um nível baixo de literacia tem um impacto negativo sobre a saúde. Estas pessoas têm mais dificuldades em compreender a informação sobre a medicação, práticas de saúde, fazem uso incorreto da medicação e não cooperam na sua utilização. Além disso, têm conhecimentos limitados acerca da saúde e os seus fracos recursos e falta de confiança levam

a que cuidem da sua saúde muito menos e procurem um médico apenas quando estão em crise.

4.3. Modelo transacional de stress

Este modelo deu ênfase ao estado psicológico da pessoa e foi desenvolvido por Lazarus, que via o *stress* como uma transação que ocorria entre as pessoas e o mundo externo e o *stress* era gerado segundo uma avaliação que a pessoa fazia, podendo ser visto de três formas: irrelevante ou benigno, positivo e nocivo ou perigoso (Ogden, 2004). Primeiro é feita uma avaliação do **significado do eventostressor** e o grau de ansiedade que pode causar na pessoa, uma segunda avaliação, onde se avalia o **grau de controlo** que a pessoa possui perante o evento stressor e os **recursos** que dispõe. Quando acha que é benigno, procede à avaliação dos recursos que possui ao mesmo tempo que faz uma segunda avaliação recorrendo a fatores sociais e culturais utilizados como estratégias de coping (Lazarus, 1991, cit in. Garrett, Teixeira & Martins, 2007). Estas estratégias de coping para lidar com a resolução do acontecimento poderão ser recursos pessoais ou sociais. De entre os recursos pessoais estão as crenças face às próprias capacidades, como otimismo e autoeficácia e locus de controlo, já os recursos sociais poderão ser a integração na sociedade e o suporte junto dos pares. Por vezes estes recursos não estão presentes no indivíduo o que poderá levar a que surjam sintomas de humor depressivo, solidão e falta de motivação (Garrett, Teixeira & Martins, 2007).

Este modelo comporta ainda dois processos cognitivos: numa primeira avaliação poderão existir conceitos de ameaça, angústia, ansiedade, desafio, motivação e vontade de vencer obstáculos. Depois da interpretação cognitiva surge uma segunda avaliação que é determinada pela capacidade que a pessoa tem em colocar em ação mecanismos de coping para enfrentar a situação. Deste modo, avaliações negativas, como ansiedade e desespero estão associadas a um locus de controlo externo e as avaliações positivas, como o desafio e a motivação, estão associadas a um locus de controlo interno. O suporte social e a autoeficácia são dois fatores de extrema importância, pois levam a que a pessoa pense em resultados satisfatórios e o segundo permite uma maior confiança face ao resultado (Garrett et al., 2007).

4.4. Papel do stress na asma

O *stress* tem sido estudado constantemente ao longo dos anos sobretudo devido ao efeito que tem na saúde do ser humano. Este efeito poderá notar-se através de mudanças comportamentais (e.g. deixar de fumar, deixar de consumir álcool e mudanças na alimentação) ou fisiológicas (e.g. aparecimento de doenças, como por exemplo, artrites devido ao aumento de corticosteroides que o stress produz ou mesmo afetar o sistema

imunológico tornando assim a pessoa mais suscetível a infecções devido ao aumento de catecolaminas e corticosteroides) (Ogden, 2004).

De acordo com o paradigma biopsicossocial, a asma trata-se de uma doença psicossomática, pois embora sintomas como o broncospasmo e a dispneia aconteçam devido à inflamação (Panek et al., 2015), o *stress* psicológico altera a magnitude da inflamação das vias aéreas e a resposta a alérgenos, irritantes e infecções. Este processo acentua a resposta inflamatória aos stressores ambientais levando a um aumento na frequência, duração e severidade dos sintomas (Chen & Miller, 2007), influenciando o controlo autónomo das vias respiratórias (Wright, Rodriguez & Cohen, 1998).

A inflamação das vias aéreas na asma é regulada por uma série de mecanismos. Além de alterações celulares e processos imunológicos moleculares existem evidências de que os processos neurais que estão envolvidos na emoção também contribuem para a regulação da inflamação e expressão da gravidade da mesma (Rosenkranz, Busse, Sheridan, Crisafi, & Davidson, 2012). O *stress* muito forte que se sente nos episódios de dispneia induzido por vários fatores intensificam a hiperventilação que em conjunto com a hiperatividade brônquica aumenta a contração e a dispneia de novo. O temperamento sendo um fator essencial na resposta ao *stress* (stressor ou dispneia) poderá sempre alterar o quadro clínico da asma (Panek et al., 2015).

Existem também sentimentos subjetivos de *stress* causados por fatores não associados à doença que levam a dispneia nos pacientes asmáticos. Um desses mecanismos é a hiperventilação que provoca broncoespasmo grave, no entanto quando falamos de sentimentos subjetivos e da componente psicológica, percebe-se que este processo é um ciclo vicioso, uma vez que, o *stress* grave poderá desencadear episódios de crise assim como a asma poderá levar ao *stress* grave (Panek et al., 2015).

O *stress* emocional pode levar a exacerbações ou precipitar os sintomas da asma assim como a presença de uma doença crónica pode exercer muito *stress* ou desordens nestes pacientes (Lieshot & MacQueen, 2008). Segundo Bishop (1994), cit. in Vaz Serra (2007), quando uma pessoa sofre de asma é frequente que os fatores psicológicos tenham importância na desencadear de crises. Afirmam ainda que em estudos feitos com asmáticos se evidencia a presença de anomalias na reatividade do sistema nervoso vegetativo que propicia uma tendência para reagirem excessivamente a condições de *stress* (Vaz Serra, 2007).

Quando uma pessoa entra em *stress* todo o organismo fica ativo, levando ao surgimento de emoções, mudança de comportamento observável e interferência nos mecanismos biológicos e cognitivos. Estas respostas envolvem as estruturas do sistema nervoso central e vegetativo, glândulas endócrinas, processos metabólicos em geral e ainda o sistema imunitário (Vaz Serra, 2000). Para Baiardini, Sicuro, Balbi, Canonica e Braido (2015), a asma encontra-se associada negativamente a sintomas de humor e transtornos de ansiedade. Os mesmos autores defendem que a presença de sintomas psicopatológicos leva a um aumento da gravidade dos sintomas e a um menor controlo da asma. Afirmam ainda que a prevalência da ansiedade e distúrbios depressivos é mais elevada em pacientes com asma do

que na população em geral. Estes aspetos psicológicos poderão então desregular os sistemas biológicos-chave como a resposta do stress neuroendócrino ou o sistema de citosinas que predispõe uma pessoa para a asma. (Lieshot & MacQueen, 2008).

Devido a várias limitações que as pessoas vivem quando têm asma, devem sempre ter atenção, não apenas a componente fisiológica, mas também a componente psicológica e tentar combater a ansiedade e o sofrimento que advém das mesmas. Os fatores psicossociais tornam-se cada vez mais evidentes como tendo uma relação com a asma, não apenas como precipitantes de crises, mas também na progressão da doença em si (Silva, 2012). Existem um conjunto de ligações bidirecionais e causais entre a inflamação e o estado psicológica da pessoa. Isto é, quem tem asma pode aumentar até duas vezes o risco de desenvolvimento de ansiedade e transtornos depressivos, assim como a depressão e a ansiedade podem levar a uma maior frequência dos sintomas e ao aumento do nível de assistência (Rosenkranz et al., 2012).

O estilo de coping é preponderante para um melhor controlo da doença, maior otimismo e aceitação da mesma e as estratégias de evitamento encontram-se associadas a mais crises de asma e mais internamentos, assim como um tratamento mais difícil (Biardini et al., 2015). O estilo de coping que deverá ser utilizado é aquele focado no problema, isto é, o coping ativo, que diz respeito a um conjunto de estratégias que se focam no problema em si, no que deu origem ao stress, tentando dessa forma a mudá-lo. Este tipo de coping encontra-se dirigido a fontes externas, como tentativas de negociar e resolver um conflito ou pedir ajuda e sendo dirigido internamente tem como principal estratégia a reestruturação cognitiva (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Quem utiliza este tipo de coping terá então uma maior sensação de controlo sobre a doença, menos morbidade psicológica e uma melhor monitorização da doença a longo prazo (Biardini et al., 2015). Estes autores referem que estudos feitos associam o evitamento (por exemplo, ignorar, negar ou evitar o problema) a uma fraca qualidade de vida em pacientes adultos com asma, enquanto que uma abordagem ativa (cognitiva ou comportamental) se associa a uma melhor qualidade de vida. Além disso, as pessoas asmáticas que utilizam o evitamento são menos aderentes à terapia e estão mais propensos ao alívio com uso inadequado de drogas.

4.5. Papel do psicólogo na vulnerabilidade ao stress

A relação entre stress e ansiedade e a asma são muito estudadas e a intervenção clínica passa primeiramente pela redução do *stress*. Esta prioridade está relacionada com a interferência dos processos ansiógenos mais graves, na capacidade da pessoa se adaptar à doença e dificultar a adesão ao tratamento (Joyce-Moniz & Barros, 2005). De acordo com Matos e Machado (2007), perante uma doença crónica como a asma, o psicólogo deverá manter uma relação colaborativa com o paciente, família e equipa que o acompanha. Deste modo, deve ser fornecido à pessoa o racional teórico, explicação do stress, informar o que pode fazer,

reforçar expectativas e aumentar a compreensão acerca de vários aspectos associados ao stress. Estes aspectos são muito importantes atendendo que a avaliação que a pessoa faz determina o seu grau de stress. Esta avaliação depende dos recursos que cada pessoa tem (Vaz Serra, 2005; Matos & Machado, 2007).

Para Bachion, Peres, Belisário e Carvalho (1998), a ajuda ao paciente para lidar com o stress passa por algumas etapas, como ajudar a identificar o problema, ajudar a identificar e verbalizar os sentimentos que coexistem com o problema ou situação, ajudar a identificar e verbalizar o evento ou situação que precipitou os sentimentos e ajudar a perceber como usualmente responde ao stress (física e psicologicamente). Para a identificação do problema poderá fazer-se também um **registo das situações ocorridas**, os registos devem ser efetuados ao fim do dia de todas as situações que geraram stress, ao longo de duas semanas ou através da entrevista. Isto vai permitir entender o problema, tendo em conta todos os aspectos essenciais como os predisponentes, os precipitantes e as consequências da situação a nível cognitivo, físico e emocional. (Vaz Serra, 2007).

A **abordagem cognitivo-comportamental** tem a sua eficácia comprovada. No caso da asma, estímulos externos como os alérgenos ou internos como sensações corporais, imagens ou pensamentos, são percebidos pelo indivíduo com sentimentos de medo ou apreensão, o que faz com que a ansiedade aumente e assim apareçam novas sensações corporais, levando a um ataque de asma (Caro, 2002). Com esta terapia, são ensinados ao paciente vários passos para reconhecer os pensamentos e as sensações corporais associadas ao ataque de asma e perceber que esses pensamentos e sensações poderão levar às interpretações catastróficas. Para o controlo desses pensamentos e substituição por pensamentos mais adaptativos pode-se utilizar a reestruturação cognitiva (Caro, 2002). A prioridade é ensinar o doente a enfrentar e reduzir a dor através do treino de relaxamento, distração cognitiva e visualização e ensiná-lo a utilizar as técnicas cognitivas para combater o seu pensamento, que é um dos principais fatores que influenciam a gravidade e intensidade da dor (Borges, Luiz & Domingos, 2009).

Poderá também intervir-se ao nível da modificação das vulnerabilidades da pessoa fornecendo informações para não se expor a situações ou pessoas que causem stress e ajudar na aprendizagem de resolução de problemas. Pode ainda contribuir para ajudar a pessoa a pensar de modo mais lógico, podendo recorrer a técnicas como a cadeira vazia, descentração através de exercícios imagéticos e ainda o confronto com o espelho (Vaz Serra, 2007).

A intervenção ao nível do **suporte social** também é fulcral, não apenas para prevenir o stress mas também para apoiar depois de situações stressantes, como é o exemplo de uma crise de asma. Outra estratégia importante é a **gestão do tempo e definição de objetivos** e ainda na explicação da importância de adotar um **estilo de vida saudável** (Powell & Enright, 1990; Serafino, 1990). É importante que as pessoas percebam que um estilo de vida saudável está associado a uma melhor resistência ao stress e isso implica uma alimentação adequada (comida pobre em gorduras e hidratos de carbono e rica em fibras) e exercício físico regular

(e.g. como caminhar em passo rápido, correr, nadar, andar de bicicleta) e ainda outros que levam a que as pessoas convivam com outras e se sintam melhores (Vaz Serra, 2007).

Para Borges, Luiz e Domingos (2009), existe também o treino de assertividade e o treino de inoculação do *stress*. O **treino de inoculação do stress** é uma modalidade desta terapia cognitivo-comportamental e tem como objetivo mudar hábitos de vida e comportamentos em algumas áreas/pilares: nutrição antistress, relaxamento e tensão mental e física, exercício físico e mudanças cognitivas e comportamentais. Este treino propõe que primeiramente se identifiquem os stressores internos e externos e a identificação das estratégias de coping da pessoa (Borges, Luiz & Domingos, 2009) e envolve estratégias de aquisição e ensaio de aptidões de confronto e estratégias de aplicação e seguimento. De entre estas ainda inclui estratégias comportamentais e estratégias cognitivas. Como estratégias comportamentais poderá usar-se o relaxamento para lidar com as situações de stress. O **relaxamento** é visto como uma resposta que reduz o estado de excitação somático e cognitivo e a técnica mais conhecida e mais utilizada é o relaxamento progressivo de Jacobson (Caro, 2000). Permite a redução da tensão corporal, redução da ansiedade e ajuda a controlar melhor as emoções (Ribeiro, 1998). Este é utilizado para diversas situações pois consegue-se, uma diminuição da ativação fisiológica, acompanhada por uma sensação de calma e bem-estar (Vaz Serra, 2007). Existem ainda técnicas de respiração onde os principais exercícios são derivados de técnicas orientais como yoga (Vishnudevananda, 1979), el Qigong (Shaoqing, 1986) o el Tai-Chi (Yang, 1978). Já entre as estratégias cognitivas encontram-se a reestruturação cognitiva, o treino de autoinstrução e instrução externa aberta (Gonçalves 2000).

Por último, a **dessensibilização sistemática** baseia-se na ideia de que uma situação se torna stressante por condicionamento clássico (associação de uma situação a um acontecimento desagradável) (Ribeiro, 1998). Durante a sessão a pessoa imagina o estímulo (imagética) e é aplicado o relaxamento, começando pelas situações menos ansiógenas para as mais ansiógenas, o que leva a antever no indivíduo a resposta de ansiedade antes dos acontecimentos ocorrerem (Caro, 2000).

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo II - Metodologia

Este capítulo tem como objetivo descrever a metodologia implementada neste estudo. Com isso, primeiramente irá apresentar-se o estudo em si com os respectivos objetivos, gerais e específicos e o desenho de estudo utilizado. Depois irá ser feita uma breve caracterização da amostra escolhida para esta investigação e de seguida uma descrição dos instrumentos que irão ser utilizados. Por fim, irão descrever-se numa série de passos, todos os procedimentos que foram efetuados para a recolha dos dados do estudo e os passos do tratamento estatístico e respetivas fundamentações.

2.1. Fundamentação e objetivos do estudo

Com este estudo pretende-se avaliar a vulnerabilidade ao stress e a adesão à medicação em indivíduos com asma. Desta forma, como **objetivos gerais** destacam-se a **avaliação da vulnerabilidade ao stress** e da **adesão ao tratamento** nos pacientes com asma.

Como **objetivos específicos** pretende-se: 1) Comparar os dados sócio demográficos recolhidos com a adesão ao tratamento e em relação à vulnerabilidade ao *Stress*; 2) Comparar os dados clínicos recolhidos com a adesão ao tratamento e em relação à vulnerabilidade ao *Stress*; 3) Avaliar a relação entre a Adesão ao tratamento e a Vulnerabilidade ao *Stress*.

2.2. Desenho do estudo

A presente investigação é uma **investigação quantitativa** uma vez que se pretende descrever uma dada variável quanto a medidas de tendência central ou dispersão ou ainda dividir em categorias para analisar a sua frequência, num grande número de pessoas (Victora, Knauth & Hassen, 2000).

É um **estudo descritivo** uma vez que o objetivo é descrever a realidade, isto é, pretende-se descrever as variáveis do estudo e a sua relação com a asma, como a vulnerabilidade ao stress e a adesão ao tratamento (Aragão, 2011).

É também um **estudo transversal**, pois focando-se num único grupo que representa a população em estudo, procede-se à recolha, que é feita num único momento não definido (Ribeiro, 2010; Hochman, Nahas, Filho & Ferreira, 2005). A população é definida por amostragem e a informação é recolhida junto de cada pessoa.

Por último, trata-se de um estudo de **natureza correlacional** pois pretende-se verificar relações entre variáveis, como é o caso da relação entre a asma e a adesão à medicação ou entre a adesão à medicação e a vulnerabilidade ao stress.

2.3. Caracterização da amostra

A população escolhida para esta investigação foram pessoas com diagnóstico de asma e que estivessem a ser seguidas na consulta externa da **Unidade de Pneumologia**, do **Hospital Cova da Beira**, na **Covilhã**. Como critérios de inclusão apresentam-se os seguintes:

- Ter 18 anos ou mais;
- Diagnóstico de asma há mais de seis meses;
- Estar informado acerca do diagnóstico;
- Estar a tomar medicação;
- Não ter alterações cognitivas que levem à falta de entendimento quanto às questões colocadas nos questionários.

2.3.1. Dados sociodemográficos da amostra

A amostra foi considerada **não probabilística** e de **conveniência**, uma vez que se procedeu à procura de pessoas com diagnóstico de asma e que se disponibilizassem a responder aos questionários. A amostra é constituída por um total de **80 participantes**. Quanto ao **género**, é constituída maioritariamente pelo sexo feminino. A média das **idades** foi de 57,16 anos (DP=17,066), sendo a faixa etária “maiores de 65 anos” a que teve mais respondentes, respetivamente, 36,3%, seguindo-se a faixa etária dos 59 aos 65 anos com 30%.

No que toca à escolaridade, 46,3% disse ter **habilitações literárias** até ao 4º ano de escolaridade, 21,3% “9º ano” e 17,5%, o “12º ano”. Já referente ao **estado civil**, a maior parte das pessoas respondeu serem casadas, respetivamente 60%, seguindo-se a viuvez (15%). Quanto ao **agregado familiar** 81,3% da amostra referiu que não vivia sozinho, sendo os mais referidos, o cônjuge/companheiro (47,5%), seguindo-se cônjuge e filhos (27,5%). Também a maior parte das pessoas referiu ter filhos (83,8).

Quanto à **situação profissional**, a maior parte referiu ter emprego a tempo inteiro (40%) e 38,8% disse estar “reformado”.

Na tabela seguinte encontram-se os dados mais pormenorizados relativamente às variáveis sociodemográficas da amostra.

Tabela 1*Frequências e Percentagens das Variáveis Sociodemográficas (N=80)*

Variáveis		N	%
Gênero	Masculino	26	32,5
	Feminino	54	67,5
Nacionalidade	Portuguesa	79	98,7
	Outro	1	1,3
Habilitações literárias	Até ao 4º ano	37	46,3
	6º ano	1	1,3
	9º ano	17	21,3
	12º ano	14	17,5
	Licenciatura	8	10,0
	Mestrado	3	3,8
Localidade	Covilhã	54	67,5
	Fundão	16	20,0
	Belmonte	8	10,0
	Outro	2	2,5
Estado civil	Solteiro	8	10,0
	Casado	48	60,0
	União de fato	5	6,3
	Divorciado	7	8,8
	Viúvo	12	15,0
Filhos	Sim	67	83,8
	Não	13	16,3
Nº de filhos	1 filho	14	17,5
	2 filhos	43	53,8
	3 filhos	6	7,5
	>3 filhos	2	2,5
	Viver sozinho	Sim	15
Não		65	81,3
Com quem vive	Cônjuge/companheiro	38	47,5
	Cônjuge e filhos	22	27,5
	Pais/sogros	2	2,5
	Outros	3	3,8
	Situação profissional	Estudante	1
Doméstica		8	10,0
Emprego a tempo inteiro		32	40,0
Emprego parcial		2	2,5
Desempregado		6	7,5
Reformado		32	38,8
Faixa etária	20-35 anos	13	16,3
	36-50 anos	14	17,5
	51-65 anos	24	30,0
	>65 anos	29	36,3

2.3.2. Dados clínicos da amostra

No que toca à doença em si, a maioria referiu estar **diagnosticada** há mais de 11 anos, respetivamente 66,9%. Quanto ao **tempo de tratamento**, a maioria referiu estar a ser seguida entre 1 a 10 anos (70.6%).

A maior parte das pessoas mencionou ter **outro problema de saúde crónico** (52,5%), sendo os mais referidos os problemas de coração, ossos, diabetes, tiroide e apneia do sono. Apenas 5 pessoas (6,3%) referiram ter acompanhamento psicológico.

A maioria da amostra referiu ter **familiares com asma** (58,8%). De entre as 33 pessoas que disseram “sim”, 8 pessoas identificaram os filhos, 7 pessoas os pais e 7 pessoas os irmãos.

No que toca à **medicação utilizada**, a maioria usa a bomba (58,8%), 1,3% toma apenas comprimidos e 40% usam a bomba e medicação em simultâneo, verificando-se ainda que 72,5% referiram já ter ido ao **serviço de urgência** devido a um ataque de asma, no entanto 62,5% das pessoas referiram nunca ter ficado **internadas**.

Quanto ao **grau de satisfação em relação à informação que têm da doença e do tratamento**, 90% mostraram-se satisfeitas e muitos satisfeitos, sendo que apenas 1,3% se mostrou muito insatisfeito. Em relação ao **grau de satisfação com os serviços**, 71,3% mostraram-se muito satisfeitas e apenas 1,3% se mostraram insatisfeitos. Já quando questionados acerca da **reação que tiveram quando souberam que tinham asma**, a maior parte das pessoas respondeu que reagiu normalmente e aceitou (70,0%), 13,8% mostraram espanto/tristeza, enquanto 8,8% referiram que não sabiam muito sobre a doença e ainda 7,5% respondeu “medo/preocupação”.

Tabela 2*Frequências e percentagens das variáveis clínicas (N=80)*

Variáveis		N	%
Tempo de diagnóstico	1-5 anos	13	16,3
	6-10 anos	14	17,5
	11-20 anos	27	33,8
	>20 anos	25	31,3
	Omisso	1	
Tempo de seguimento	1-5 anos	27	33,8
	6-10 anos	27	33,8
	11-20 anos	18	22,5
	>20 anos	8	10,0
Outro problema saúde	Sim	42	52,5
	Não	37	46,3
Acompanhamento psicológico	Sim	5	6,3
	Não	75	93,8
Familiar com asma	Sim	33	41,3
	Não	47	58,8
Parentesco	Irmãos	6	7,5
	Pais	7	8,8
	Avós	1	1,3
	Filhos	8	10,0
	Outros	11	13,8
Tipo de medicação	Bomba	47	58,8
	Comprimidos e bomba	33	41,3
Serviço de urgência	Sim	58	72,5
	Não	22	27,5
Internamento	Sim	30	37,5
	Não	50	62,5
Satisfação informação doença/tratamento	Insatisfeito	5	6,3
	Nem satisfeito nem insatisfeito	2	2,5
	Satisfeito	73	91,3
Satisfação Serviços	Insatisfeito	1	1,3
	Nem satisfeito nem insatisfeito	3	3,8
	Satisfeito	76	95,0
Reação Diagnóstico	Normal/aceitação	55	68,8
	Espanto/tristeza	12	15,0
	Não sabia muito sobre a doença/sem reação	7	8,8
	Preocupação/medo	6	7,5

2.4. Instrumentos

Após uma revisão bibliográfica acerca dos melhores instrumentos para avaliar a vulnerabilidade ao stress e a adesão ao tratamento, optou-se pela utilização da escala MAT de Delgado e Lima e em relação à vulnerabilidade ao stress, escolheu-se o questionário de vulnerabilidade ao stress, de Vaz Serra.

2.4.1. Questionário sociodemográfico

Este questionário é formado por perguntas do tipo *likert* e por respostas fechadas e foi desenvolvido especificamente para a população em causa - doentes com asma. É composto por uma série de questões sociodemográficas, como a idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, agregado familiar, situação laboral, profissão atual ou anterior, entre outros. Neste questionário estão também outras questões mais direcionadas para a situação clínica como a saúde e a asma, nomeadamente o tempo de diagnóstico, o tempo de acompanhamento, o tipo de medicação, a existência de algumas doenças crónicas, a satisfação com o tratamento, com o serviço, entre outras.

2.4.2. Medida de adesão ao tratamento (MAT) - (Delgado & Lima, 2001)

Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Delgado e Lima, em 2001, devido à necessidade de uma medida fiável onde a pessoa responde, permitindo então perceber o seu nível de adesão (Delgado & Lima, 2001).

Este instrumento é composto por sete itens que avaliam o comportamento da pessoa em relação ao uso diário dos medicamentos (Carvalho, Dantas, Pelegrino & Corbi, 2010). De acordo com Delgado e Lima (2001), os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Moriky et al. (1986), o item 7 foi adaptado de Shen et al. (1992) e o item 6 foi adaptado de Ramalhinho (1994).

As respostas são obtidas por meio de uma escala ordinal de 6 pontos, variando de sempre a nunca. No final, para se obter o total, são somados os sete itens e divididos pelo número de itens (Carvalho, Dantas, Pelegrino & Corbi, 2010). As médias mais altas indicam uma maior adesão ao tratamento (Boas, Lima & Pace, 2014; Delgado & Lima, 2001).

Os valores 5 e 6 são cotados como 1, correspondente a aderente e os outros como 0, não aderentes, finalizando-se com uma escala dicotómica sim e não, correspondente a aderente e não aderente (Carvalho et al., 2010).

Esta escala apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de cronbach de 0,74 (Boas et al., 2014).

Neste estudo o alfa de cronbach é de 0,71 para um total de 7 itens. O valor de alfa de cronbach encontra-se próximo de 1, indo o valor de 0 a 1, logo pode-se dizer que o

instrumento apresenta uma boa consistência interna (entre 0,7 a 0,9) (Pereira & Patrício, 2013).

Tabela 3

Cálculo da confiabilidade da Medida de Adesão ao tratamento através do alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	N de itens
,714	7

2.4.3. Questionário de vulnerabilidade ao *stress* (23 QVS) (Vaz Serra, 2000)

O questionário de vulnerabilidade ao *stress* foi desenvolvido por Vaz Serra. Tem como objetivo a avaliação da vulnerabilidade ao *stress* em relação ao desenvolvimento de uma psicopatologia (Vaz Serra, 2007). É composto por 23 questões e é constituído por 7 fatores:

1. Perfeccionismo e intolerância à frustração: itens 23, 19, 16, 10, 18 e 5.
2. Inibição e dependência funcional: itens 9, 22, 1, 2 e 12.
3. Carência de apoio social: itens 3 e 6.
4. Condições de vida adversas: itens 4 e 21.
5. Dramatização da existência: itens 20, 5 e 8.
6. Subjugação: itens 14, 11, 13 e 15.
7. De privação de afeto e rejeição: itens 17, 13 e 7.

É uma escala do tipo *likert* que varia em função de cinco classes de resposta: concordo em absoluto, concordo bastante, nem concordo nem discordo, discordo bastante, discordo em absoluto, atribuindo-se uma pontuação de 0 a 4, nos itens 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 20. Já os restantes itens, 2, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 e 23 são cotados de 4 a 0 (concordo em absoluto, concordo bastante, nem concordo nem discordo, discordo bastante e discordo em absoluto). A pontuação mais elevada corresponde aos aspetos mais negativos da descrição do indivíduo e as correlações mais elevadas estão associadas a uma pessoa mais vulnerável, sendo que estas estão associadas a características como a pouca capacidade afirmativa, fraca tolerância à frustração, dificuldade em confrontar e resolver problemas, preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia-a-dia e marcada emocionalidade (Vaz Serra, 2007).

O ponto de corte estabelecido pelo autor é de 43, sendo que uma pessoa que tenha uma pontuação igual ou acima de 43 é considerada como vulnerável ao *stress* e os valores

abaixo de 43 são consideradas pessoas resistentes ao stress. A sensibilidade da escala é de 61,8 %, a especificidade de 70,6% e a eficiência global de 68,5% (Vaz Serra, 2000).

Tabela 4

Cálculo da confiabilidade do Questionário de vulnerabilidade ao stress através do alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,813	,819	23

Quanto à confiabilidade da escala, o alfa de cronbah é de 0,813 para um total de 23 itens. O valor de alfa de cronbach encontra-se próximo de 1, indo o valor de 0 a 1, logo pode-se dizer que o instrumento apresenta uma boa fiabilidade e consistência interna (entre 0,7 a 0,9 (Pereira & Patrício, 2013).

2.5. Procedimentos de recolha de dados

2.5.1. Aspetos éticos

Os aspetos éticos e deontológicos foram assegurados ao longo de todo o estudo, seguindo o código ético e deontológico preconizado para a Investigação da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Inicialmente efetuou-se uma revisão bibliográfica para criar as hipóteses, os objetivos e delinear o estudo e toda a metodologia utilizado no mesmo. Depois disso, e sabendo que a amostra seria recolhida com adultos, efetuou-se um pedido à Comissão de Ética. para a realização do estudo no Centro Hospitalar da Cova da Beira, na Covilhã, tendo sido autorizado.

Após obtenção da autorização pela Comissão de Ética iniciou-se a recolha. Todas as pessoas que participaram no estudo receberam uma breve explicação sobre o estudo e também um documento que teria que ser assinado pela pessoa, de forma a assegurar a **participação informada**. A **confidencialidade** foi assegurada atribuindo um código a cada pessoa, de modo a não existir um conhecimento por parte de outrem e foi explicado que poderiam desistir do estudo no momento em que quisessem sem isso prejudicar o seu tratamento, dando-se assim a informação quanto à **participação voluntária**. Por último, o **consentimento informado** foi assegurado através do documento descrito anteriormente, em que era também explicado oralmente o estudo, a metodologia utilizada, os objetivos e o respetivo contacto do investigador.

2.5.2. Recolha de dados

A recolha de dados para a investigação decorreu entre os meses de **Abril e Junho de 2017**. Os sujeitos foram escolhidos através da técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Primeiramente falou-se com a Diretora do Serviço de Pneumologia que deu a informação sobre os dias de consulta e das respetivas médicas que estariam em cada dia. Após isso, foi explicado a cada uma dessas médicas o objetivo do estudo e pedida ajuda na seleção das pessoas com asma, uma vez que na Unidade de Pneumologia existem outras doenças, como a DPOC, rinite alérgica e apneia do sono. No contacto com as pessoas, era explicado todo o processo e pedido que assinassem o consentimento informado antes de responderem aos respetivos questionários. Depois disso, foi feita a avaliação individualmente, sempre na presença da investigadora, ressaltando sempre que estaria ali para o esclarecimento de qualquer dúvida ou de qualquer questão que não entendessem.

2.6. Tratamento estatístico dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao **SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences (versão 23.0). A base de dados foi criada de raiz, onde se procedeu à passagem de todas as variáveis de cada um dos questionários utilizados para este programa.

É importante referir, em primeiro lugar, que como **valor de significância**, isto é, o limite que torna como base até para afirmar que um certo desvio é decorrente do acaso, irá ser usado o **valor de 0,05**, sendo aceites valores de 0,05 e 0,01,

Posto isto, procedeu-se então à análise da **confiabilidade** para cada escala através do **Alpha de Cronbach**. Posteriormente foi feita a **análise descritiva** para todas as variáveis, como as frequências, a média e a mediana (Pereira & Patrício, 2013).

Depois foi feita a **análise da normalidade** para todas as variáveis do estudo. Este teste da normalidade foi feito através do **teste de Kolmogorov-Smirnov** - Teste K-S, que é um teste não paramétrico sobre a igualdade de distribuição de probabilidades contínuas e unidimensionais e é utilizado quando as amostras são grandes e neste caso é de 80. Neste teste se o valor de p for menor que 0,05, os dados não seguem a distribuição normal e aí usam-se testes não paramétricos, se o valor de p for maior que 0,05, os dados possuem distribuição normal e aí poderá utilizar-se testes paramétricos (Pereira & Patrício, 2013).

Após determinar-se a normalidade das variáveis, procedeu-se à respetiva análise dos dados, recorrendo-se a **testes paramétricos e não paramétricos**. Para verificar o **nível de associação** nas variáveis com **distribuição normal** usou-se um teste paramétrico, o **coeficiente de Pearson**. Já para medir a associação entre variáveis que **não possuem distribuição normal**, utilizou-se o **coeficiente de Spearman**. Já para a verificação das **comparações entre médias entre grupos**, utilizaram-se testes paramétricos e não paramétricos também. Utilizou-se o **teste de Kruskal-Wallis** e o **teste de Mann-Whitney** quando as variáveis **não apresentavam distribuição normal**, o primeiro para mais de 2 amostras e o segundo para 2 amostras. Já os testes paramétricos usados para comparação de

médias nas variáveis que seguem **distribuição normal** foram o teste t quando se tratar de 2 grupos ou o teste de análises univariadas (**ANOVA**) quando se tratar de mais de 2 grupos (Pereira & Patrício, 2013).

Após esta análise procedeu-se à realização de uma discussão com base na revisão da literatura e foi realizada uma conclusão, assim como as implicações e limitações deste estudo.

Capítulo III -Apresentação dos Resultados

Neste capítulo é feita a análise estatística, tendo em conta os objetivos propostos no capítulo anterior.

Para se escolhermos testes que se vão utilizar temde se verificar a normalidade das variáveis e esse procedimento foi feito através do teste de *kolmogorov-smirnov*. De acordo com este teste, se o valor de KS for superior a **0,05**, a amostra é considerada normal e aí poderão utilizar-se testes paramétricos, já se o valor de KS for inferior a **0,05**, a amostra não se considera normativa, tendo que se recorrer a testes não paramétricos.

3.1. Verificação da normalidade das escalas e estatística descritiva

Tabela 5

Testes de normalidade para a MAT e 23_QVS

Escalas	Kolmogorov-smirnov		Shapiro-wilk	
	Estatística	P	Estatística	P
MAT	,151	,000	,895	,000
23_QVS	,087	,200	,968	,041

Tendo em conta a tabela 5, no que diz respeito à **MAT**, o valor obtido no teste de Kolmogorov-Smirnov (amostra superior a 30) é de 0,000, o que nos faz rejeitar a hipótese de normalidade e por isso terá que se utilizar testes não paramétricos para a análise inferencial. Já para o **23_QVS**, o valor de p é de 0,200, o que nos faz aceitar h_0 , isto é, esta variável segue uma distribuição normal, podendo por isso usar-se testes paramétricos.

Tabela 6

Estatística descritiva dos resultados da MAT e 23-QVS (média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo e percentis)

	MAT	23-QVS
N	80	80
Média	5,36	34,63
Mediana	5,57	32
Erro desvio	,59	14,03
Mínimo	3,14	11
Máximo	6	68
Percentis		
25	5	25
	5,57	32
50		44,75
75	5,86	

Pode verificar-se, através da tabela anterior que, referente à **MAT**, a média é de 5,36 (DP=4,161), oscilando entre 3,14 e os 6 valores. Assim neste estudo, em média, existe adesão ao tratamento, pois valores de 5 e 6 são considerados como valores de adesão ao tratamento. Já a média do **23_QVS** é de 34,625 (DP= 14,031), sendo que os valores oscilaram entre 11 e 68, podendo referir-se que a população do estudo, em média, não tem vulnerabilidade ao stress, pois o ponto médio de vulnerabilidade ao stress é de 43 e a média é abaixo deste valor.

Desta forma, para que se possa perceber os níveis de vulnerabilidade ao stress e de adesão ao tratamento, segue-se a codificação dos valores obtidos na escala de vulnerabilidade ao stress em 2 grupos: vulneráveis ao stress e não vulneráveis ao stress, sendo que valores iguais ou inferiores a 43 são considerados como não vulneráveis ao stress e valores acima de 43, são considerados como vulneráveis ao stress.

O mesmo foi feito em relação à **MAT**, tendo-se codificado em aderente e não aderente ao tratamento. Os valores 5 e 6 são considerados como aderentes e valores abaixo de 5 como não aderentes.

Tabela 7

Frequência e percentagens das respostas obtidas no 23_QVS - pontos de corte

Vulnerabilidade ao stress	N	%
Vulnerável ao stress	21	26,3
Não vulnerável ao stress	59	73,8

Tendo em conta a tabela pode verificar-se que existe um maior número de pessoas com um resultado total igual ou inferior a 43, o que nos diz que nesta amostra a população é mais resistente ao stress (73,8%), face aos que são vulneráveis ao stress (26,3%).

Tabela 8

Frequência e percentagens das respostas obtidas na MAT - pontos de corte

Adesão ao tratamento	N	%
Não aderente	18	22,5
Aderente	62	77,5

Já referente à tabela de níveis de adesão, podemos verificar que nesta amostra existem mais pessoas a aderir ao tratamento, do que aqueles que não aderem, sendo uma percentagem de 77,5% de aderentes.

3.2. Comparação das médias entre as escalas e as variáveis sociodemográficas

3.2.1. Comparação dos dados sociodemográficos com a Adesão ao Tratamento

De seguida irá proceder-se à análise das médias entre grupos para as **variáveis sociodemográficas**. Para a comparação das médias entre a escala **MAT** e as restantes variáveis, usar-se-ão testes não paramétricos pois a escala **MAT** não cumpriu os critérios de normalidade. Assim, para verificar as médias entre uma variável que apresente duas categorias, usar-se-á o teste de **Mann-Whitney** e para verificar as médias entre uma variável com mais de duas categorias, usar-se-á o teste de **Kruskall-Wallis** (Pereira & Patrício, 2013).

Relativamente às diferenças quanto ao **género** não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($Z = -,756$; $p = ,450$). Contudo, a média do sexo feminino foi de $M = 41,85$, comparativamente com $M = 37,69$, nos homens, pelo que em média as mulheres aderem mais ao tratamento do que os homens.

Tabela 9

Análise das diferenças na escala MAT com o género - teste de Mann-Whitney

	Género	N	Média das categorias	Z	p.
MAT	Masculino	26	37,69	-,756	,450
	Feminino	54	41,85		

Quanto à **faixa etária**, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, no entanto o valor de prova está próximo do valor de significância ($\chi^2 (3) = 7,529$; $p = 0,057$),

sendo que as pessoas com mais de 65 anos foram aquelas que pontuaram mais elevado (M=45,50).

Tabela 10

Análise das diferenças na escala MAT com a faixa etária - teste de Kruskal-Wallis

	Faixa etária	N	Média das categorias	$\chi^2(df)$	p.
MAT	Dos 20 - 35	13	24,85	7,529 (3)	0,057
	Dos 35 - 50	14	42,25		
	Dos 51 - 65	24	41,92		
	>65 anos	29	45,50		

No que se refere às **habilitações literárias**, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2(3)=10,604$; $p=0,014$). Desta forma, pode-se dizer que as pessoas com habilitações literárias até ao 4º ano são aquelas que mais aderem ao tratamento (M=48,69).

Tabela 11

Análise das diferenças na escala MAT com as habilitações literárias - teste de Kruskal-Wallis

	Habilitações literárias	N	Média das categorias	$\chi^2(df)$	p.
MAT	Até 4º ano	37	48,69	10,604 (3)	,014
	Até 9º ano	18	34,75		
	12º ano	14	38,04		
	Licenciatura	11	25,50		

Em relação ao **estado civil** não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2(2)=,766$; $p=0,682$), no entanto os casados foram os que em média pontuaram mais elevado (M=44,29).

Tabela 12

Análise das diferenças na escala MAT com o estado civil- teste de Kruskal-Wallis

	Estado civil	N	Média	$\chi^2(df)$	p.
MAT	Solteiro/divorciado	15	37,03	,766 (2)	,682
	Casado/união de facto	53	42,10		
	Viúvo	12	37,75		

Já em relação à **situação profissional**, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2(2)=3,286$; $p=,193$), contudo os reformados foram os que pontuaram mais elevado (M=45,81).

Tabela 13

Análise das diferenças na escala MAT com a situação profissional- teste de Kruskal-Wallis

	Situação profissional	N	Média	$\chi^2(df)$	p.
MAT	Estudante/Doméstico/Desempregado	15	41,00	3,286	,193

			(2)
Emprego a tempo inteiro/parcial	34	35,44	
Reformado	31	45,81	

3.2.2. Comparação dos dados sociodemográficos com a Vulnerabilidade ao Stress

Verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas na variável género ($t(78) = -0,580$; $p = 0,563$) sendo que as médias dos dois grupos são muito idênticas ($X = 33,308$ para o sexo masculino e $X = 35,259$ para o sexo feminino).

Tabela 14
Análise das diferenças o 23_QVS e o género - teste t-student

	Género	N	Média	Desvio padrão	t (df)	p.
23_QVS	Masculino	26	33,308	11,167	-,580 (78)	0,563
	Feminino	54	35,259	15,277		

Quanto à **faixa etária** não existiram diferenças estatisticamente significativas ($Z(3) = 1,182$; $p = 0,322$), contudo as pessoas na faixa etária dos 20 aos 35 anos foram aquelas que em média apresentaram mais vulnerabilidade ao stress ($M = 41,154$).

Tabela 15
Análise das diferenças o 23_QVS com a faixa etária - ANOVA

	Faixa etária	N	Média das categorias	Desvio padrão	Z(df)	p.
23- QVS	Dos 20 - 35	13	41,154	15,614	1,182 (3)	0,322
	Dos 36 -50	14	33,500	12,720		
	Dos 51 -65	24	34,167	14,086		
	>65 anos	29	32,621	13,715		

Face às **habilitações literárias** também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(3) = 0,580$; $p = 0,630$), no entanto verificou-se que as pessoas que disseram ter o 12º ano foram aquelas que mais pontuaram ($M = 38,643$).

Tabela 16
Análise das diferenças o 23_QVS e as habilitações literárias- ANOVA

	Habilitações literárias	N	Média	Desvio padrão	Z (df)	p.
23-QVS	Até 4º ano	37	33,703	14,341	0,580 (3)	0,630
	Até 9º ano	18	35,111	12,242		
	12º ano	14	38,643	14,521		
	Licenciatura	11	31,818	15,848		

Quanto ao **estado civil**, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($Z(2) = 2,015$; $p = 0,140$), no entanto os divorciados foram aqueles que pontuaram mais elevado ($M = 39,933$).

Tabela 17*Análise das diferenças no 23_QVS e o estado civil - ANOVA*

	Estado Civil	N	Média	Desvio padrão	Z (df)	P.
23-QVS	Solteiro/divorciado	15	39,933	13,625	2,015 (2)	,140
	Casado/união de facto	53	34,339	14,022		
	Viúvo	12	29,250	13,336		

Em relação à **situação profissional**, também não se identificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(2)=1,574$; $p=0,214$), no entanto o grupo dos estudantes/ domésticos ou desempregados foram aqueles que pontuaram mais alto ($M=40,200$).

Tabela 18*Análise das diferenças do 23_QVS e a situação profissional - ANOVA*

	Situação profissional	N	Média	Desvio padrão	F(df)	P.
23-QVS	Estudante/doméstico/desempregado	15	40,200	18,808	1,574(2)	0,214
	Empregotemponeiro/parcial	34	34,059	11,238		
	Reformado	31	32,549	13,930		

3.3. Comparação dos dados das médias entre as escalas e as variáveis clínicas

3.3.1. Comparação dos dados clínicos com a Adesão ao Tratamento

Os dados obtidos referem que as pessoas que têm o **diagnóstico** há mais de 20 anos são aquelas que mais aderem ao tratamento ($M=43,66$), embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2(3) = 1,384$; $p=0,709$). O mesmo acontece em relação ao **tempo de seguimento**, que apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2(3) = 1,911$; $p=0,591$) foram aquelas que mais pontuaram na Adesão ao Tratamento.

Tabela 19

Análise das diferenças entre a escala MAT e o tempo de diagnóstico e seguimento - teste de Kruskal-Wallis

	Tempo de diagnóstico	N	Média das categorias	χ^2 (df)	p.
MAT	1-5 anos	13	38,19	1,384 (3)	0,709
	6-10 anos	14	35,07		
	11-20 anos	27	40,04		
	>20 anos	25	43,66		
	Tempo de seguimento	N	Média das categorias	χ^2 (df)	p.
MAT	1-5 anos	27	43,00	1,911 (3)	0,591
	6-10 anos	27	35,52		
	11-20 anos	18	42,81		
	>20 anos	8	43,69		

Relativamente à existência de outro problema de saúde crónica verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($Z=-2,045$; $p= 0,041$). Isto é, os doentes que têm outros problemas de saúde aderem mais ao tratamento prescrito ($M=44,92$).

Tabela 20

Análise das diferenças entre a escala MAT e ter outro problema de saúde - teste de Mann-Whitney

	Outro problema de saúde	N	Média	Z	p.
MAT	Sim	42	44,92	-2,045	,041
	Não	37	34,42		

Quanto ao tipo de medicação também se verificaram diferenças estatisticamente significativas face à adesão ao tratamento ($Z=-2,832$; $p=,005$), nomeadamente as pessoas que utilizam comprimidos e bomba são as que aderem mais ao tratamento ($M=49,21$).

Tabela 21

Análise das diferenças entre a escala MAT e o tipo de medicação - teste de Mann-Whitney

	Tipo de medicação	N	Média	Z	p.
MAT	Bomba	47	34,38	-2,832	,005
	Comprimidos e bomba	33	49,21		

Não se verificaram diferenças significativas na adesão ao tratamento e já ter recorrido ao serviço de urgência ($Z=-,516$; $p=0,606$) e ter estado internado ($Z=-,245$; $p=0,806$) na sequência de complicações provocadas pela doença.

Tabela 22

Análise das diferenças entre a escala MAT e o serviço de urgência e internamento - teste de Mann-Whitney

	Serviço de urgência	N	Média	Z	p.
MAT	Sim	58	39,68	-,516	0,606
	Não	22	42,66		
	Serviço de internamento	N	Média		p.
MAT	Sim	30	41,32	-,245	,806
	Não	50	40,01		

Quanto à **reação perante o diagnóstico**, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2(3) = 2,157$; $p = 0,540$), no entanto, aqueles que reagiram com espanto/tristeza, foram aqueles que apresentaram uma maior adesão ao tratamento ($M = 47,88$).

Tabela 23

Análise das diferenças entre a escala MAT e a reação perante o diagnóstico - teste de Kruskal-Wallis

	Reação perante o diagnóstico	N	Média	$\chi^2(df)$	p.
MAT	Normal/aceitação	55	38,83	2,157 (3)	0,540
	Espanto/tristeza	12	47,88		
	Não sabia muito sobre a doença	7	32,36		
	Preocupação/medo	6	41,42		

3.3.5. Comparação dos dados clínicos com a Vulnerabilidade ao Stress

Iremos agora proceder à análise das diferenças entre a escala QVS-23 e as variáveis clínicas.

Quanto à variável **tempo de diagnóstico**, não se verificaram resultados estatisticamente significativos ($F(3) = 0,402$; $p = 0,752$) nem mesmo diferenças significativas nas médias de cada um dos grupos, sendo estes muito idênticos. Já quanto ao **tempo de seguimento**, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(3) = 1,384$; $p = 0,254$).

Tabela 24

Análise das diferenças na o 23_QVS e o tempo de diagnóstico e de seguimento - teste ANOVA

	Tempo de diagnóstico	N	Média	Desvio padrão	F(df)	p.
23_QVS	1-5 anos	13	30,769	10,434	0,402 (3)	0,752
	6-10 anos	14	34,786	12,801		
	11-20 anos	27	36,000	13,525		
	>20 anos	25	34,840	17,182		
	Tempo de seguimento					

23-QVS	1-5 anos	27	35,556	15,189	1,384 (3)	0,254
	6-10 anos	27	31,367	11,442		
	11-20 anos	18	39,444	15,336		
	>20 anos	8	30,625	13,866		

Quanto à existência de **outro problema de saúde crônica** também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(77)=0,647$; $p=0,520$). Assim a existência de outro problema de saúde para além da asma, não parece provocar maior vulnerabilidade ao stress.

Tabela 25

Análise das diferenças na o 23_QVS e outro problema de saúde - teste t-student

	Outro problema de saúde	N	Média	Desvio padrão	t(df)	p.
23_QVS	Sim	42	35,524	14,390	0,647 (77)	0,520
	Não	37	33,459	13,894		

O mesmo resultado foi obtido em relação ao **tipo de medicação**. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(78)=0,899$; $p=0,371$). No entanto as pessoas que usam bomba foram as que em média mais pontuaram na vulnerabilidade ao stress ($M=35,809$).

Tabela 26

Análise das diferenças na o 23_QVS e tipo de medicação - teste t-student

	Tipo de medicação	N	Média	Desvio padrão	t(df)	p.
23_QVS	Bomba	47	35,809	14,467	0,899 (78)	,371
	Comprimidos e bomba	33	32,939	13,423		

Não se verificaram diferenças significativas na vulnerabilidade ao stress e já ter recorrido ao **serviço de urgência** e ter estado **internado** na sequência de complicações provocadas pela doença.

Tabela 27

Análise das diferenças na o 23_QVS e o serviço de urgência e internamento - teste t-student

	Serviço de urgência	N	Média das categorias	Desvio padrão	t(df)	p.
23_QVS	Sim	58	35,689	14,355	1,103 (78)	,273
	Não	22	31,818	13,033		
	Serviço de internamento			Desvio padrão	F (df)	p.
23_QVS	Sim	30	34,800	16,794	0,086 (78)	0,932
	Não	50	34,520	12,266		

Quanto à **reação perante o diagnóstico**, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(3) = 1,575$; $p=0,202$). Contudo, é possível verificar que sentimentos de tristeza e espanto face ao diagnóstico foram as que pontuaram mais elevado na vulnerabilidade ao stress ($M=41$).

Tabela 28*Análise das diferenças no 23_QVS e a reação perante o diagnóstico - ANOVA*

	Reação perante o diagnóstico		Médias das categorias	Desvio padrão	F (df)	p.
23_QVS	Normal/aceitação	55	33,727	13,370	1,575 (3)	0,202
	Espanto/tristeza	12	41,000	15,339		
	Não sabia muito sobre a doença/sem reação	7	37,143	12,889		
	Preocupação/medo	6	27,167	16,762		

3.4. Relação entre as escalas

3.4.1. Relação entre a Adesão ao Tratamento e a Vulnerabilidade ao stress

Relativamente à relação entre a vulnerabilidade ao stress e a adesão ao tratamento, comprovou-se, através do coeficiente de Spearman, que não existem diferenças entre as variáveis ($R=-,170=,132$). Deste modo, pode concluir-se que o facto de existir vulnerabilidade ao stress não interfere no nível de adesão ao tratamento.

Tabela 29*Correlação entre a Adesão ao tratamento e a Vulnerabilidade ao stress*

Variáveis	R	p.
MAT	1,000	,132
23_QVS	-,170	,132

4 -Discussão dos Resultados

Após analisada toda a informação recolhida passamos a discutir as principais conclusões obtidas, tendo em conta a revisão da literatura efetuada, de forma a perceber se os resultados poderão ser ou não corroborados com a informação que se encontra na literatura.

Esta investigação contém uma amostra de 80 pessoas, maioritariamente com idade acima dos 50 anos e do sexo feminino, existindo um grande número com idade superior a 65 anos (36,3%). Esta constituição é consistente com o que refere a literatura, que diz que as doenças crónicas estão associadas ao envelhecimento da população (Veras, 2015; Goulart, 2011) e que têm vindo a crescer devido à esperança média de vida aumentada, que segundo estimativas, no futuro poderá chegar aos 19% (Goulart, 2011). De acordo com Sundberg e colaboradores (2010), a asma na infância é mais comum no sexo masculino, no entanto com o aumentar da idade essa maior incidência passa para as mulheres. Os resultados obtidos nesta amostra vão ao encontro com os dados referentes na literatura.

O diagnóstico de asma é algo difícil pois pressupõe que se conheça a história clínica do paciente e se façam um conjunto de exames (Freitas et al., 2015) e apesar da literatura referir que a maior parte dos diagnósticos são feitos na infância (Jafer et al., 1991), nesta amostra os resultados são diferentes, correspondendo a maior percentagem de respostas ao tempo de diagnóstico de 11 a 20 anos, seguindo-se de 6 a 10 anos com 33,8% e depois com 31,3% há mais de 20 anos. Deste modo, pode ver-se que apenas 31,3% da amostra respondeu ter recebido o diagnóstico de asma há mais de 20 anos. Contudo, alguma literatura defende que a asma muitas vezes tende a aparecer depois dos 50 ou 60 anos (Asthma and Allergy Foundation of America, 2015), sendo neste caso o que apontam os resultados da nossa investigação. A maioria dos respondentes têm idade superior a 65 anos, sendo normal que com esta idade apresentem mais problemas de saúde, o que de certa forma também prejudica o diagnóstico e tratamento da asma (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, s.d.). Além disso, a asma encontra-se frequentemente associada a outros problemas de saúde e especialmente respiratórios, estimando-se que 60% tenha rinite alérgica associada (MSD, s.d). Isso é visível nestes doentes, uma vez que mais de metade da amostra respondeu ter outros problemas de saúde crónicos.

Quando se fala em asma, existem vários fatores de risco que potenciam ocorrência de crises, sendo o fator psicológico um dos que exerce maior impacto (Vig, Forsythe & Vliagoftis, 2006; Alvimet al., 2008; DGS, 2007), contudo, nesta amostra apenas 5 pessoas referiram ter apoio psicológico, o que pode estar relacionado com o desconhecimento que ainda existe por parte das pessoas sobre a intervenção do psicólogo nas doenças físicas.

Nesta investigação, 58 pessoas referiram já ter ido ao serviço de urgência devido a crises de asma, no entanto, menos de metade da amostra referiu internamento. Este aspeto pode dever-se a vários fatores de risco a que as pessoas se expõem que levam à

exacerbação dos sintomas mas que na sua maioria podem ser reversíveis espontaneamente ou com tratamento (Scala, Naspitz & Solé, 2004; Centers for Disease Control and Prevention, s.d; DGS, s.d.), não necessitando de internamento, pois o tratamento pode ser feito através do recurso a medicamentos de alívio de curto prazo (Red Alergia & Asma, 2011) ou medicamentos usados nas situações de emergência, administrados depois do médico avaliar a situação (Ayres, 1997).

Tendo em conta o nosso objetivo geral, que dizia respeito à avaliação da **vulnerabilidade ao stress** e **adesão ao tratamento** em pessoas com asma, constatou-se que nesta amostra existe, uma percentagem de 77,5% de doentes que adere ao tratamento, comparativamente com 22,5%, que não aderem. Estes resultados divergem da maioria da literatura que refere que apenas 50% das pessoas adere ao tratamento e às recomendações fornecidas (Baiardini et al., 2006; Santos et al., 2008) e que as médias de adesão na asma, comparativamente com outras doenças, são muito baixas (Lima, Silva, Nóbrega & Naves, 2013), podendo chegar aos 60% nos adultos (Nunes, 2002). Este alto nível de adesão pode dever-se à média da idade nesta amostra, uma vez que, segundo a literatura, os pacientes asmáticos adolescentes, são aqueles que menos aderem ao tratamento (European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations, s.d). Além disto, de acordo com a literatura, a adesão ao tratamento está dependente de uma série de fatores, como a relação com a equipa de saúde (WHO, 2003) e a educação face à doença (e.g. informação dada em relação à doença e ao tratamento e os serviços prestados) (Heaney & Robinson, 2005). Em relação a estes aspetos, 73 pessoas responderam estar "satisfeitas" ou "muitas satisfeitas" com o grau de satisfação em relação à informação acerca da doença e do tratamento e apenas 4 pessoas referiram insatisfação. Em relação ao grau de satisfação com o serviço, apenas uma pessoa se mostrou insatisfeita, o que poderá explicar o nível de adesão apresentado por estes doentes (1,3%). Um outro fator que está dependente da adesão são as crenças que cada um tem acerca da doença e tratamento, como não acreditar no diagnóstico ou a não-aceitação da doença (WHO, 2003). Nesta amostra, a maior parte das pessoas reagiu normalmente e aceitou o diagnóstico e apenas 11 doentes responderam que quando tiveram conhecimento sobre o diagnóstico sentiram espanto e tristeza (13,8%) e 7,5% medo e preocupação, sendo esse um fator que também pode explicar a adesão ou não ao tratamento. Estes aspetos, podem também ajudar a perceber, o facto de apenas 26,3% das pessoas referir ser vulnerável ao stress, o que também contraria a maioria da literatura acerca deste tema, que refere valores muito mais elevados. Segundo Rietveld, Everaerd & Creer (2000) uma pessoa com asma apresenta uma maior vulnerabilidade à preocupação, ansiedade, pânico e depressão. No mesmo sentido, um estudo de Vig e colaboradores (2006) refere que 20 a 35% das pessoas que têm asma experimentam crises durante os períodos em que estão a vivenciar stress (Vig, Forsythe & Vliagoftis, 2006). Atendendo que a asma se trata de uma doença crónica, há uma série de estímulos que podem desencadear uma resposta de stress (Wright, Rodriguez & Cohen, 1998) existindo, contudo, uma maior evidência da influência dos fatores psicossociais nas crises de asma e na

progressão da doença (Silva, 2012), aumentando até duas vezes mais o risco de desenvolvimento de ansiedade e transtornos depressivos (Rosenkranz, Busse, Sheridan, GinaCrisafi & Davidson (2012). Num estudo efetuado por Cunha (2012) com asmáticos, evidenciaram-se maiores níveis de ansiedade neste grupo, tanto em relação à ansiedade-traço como em relação à ansiedade-estado. Já num outro estudo efetuado por Brandão e Pinheiro (s.d) com asmáticos para avaliar os níveis de stress, percebeu-se que os níveis de stress são elevados neste grupo, apresentando uma série de sintomas físicos, mas também psicológicos, como a irritabilidade excessiva e a vontade de fugir. Estes resultados não se verificaram nesta amostra, o que voltamos a referir, pode estar relacionado por um lado com o facto das pessoas apresentarem altos níveis de adesão ao tratamento e por outro lado devido aos altos níveis de satisfação em relação à informação disponível acerca da doença, do tratamento e com o serviço prestado.

Adesão ao Tratamento, Vulnerabilidade ao Stress e Variáveis Sociodemográficas

No que se refere aos objetivos específicos propostos para a investigação, pretendia-se comparar a adesão ao tratamento e a vulnerabilidade ao *stress* com o **género**. Os resultados mencionados na literatura não são consensuais, com alguns autores que referem que ser do sexo masculino é um fator que contribui para a não adesão (Reiners, Azevedo, Vieira & Arruda, 2008), enquanto outros estudos dizem que o sexo masculino é aquele que mais adere ao tratamento (Chatkin et al., 2006; Santos et al., 2008; Tavares et al., 2016; William et al., 2007). Neste estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, contudo constatou-se que em média as mulheres aderem mais ao tratamento que os homens, respetivamente 41,85 e 37,69. Este resultado pode estar relacionado com o facto de mais de metade da amostra ser constituída por mulheres (67,5%), comparativamente com os homens (32,5%) e com a atitude mais positiva das mulheres quanto à medicação e conseqüentemente a um maior uso de medicamentos e maior adesão (Remoni, Cabrera & Souza, 2014; Sundberget al., 2010). Comparativamente com a vulnerabilidade ao stress, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, denotando-se que a média dos grupos é semelhante, no entanto, num estudo transversal com 78 pacientes asmáticos verificou-se que a ansiedade e as insónias são mais comuns entre as mulheres com asma do que nos homens (Vieira, Santoro, Dracoulakis, Caetano & Fernandes, 2011), o que mais uma vez não se verificou neste estudo.

Quanto à **faixa etária**, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos grupos etários, contudo, perante os resultados, verificou-se que as pessoas com mais de 65 anos, são as que mais aderem ao tratamento e as que pertencem à faixa etária entre 20 a 35 anos, as que aderem menos ao tratamento. Estes resultados vão de encontro com o que diz a literatura, pois a idade é um preditor significativo de adesão, sendo que os idosos estão mais propensos a aderir ao tratamento (Jessop & Rutter, 2010; William et al., 2007). A população adolescente é a que adere menos ao tratamento devido a uma série de fatores,

como o esquecimento, negação, constrangimento, inconveniência, medo de efeitos colaterais, falta de eficácia dos medicamentos e preguiça (Le& Simon, 2006). Contudo, outros estudos referem resultados contraditórios, verificando que o tratamento para várias doenças crónicas em simultâneo pode levar à não adesão por parte dos idosos, assim como o comprometimento cognitivo e incapacidade funcional em atividades instrumentais da vida diária (Tavares et al., 2013). Também nestes pacientes existem muitas dificuldades ao nível da memória, que muitas vezes são dificultados pela existência de quadros demenciais (WHO, 2003). Relativamente à Vulnerabilidade ao Stress, embora também não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas, a faixa etária dos 20 aos 35 anos é aquela que apresenta mais stress e aquela que apresenta menor stress é a faixa etária de pessoas com mais de 65 anos.

Quanto às **habilitações literárias**, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, sendo as pessoas com o 4º ano de escolaridade aquelas que mais aderem ao tratamento. Estes valores não vão de encontro com o que diz a literatura, uma vez que segundo a WHO (2003) fatores para a não adesão ao tratamento podem estar relacionados com o analfabetismo, baixa educação e crenças leigas sobre doença e tratamento. De acordo com Federmane colaboradores (2013), pacientes com asma que tenham baixa escolaridade apresentam níveis mais baixos de adesão e controlo da sua doença, uma vez que este aspeto parece afetar a capacidade de aceder a informações. Os resultados obtidos neste estudo podem ser explicados, pelo facto de apesar das pessoas terem menores níveis de literacia, apresentarem níveis elevados de confiança na equipa médica e nas informações transmitidas por estes. Como já referimos, os doentes desta amostra referem altos níveis de satisfação em relação à informação disponível acerca da doença, do tratamento e com o serviço prestado. Quanto à vulnerabilidade ao stress, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nesta amostra, apesar de alguns autores referirem que um nível baixo de literacia está associado a mais stress, pois estas pessoas lidam pior com as mudanças na vida e apresentam mais dificuldades ao nível da informação sobre medicação (OntariaPublicHealthAssociation (OPHA), 1990 cit in., Vaz Serra (2005).

Também seria de esperar que existissem diferenças estatisticamente significativas em relação à vulnerabilidade ao stress e adesão ao tratamento em função do **estado civil** pois a literatura refere como fatores de baixa adesão ao tratamento a falta de apoio social (Baiardini et al., 2006; WHO, 2003) e a falta de apoio familiar (Reiners, Azevedo, Vieira & Arruda, 2008). Contudo, isso não se verifica na nossa amostra, talvez pelo facto de a maior parte serem pessoas casadas (60%). Isto vai ao encontro do estudo de Cintra, Guariento e Miyasaki (2010), que concluiu que, numa amostra de idosos, a adesão era maior em pessoas que moravam acompanhadas (família ou outros), cerca de 91,1%, sendo que os idosos que moravam sozinhos apresentavam 3 vezes mais hipóteses de não aderir ao tratamento. Também, num outro estudo realizado por Monterroso, Joaquim e Sá (2015) verificou-se que as pessoas que vivem sozinhas são as que apresentam menor adesão ao tratamento. No que toca à vulnerabilidade ao stress, num estudo realizado por Brandão (2016), verificou-se que o

apoio social desempenha um papel importante na qualidade de vida da pessoa no que diz respeito à percepção do stress. No mesmo sentido, um estudo desenvolvido por Amaral (2008), concluiu que quando uma pessoa tem sentimentos de rejeição, privação de afeto e baixo apoio social, leva a alterações significativas no que consta a episódios de *stress*, contudo neste estudo tal não se verificou.

Já quanto à **situação profissional** também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. De acordo com a WHO (2003), um dos fatores de não adesão ao tratamento são os fatores socioeconómicos, devido ao elevado custo com a medicação e transporte para os locais de tratamentos. Desse modo, seria de esperar que existissem diferenças entre os reformados e aqueles que trabalham a tempo parcial ou a tempo inteiro, no entanto, tal não se observou, talvez porque existem poucos indivíduos a trabalhar a tempo parcial (2,5%) e a maior parte da amostra é constituída por pessoas que trabalham a tempo inteiro (40%) e reformados (38,8%), sendo estes últimos os que aderem mais ao tratamento na amostra. Também em relação à vulnerabilidade ao stress tal não se verificou. Segundo a literatura, a prevalência do stress é maior em pessoas sem atividade profissional (reformados, estudantes ou domésticos (Santos et al., 2015), sendo que as pessoas que possuem poucos recursos estão mais predispostas a sofrer perdas, têm menos acesso a apoios sociais e procuram menos apoios (Vaz Serra, 2005).

Adesão ao Tratamento, Vulnerabilidade ao Stress e Variáveis Clínicas

Já no que diz respeito às **variáveis clínicas**, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas com a vulnerabilidade ao stress. Estes resultados podem estar relacionados com o facto da maioria das pessoas da amostra ter recebido o diagnóstico há vários anos o que pode ter contribuído para aumentar a capacidade de habituação que ocorre ao longo do tempo da doença e consequente desvalorização de alguns sintomas. Outro fator pode estar relacionado com os altos níveis de adesão desta amostra, o que pode contribuir para aumentar a crença de que os sintomas na sua maioria podem ser reversíveis espontaneamente (Scala et al., 2004) ou com medicamentos usados nas situações de emergência, administrados depois do médico avaliar a situação (Ayres, 1997).

Contudo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com a existência de outro problema de saúde crónico e com o tipo de medicação referente à adesão ao tratamento.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com o facto de ter outro **problema de saúde crónico** associado, sendo que quem tem outros problemas de saúde na amostra apresenta um maior nível de adesão ao tratamento. Este resultado contraria várias investigações que referem que em doentes idosos, a cronicidade da doença associada a outras comorbilidades torna difícil as estratégias de tratamento e consequentemente a dificuldade de adesão (Gusmão et al., 2009), muitas vezes associada com a falta de partilha na gestão das comorbilidades crónicas, na necessidade de comprar medicamentos para varias doenças e

na falta de conhecimento sobre a função de cada um deles (Tavares et al., 2013). Num estudo realizado por Acurcioetal., (2009), verificou-se que a complexidade do tratamento e a polifarmácia contribuem para a falta de adesão das pessoas mais idosas, muitas vezes devido à falta de acesso à medicação e à maior vulnerabilidade aos efeitos adversos da mesma. Estes resultados, uma vez mais podem estar relacionados com os altos níveis de satisfação em relação à informação disponível acerca da doença, do tratamento e com o serviço prestado e também com as características da estrutura familiar. Isto é, com a existência de apoio familiar uma vez que na nossa amostra a maior parte são pessoas casadas (60%).

Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas com o **tipo de medicação administrada**, sendo que quem toma comprimidos e usa bomba, apresenta uma maior adesão ao tratamento. Este resultado não vai ao encontro do que diz a literatura, que sublinha que a complexidade do regime terapêutico dificulta a adesão (WHO, 2003) e os tratamentos mais simples são mais fáceis e levam a que a pessoa adira mais (Santos, Junior, Noblat, Machado, Noblat & Cruz, 2008). Os mesmos resultados foram obtidos num estudo realizado por Tamura e Ohta (2007), onde se concluiu que as pessoas preferiam a técnica de sistema transdérmico à inalação (83,2% para 52,7%), explicando que um dos fatores que contribuiu para isso foi a frequência e o tempo de administração.

Esta diferença estatisticamente significativa em relação ao tipo de medicação e a escolha por dois métodos pode estar associada ao facto de os pacientes preferirem a via de administração oral à via inalatória (Gonçalves, 2017), pois as técnicas de inalação estão associadas a uma menor adesão devido às pessoas não terem recebido uma demonstração eficaz da sua utilização (Le & Simon, 2006).

Quanto ao **tempo de diagnóstico e ao tempo de tratamento**, era expectável que existissem diferenças estatisticamente significativas em relação à adesão ao tratamento, assim como em relação à vulnerabilidade ao stress, uma vez que de entre os fatores que interferem na adesão aparece a duração do tratamento, falha em tratamentos anteriores, mudanças no tratamento, progressão da doença e gravidade dos sintomas, assim como a não aceitação da doença, não acreditar no diagnóstico, sendo que quanto maior for a duração da terapia, menores serão os níveis de adesão (WHO, 2003). De acordo com Bastakoti, Khanal, Dahal e Pun (2014), os estudos mostraram que os pacientes que estão em tratamento há mais tempo são aqueles que menos aderem ao tratamento. No entanto nesta amostra os doentes que têm o diagnóstico há mais de 20 anos são aqueles que mais aderem ao tratamento assim como aqueles que estão a ser seguidos há mais de 15 anos. Contudo, resultados semelhantes foram encontrados num estudo realizado por Souza-Machado, Santos e Cruz (2010), onde os pacientes que têm asma há mais tempo, são aqueles que aderem mais ao tratamento.

Esperavam-se também diferenças estatisticamente significativas entre a existência de **internamentos e idas ao serviço de urgência** com a adesão, pois as pessoas que acreditam que a doença pode ser curada/controlada são aquelas que mais aderem ao tratamento, assim como aquelas que acreditam que vão ter a doença para o resto da vida (Jessop & Rutter, 2010; Emilsometal., 2011). No entanto, num estudo realizado por Guimarães e Mateus (2013),

verificou-se que as pessoas ajustam a adesão face as fases da doença em que se encontram e deixam de tomar a medicação quando se sentem melhores. Esta informação pode ajudar a explicar o facto de não terem existido diferenças estatisticamente significativas, pois mais de metade dos doentes (62,5%) disse nunca ter sido internado devido à asma, o que pode estar relacionado com o facto de depois de se sentirem melhor relativizarem o resto do tratamento.

Também verificámos que os doentes que nunca tiveram de se deslocar ao serviço de urgência apresentam em média maior adesão ao tratamento, podendo isso ser explicado pelo facto de nesta amostra a adesão ser de 77,5%, o que é uma percentagem muito superior à média referida noutros estudos, o que contribui para que estas pessoas nunca se tenham deslocado ao serviço de urgência.

Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que toca à **reação perante o diagnóstico**, podendo isto ser explicado pelo facto da maioria das pessoas (70%) ter referido que aceitou bem a doença.

Relativamente à existência de uma relação entre a vulnerabilidade ao stress e a adesão ao tratamento, verificou-se que ter vulnerabilidade ao stress não interfere no nível de adesão ao tratamento, sendo que na literatura não foram encontrados muitos dados que relacionem estas duas variáveis, contudo num de acordo com a DGS (2014), os fatores psicológicos e emocionais levam a um controlo ineficaz da asma e tendo em conta que se apresentam como um dos fatores de risco no desencadear de crises, seria esperado que se verificasse uma relação positiva entre as variáveis.

Desta forma, tendo em conta todos os resultados obtidos, as pessoas que apresentam maiores níveis de adesão são as pessoas com baixas habilitações literárias, que têm outro problema de saúde, pessoas numa faixa etária maior que 65 anos e as pessoas que têm como tratamento a bomba e os comprimidos. Já em relação à vulnerabilidade ao stress, tal não se verifica em nenhuma das variáveis, o que não corrobora o que diz a literatura.

Para finalizar, é de salientar que estes resultados parecem apresentar uma grande utilidade clínica, nomeadamente em relação ao apoio psicológico nestas pessoas, uma vez que apenas 5 pessoas referiram ter apoio. De acordo com Silva (2012), os fatores psicossociais desempenham um papel preponderante, não apenas como precipitantes de exacerbações da asma, mas também para o desenrolar da doença e do tratamento. Este resultado leva a crer que seria importante existir um maior aprofundamento destas questões no futuro, principalmente dando importância aos fatores psicológicos e sociais de cada indivíduo.

5 - Limitações e contributos do estudo para a Investigação

5.1. Limitações para a Investigação

Em todas as investigações existem potencialidades e limitações e para interpretar os resultados da investigação é necessário ter em conta as limitações encontradas. Como principal limitação aparece a amostra, que é constituída por 80 pessoas, maioritariamente do sexo feminino e com mais de 50 anos. Neste sentido seria importante que a amostra fosse mais extensa e diversificada para ser possível generalizar os resultados obtidos. O facto de os dados terem sido recolhidos num único sítio - Unidade de Pneumologia das Consultas Externas do Hospital Cova da Beira, também é uma limitação, no sentido que não permite generalizar os resultados. O facto de a colheita de dados ter sido realizada num único momento - estudo transversal, também é uma limitação não permitindo um acompanhamento da pessoa ao longo do tempo e não se podendo verificar se existe causalidade entre as variáveis.

Ainda como limitação referimos o facto de a amostra ser constituída fundamentalmente por pessoas com o 4º ano de escolaridade que mostraram dificuldade em compreender as questões e conseqüentemente a necessidade de ter que ler e ajudar no preenchimento dos questionários, o que poderá ter levado a um enviesamento das respostas, pois muitas vezes as pessoas tendem a responder de acordo com o socialmente esperado.

Este estudo não permitiu que houvesse uma verificação da diferença entre áreas rurais e urbanas, uma vez que essa foi uma questão que não foi implementada no questionário sociodemográfico, no entanto é um aspeto fundamental, de acordo com a literatura.

5.2. Recomendações do estudo para a prática clínica

Face aos resultados observados será importante ter em atenção um conjunto de aspetos quando falamos de pacientes com asma. Como foi dito anteriormente, a adesão ao tratamento é fulcral para que a pessoa possa viver bem e durante muitos anos com esta

doença, pois trata-se de uma doença crónica, no entanto, esta adesão depende de um conjunto de variáveis, que é necessário ter em conta.

O **acompanhamento psicológico** aos doentes com doenças crónicas como a Asma, pode relevar-se muito importante, pois muitas vezes as pessoas não aceitam o tratamento e o diagnóstico e isso interfere no grau de adesão. Neste caso seria importante que houvesse um reencaminhamento para um profissional - o psicólogo, para ajudar na aceitação do tratamento e da doença. Já perante a questão da vulnerabilidade ao stress, o facto de as pessoas terem outro problema de saúde, poderá influenciar o nível de stress e essa é uma questão que deverá ser explorada, assim como o acompanhamento psicológico. Desta forma na prática clínica há que ter em atenção os fatores psicológicos pois podem contribuir para o desencadear das crises assim como as crises podem desencadear um enorme stress nestas pessoas. Há que ter em atenção o acompanhamento psicológico, pois a maior parte das pessoas do estudo referiu não ter acompanhamento psicológico, o que pode interferir na maneira como vê e percebe a doença assim como na maneira como gerem a doença no seu dia-a-dia. Desta forma será importante realizar intervenções no sentido de reduzir o stress e ajudar a lidar com o dia-a-dia. O papel do psicólogo torna-se fundamental neste sentido, ajudando também a que estes possam falar acerca das suas crises e a perceber melhor como podem agir quando estiverem sob stress, ajudando com um conjunto de técnicas.

Quando falamos em adesão, é fundamental dar atenção às habilitações literárias, que poderão ser um grande entrave à adesão ao tratamento. É necessário que sejam fornecidos todos os esclarecimentos ao paciente face ao diagnóstico e tratamento da asma, pois esse é um dos grandes fatores de não adesão - o desconhecimento da doença e ver se a informação foi corretamente processada e percebida por cada paciente. Será importante também ter em atenção outros problemas de saúde do paciente, uma vez que, muitas pessoas, de acordo com este estudo, não aderem ao tratamento devido à existência de outros problemas de saúde, pois trata-se de uma população mais velha, em que existem comorbilidades que deverão ser tratadas em simultâneo.

Muitas pessoas disseram que nem sempre podem comprar todos os medicamentos, sendo que a maior parte não entende o quanto é fundamental. Assim, a **Psicoeducação** assume-se como uma estratégia fundamental para obterem uma melhor percepção do seu estado de saúde e da necessidade e importância da toma da medicação. Uma vez que a adesão ao tratamento é um dos principais problemas com os quais os psicólogos se defrontam todos os dias, há que existir um foco em aspetos sistémicos, biológicos, sociais, cognitivos, emocionais e comportamentais para uma melhor compreensão e tratamento da não adesão (WHO, 2003). Quando se falam de aspetos de comportamentos que se interligam com a adesão, surge a necessidade de mudança de estilo de vida e da autoadministração da medicação, assim como esforços que têm sido feitos para o desenvolvimento de políticas de saúde eficazes e ainda a conceção, implementação e avaliação das variadas intervenções (WHO, 2003).

6 -Conclusão

O objetivo geral deste estudo era a análise da adesão ao tratamento e da vulnerabilidade ao stress, numa amostra de asmáticos, tendo ainda como finalidade a perceção dos fatores que afetam a adesão ao tratamento e a vulnerabilidade ao stress.

Com base na revisão bibliográfica realizada, foi possível constatar que os números de asma são muito elevados, não sendo Portugal uma exceção. Cerca de 1 milhão de pessoas em Portugal tem asma e isso acaba por ter interferência no nível da qualidade de vida destas pessoas (Associação Portuguesa de Asmáticos, 2017). No entanto, de acordo com a informação disponibilizada pela Associação Portuguesa de Asmáticos, esta doença é controlável na maioria dos casos. Esta controlabilidade da doença é muito importante para que não existam crises na doença, contudo o controlo nestas pessoas muitas vezes é baixo, pois o nível de adesão ao tratamento também é baixo.

Como foi mencionado, os níveis de adesão, na maior parte destas pessoas podem chegar aos 50%, contudo nesta amostra isso não se verificou. Perante os resultados obtidos, pôde constatar-se que mais de metade da amostra adere ao tratamento (77,5%), contudo tendo em conta os estudos, existem um conjunto de fatores que podem afetar a adesão ao tratamento, como os fatores individuais, fatores relacionados com a doença, fatores relacionados com o tratamento, fatores relacionados com a instituição e fatores relacionados com a equipa de saúde. Assim, a intervenção de um psicólogo é muito importante para a identificação das causas de adesão. Com as intervenções será possível que a pessoa tenha uma melhor perceção acerca da sua doença, sendo a Psicoeducação uma das intervenções mais importantes. Desta forma, o papel do psicólogo é fundamental no confronto das pessoas com esta doença, pois ajuda no esclarecimento de aspetos que são fundamentais, contribuindo assim para aumentar a adesão e consequentemente a qualidade de vida das pessoas, diminuindo as exacerbações da doença e as hospitalizações.

De acordo com a literatura, os transtornos emocionais têm uma grande importância na asma (Alvim et al., 2008; DGS, 2007), e existem uma série de fatores psicológicos no desencadear desta doença, sendo o nível de ansiedade maior em pacientes asmáticos do que na população em geral (Ayres, 1997). Nesta amostra, tal não se verificou, sendo que mais de metade da amostra não apresenta vulnerabilidade ao stress (73,8%), contudo segundo a literatura, o facto de ter esta doença poderá levar a que as pessoas tenham mais predisposição a sintomas de ansiedade e depressão, sendo ainda o stress referenciado como um dos fatores de risco associados à asma.

Desta forma, é importante que se desenvolvam intervenções com vista à redução ou eliminação do stress, sendo importante a identificação de verbalizações dos sentimentos e

pensamentos de cada pessoa, ajudar a perceber como o corpo reage ao stress e o que pode fazer para lidar com o *stress*.

Referências Bibliográficas

- Acurcio, F. D. A., Silva, A. L. D., Ribeiro, A. Q., Rocha, N. P., Silveira, M. R., Klein, C. H., & Rozenfeld, S. (2009). Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(4), 468-474.
- Almeida, M., Pité, H., Pereira, A. M., Nunes, C., & Fonseca, J. (2014). Asma e rinite no idoso: estudo epidemiológico nacional. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 22(1), 33-42.
- Alvim, C. G., Ricas, J., Camargos, P. A. M., de Lima Facury, L. M. B., Lasmar, C. R. D. A., & Cunha I., C. (2008). Prevalência de transtornos emocionais e comportamentais em adolescentes com asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34 (4), 196-204.
- Amaral, A. P. (2008). *A importância da vulnerabilidade ao stress no desencadear de doença física e mental perante circunstâncias de vida adversas*. Coimbra (Tese de doutoramento).
- Antoniazzi, A. S., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia*, 3(2), 273-294.
- Aragão, J. (2013). Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista práxis*, 3(6), 59-62.
- Associação Portuguesa de Asmáticos (2017). Público. Disponível em: https://apa.org.pt/?page_id=1386
- AsthmaandAllergy Foundation ofAmerica (2015). Asthma.What are thesymptomsofAsthma?.Disponível em: <http://www.aafa.org/page/asthma-symptoms.aspx>.
- Arbex, M. A., Santos, U. P., Martins, L. C., Saldiva, P. H. N., Pereira, L. A. A., & Braga, A. L. F. (2012). A poluição do ar e o sistema respiratório. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 38(5), 643-655.
- Ayres, J. (1997). Compreender a asma. Edição Original. Porto Editora
- Bachion, M. M., Peres, A. D. S., Belisário, V. L., & Carvalho, E. C. D. (1998). Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. *Revista mineira de enfermagem*, 2(1), 33-39.

Baiardini, I., Braido, F., Giardini, A., Majani, G., Cacciola, C., Rogaku, A., ... & Canonica, G. W. (2006). Adherence to treatment: assessment of an unmet need in asthma. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 16 (4), 218-223.

Baiardini, I., Sicuro, F., Balbi, F., Canonica, G. W., & Braido, F. (2015). Psychological aspects in asthma: do psychological factors affect asthma management?. *Asthma research and practice*, 1(1), 1-7.

Baptista, A. (2009). Stresse: aspectos psicobiológicos. *Bem-Estar e Qualidade de Vida: Contributos da Psicologia da Saúde*. Alcochete: Textiverso, Lda, 51-65.

Barreto, A. E. P. M., & Silva, F. R. A. (2015). Impacto das tecnologias educativas no controle da asma: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Medicina da UFC*, 55(2), 33-38.

Bastakoti, S., Khanal, S., Dahal, B., & Pun, N. T. (2013). Adherence and non-adherence to treatments: focus on pharmacy practice in Nepal. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 7(4), 754-757.

Bettencourt, A. R. D. C., Oliveira, M. A. D., Fernandes, A. L. G., & Bogossian, M. (2002). Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. *Jornal de Pneumologia*, 28 (4), 193-200.

Bircher, J. (2005). Scientific Contribution Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 335, 341.

Bousquet, J., Jeffery, P. K., Busse, W. W., Johnson, M., & Vignola, A. M. (2000). Asthma: from bronchoconstriction to airways inflammation and remodeling. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 161(5), 1720-1745.

Brandão, M. M. C. (2016). *Percepção de stress, apoio social e qualidade de vida em jovens e adultos com condições crónicas de saúde* (Dissertação de Mestrado). Lisboa. Universidade Lusófona

Brandão, A. C. R., & Pinheiro, I. A. (s.d). Estresse em Portadores de Crise Asmática. Comunicação apresentada no Simpósio internacional de ciencias integradas da unaerp. Guarujá, Brasil. Disponível em: <http://www.unaerp.br/documentos/1121-estresse-em-portadores-de-crise-asmatica/file>

Borges, C. S., Luiz, A. M. A. G., & Domingos, N. A. M. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. *Arquivo Ciências da Saúde*, 16(4), 181-186.

Brooks, C., Pearce, N., & Douwes, J. (2013). The hygiene hypothesis in allergy and asthma: an update. *Current opinion in allergy and clinical immunology*, 13(1), 70-77.

Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas. *Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência*.

Canuto, F. F., Silva, S. M., Sampaio, L. M., Stirbulov, R., & Corrêa, J. F. (2012). Avaliação neurofisiológica e funcional em pacientes com asma de difícil controle. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 18(4), 160-165.

Cardoso, I. M. M. M. (2015). *Fatores comportamentais determinantes de adesão a programas/terapêuticas de prevenção: o caso da diabetes*: Tese de doutoramento.

Carvalho, A. R. S, Dantas, R. A. S, Pelegrino, F. M., & Corbi, I. S. A. (2010). Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3).

Caro, S. (2002). Técnicas cognitivo-conductuales para el automanejo en asma bronquial. Disponível em: Psiquiatria.com

Camarneiro, A. (2002). Em torno da adesão aos protocolos terapêuticos. *Revista Referência*, 9, 25-30.

Chatkin, J. M., Cavalet-Blanco, D., Scaglia, N. C., Tonietto, R. G., Wagner, M. B., & Fritscher, C. C. (2006). Adesão ao tratamento de manutenção em asma (estudo ADERE). *Revista Brasileira de Pneumologia*, 32(4), 277-83.

Chen, E., & Miller, G. E. (2007). Stress and inflammation in exacerbations of asthma. *Brain, behavior, and immunity*, 21(8), 993-999.

Chung, M. C., & Wall, N. (2013). Alexithymia and posttraumatic stress disorder following asthma attack. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 287-302.

Cintra, F. A., Guariento, M. E., & Miyasaki, L. A. (2010). Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (3), 3507-3515.

Cidade, S. F., Roncada, C., Costa, D. D., Rafael, J. G., & Pitrez, P. M. (2016). Validação linguística e psicométrica do questionário sobre conhecimento em asma Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire. *Revista de Ciências Médicas*, 24(2), 45-54.

Cidade, S. F., Roncada, C., Costa, D. D., & Pitrez, P. M. (2014). Educação em asma: principais técnicas adotadas em programas de intervenção. *Scientia Medica*, 24(3), 297-306.

Cobos, R. C. R., Teixeira, B. C., Castillo, J. J., & Correa, C. S. (2016). Asma, Broncodilatadores y ejercicio físico. Una revisión de literatura. *SanusViventium*, 1(1), 23-33.

Coelho, A. M., Coelho, R., Barros, H. Vaz, M., & Lima, R. (1997). Asma brônquica - psicopatologia, compliance e qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 5 (3), 257-264.

Couto, M., & Morais-Almeida, M. (2011). Diagnóstico da doença alérgica em Portugal: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 19(1), 23-32.

Cunha, A. G. J. (2012). *Asma, ansiedade e alterações de equilíbrio: a conexão pulmão-cérebro-labirinto* (Dissertação de Doutoramento). São Paulo: Faculdade de Medicina

Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, saúde & doenças*, 2 (2), 81-100.

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2016). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (40), 201-219.

Dias, K. C. C., & Nunes, M. L. T. (2003). Como mulheres portadoras de asma vivenciam a doença?. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 24(1), 69-78.

Direção Geral de Saúde (2007). *Doenças Respiratórias Crónicas em Portugal: Estratégias, Intervenções*. Lisboa. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2010/06/fp_p.pdf.

Direção Geral de Saúde (2014). *Programa Nacional para as doenças Respiratórias: Estudo de análise preliminar dos indicadores nacional de asma -2014*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/?cr=26829>

Direção Geral de Saúde (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>

Direção Geral de Saúde (2014). Programa Nacional para as doenças respiratórias: Boas práticas e orientações para o controlo da asma no adulto e na criança 2012-2016. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boas-praticas-e-orientacoes-para-o-controlo-da-asma-no-adulto-e-na-crianca-2-edicao-pdf.aspx>

European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations, (2016). HEY YA! Health Literacy. Young Patients with Asthma and Adherence to treatment: EFA Report and European Recommendations. Belgium. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Presentation/2017/01/WC500219279.pdf

Emilsson, M., Berndtsson, I., Lötval, J., Millqvist, E., Lundgren, J., Johansson, Å., & Brink, E. (2011). The influence of personality traits and beliefs about medicines on adherence to asthma treatment. *Primary Care Respiratory Journal*, 20(2), 141-147.

Federman, A. D., Wolf, M., Sofianou, A., Wilson, E. A., Martynenko, M., Halm, E. A., ... & Wisnivesky, J. P. (2013). The association of health literacy with illness and medication beliefs among older adults with asthma. *Patient Education and Counseling*, 92(2), 273-278.

Fragoso, V. H. (2005). O papel do psicólogo perante o doente asmático. *IGT na Rede*, 2(2).

Freitas, P. D., Silva, R. A., & de Carvalho, C. R. F. (2015). Efeitos do exercício físico no controle clínico da asma. *Revista de Medicina*, 94(4), 246-255.

Fuhlbrigge, A., Peden, D., Apter, A. J., Boushey, H. A., Camargo, C. A., Gern, J., ... & Blaisdell, C. (2012). Asthma outcomes: exacerbations. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 129(3), 34-48.

Garrett, A., Teixeira, Z., & Martins, F. (2007). Modelo transaccional do stresse: período que antecede ao reinício da sexualidade do lesionado vértebro-medular. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, (4).

Global Initiative for Asthma (2016). Global strategy for asthma management and prevention. Disponível em: [http://www.WHO.int/respiratory/asthma/GINA_WR_2006_copyright\[1\].pdf](http://www.WHO.int/respiratory/asthma/GINA_WR_2006_copyright[1].pdf)

Global Initiative for Asthma (2016). At-A-Glance Asthma Management Reference for adults, adolescents and children 6-11 years. Disponível em: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/04/GINA-at-a-Glance_2016.pdf

Gomes-Villas Boas, L. C., Soares Almeida Pedrosa de Lima, M. L., & Pace, A. E. (2014). Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 1-8

Gonçalves, A. F. S. (2010). Aderência ao tratamento da asma. *Revista portuguesa de pneumologia*, 16(1), 117-131.

Gonçalves, O. (2000). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Afrontamento

Goulart, F. A. (2011). *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 92.

Guimarães, T., & Mateus, V. (2013). Adesão à terapêutica e controlo da doença na asma: papel das perceções de doença. Tese de Mestrado.

Gusmão, J. L., & Mion Jr, D. (2006). Adesão ao tratamento-conceitos. *Revista Brasileira Hipertensão*, 13 (1), 23-25.

Gusmão, J. L., Ginani, G. F., da Silva, G. V., Ortega, K. C., & Mion Jr, D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira Hipertensão*, 16 (1), 38-43.

Heaney, L. G., & Robinson, D. S. (2005). Severe asthma treatment: need for characterising patients. *The Lancet*, 365, 974-976.

Hochman, B., Nahas, F. X., Oliveira Filho, R. S. D., & Ferreira, L. M. (2005). Research designs. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20 (2), 2-9.

Horne, R. (2006). Compliance, adherence, and concordance: implications for asthma treatment. *Chest*, 130(1), 65-72.

INE (2016). Publicações. *Inquérito Nacional de Saúde - 2016*. Lisboa. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2

Jafer, A. T., Mahmood, A. A., Fatah, M. A., & Jasim, M. A. (1997). Guidelines for the diagnosis and management of asthma.

Jessop, D. C., & Rutter, D. R. (2003). Adherence to asthma medication: the role of illness representations. *Psychology and Health, 18*(5), 595-612.

Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde*. Porto: ASA

Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research, 78* (6), 519-528.

Scala, C. S., Naspitz, C. K., & Solé, D. (2004). Qualidade de vida na asma: como avaliar. *Revista brasileira alergologia e imunopatologia, 27* (6), 217-30.

Le, A. V., & Simon, R. A. (2006). The difficult-to-control asthmatic: a systematic approach. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology, 2*(3), 109-116.

Lehrer, P. M., Vaschillo, E., Vaschillo, B., Lu, S. E., Scardella, A., Siddique, M., & Habib, R. H. (2004). Biofeedback treatment for asthma. *Chest, 126*(2), 352-361.

Leite, S. N., & Vasconcelos, M. D. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva, 8* (3), 775-782.

Lima, G. R., Silva, E. V., Nóbrega, O., & Naves, J. (2013). Seguimento das diretrizes terapêuticas e adesão à farmacoterapia no tratamento da asma. *Revista Brasileira Médica, 50* (3), 207-213.

Lemanske, R. F., & Busse, W. W. (2006). 6. Asthma: factors underlying inception, exacerbation, and disease progression. *Journal of allergy and clinical immunology, 117* (2), 456-461.

Macedo, L. B., Araújo, C. B. S & Dias, C. M. C. C. (2012). Efeitos dos programas educacionais em pacientes com asma: revisão sistemática. *ASSOBRAFIR Ciência, 3*(2):43-52.

Maldaner, C. R., Beuter, M., Brondani, C. M., Budó, M. D. L. D., & Pauletto, M. R. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 29*(4), 647-653.

Margalho, R., Nazareth, C., Caetano, A., Oliveira, J., Cunha, J., & Meliço-Silvestre, A. (2009). Método de avaliação e observação clínica de adesão à TARv. Obtido de Psicologia.com.pt: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0466.pdf>

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. D. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 65-74.

Martins, M. D. C. D. A. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Revista Millenium*, 255-268.

Martins, L. M., França, A. P. D., & Kimura, M. (1996). Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4(3), 5-18.

Matos, A. P. S. D., & Machado, A. C. C. (2007). Influência das variáveis biopsicossociais na qualidade de vida em asmáticos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23(2), 139-148.

Mello, R. C., & de Almeida, G. W. (2011). Educação em saúde a portadores de asma. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 5(3).

Mendes, M. A., Sant'Anna, C. C., & March, M. D. F. B. P. (2013). O estresse em crianças e adolescentes com asma. *Journal of Human Growth and Development*, 23(1), 80-86.

Mendes, M. A., & Cairo, S. (2013). Estresse e asma na infância e adolescência. *Revista Pulmão RJ*, 22(3), 43-47.

Mignoso, A. V., & Marcelino, D. B. (2009). Semana de combate ao estresse: ISSL e prevenção. *Revista Uningá*, 23(1).

Ministério da Saúde (2000). *Plano Nacional de Controlo da Asma. In Ministério da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde*

Monterroso, L. E. P., Joaquim, N., & Sá, L. O., (2015). Adesão do regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipas domiciliárias de Cuidados Continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 9-16.

Moura, J. A. R., Camargos, P. A. M., & Blic, J. (2002). Tratamento profilático da asma. *Jornal de Pediatria*, 78 (2), 141-149.

Observatório Nacional de Doenças Respiratórias (2017). *Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias*. XII Relatório-2017. Lisboa. em: https://www.ondr.pt/files/sumario_executivo_ONDR_2017.pdf

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores

Ogden, J.(1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, Capítulo 1.

Oigman, W. (2006). Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira Hipertensão*, 13(1), 30-4.

Oliveira, T. R. P., Pedrosa, L. A. K & Gonçalves, M. D. A. (2008). Estudo da hipertensão arterial sistêmica: Repercussões quanto a adesão ao tratamento. *Revista Triangulo*, 1(1), 97-110.

Organização Mundial de Saúde (2003). Adherence to long-termtherapies: Evidence For Action. Geneva: disponível em: http://www.WHO.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

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

Panek, M., Pietras, T., Witusik, A., Wieteska, Ł., Małachowska, B., Mokros, Ł., ... & Kuna, P. (2015). Identificationandassociationofrelationshipsbetweenselectedpersonalandenvironmental factors and formal components of temperamentandstrategiesofcopingwith stress in asthmaticpatients. *Physiology&behavior*, 149, 269-278.

Panek, M., Kuna, P., Witusik, A., Wujcik, R., Antczak, A., &Pietras, T. (2016). Temperamentand stress copingstyles in bronchialasthmapatients. *Advances in DermatologyandAllergology*, 33 (6), 469-474

Pereira, A., & Patrício, T., (2013). *SPSS. Guia prático de utilização*. 8ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo.

Pinheiro, J. N., Chaves, M. C., & Jorge, M. S. B. (2004). A concepção de doença nas perspectivas: histórica, filosófica, antropológica, epistemológica e política. *Northeast Network NursingJournal*, 5(2).

Rauta, L. R. P.,Fernandes, A. M., & Fernandes, E. S. (2016). Simulador de efeitos farmacodinâmicos no tratamento da asma. *JournalofHealthInformatics*, 8(4), 142-147.

Rabe, K. F., Vermeire, P. A., Soriano, J. B., &Maier, W. C. (2000). Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *European Respiratory Journal*, 16(5), 802-807.

Red alergias e asma (2011). Qué é el asma? Vienna. Disponível em: <http://redalergiasasma.org/2011/08/%C2%BFque-es-el-asma/>

Reiners, A. A. O., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. D. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (2), 2299-2306.

Remondi, F. A., Cabrera, M. A. S., & Souza, K. T. D. (2014). Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (1), 126-136.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Rietveld, S., Everaerd, W., & Creer, T. L. (2000). Stress-induced asthma: a review of research and potential mechanisms. *Clinical and Experimental Allergy*, 30(8), 1058-1066.

Rolnick, S. J., Pawloski, P. A., Hedblom, B. D., Asche, S. E., & Bruzek, R. J. (2013). Patient characteristics associated with medication adherence. *Clinical medicine & research*, 11 (2), 54-65.

Rosenkranz, M. A., Busse, W. W., Sheridan, J. F., Crisafi, G. M., & Davidson, R. J. (2012). Are there neurophenotypes for asthma? Functional brain imaging of the interaction between emotion and inflammation in asthma. *PloSone*, 7(8), 40921.

Santos, P. M, Júnior, A. O, Noblat, L. A. C. B., Machado, A. S., Noblat, A. C. B., & Cruz, A. (2008). Preditores da adesão ao tratamento em pacientes com asma grave atendidos em um centro de referência na Bahia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(12), 995-1002.

Sarpong, S. B., Hamilton, R. G., Eggleston, P. A., & Adkinson, N. F. (1996). Socioeconomic status and race as risk factors for cockroach allergen exposure and sensitization in children with asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 97(6), 1393-1401.

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de saúde coletiva*, 17 (1), 29-41.

Serviço nacional de saúde (2016). Asma. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=8e00381f-52ce-45fb-b5a0-35fe84fa926a#saude-de-a-a-z/asma>

Shein, S. L., Speicher, R. H., Gaston, B., & Rotta, A. T. (2016). Tratamento atual de crianças com asma crítica e quase fatal. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 28(2), 167-178.

Silveira, L. M. C. D., & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface-Comunicação, saúde, educação*, 9 (16), 91-104.

Simpson, S. H., Eurich, D. T., Majumdar, S. R., Padwal, R. S., Tsuyuki, R. T., Varney, J., & Johnson, J. A. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *Jornal BMJ*. 333 (7557), 15.

Sparrenberger, F., Santos, I. D., & Lima, R. D. C. (2003). Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 37, 434-439.

Silva, N. F. (2012). Associação entre variáveis psicológicas e asma: uma revisão de literatura. *Psicologia em Revista*, 18(2), 293-315.

Sociedade Portuguesa de Pneumologia (s.d). Tudo o que deve saber sobre a Asma. *Guia da Asma*. Lisboa. Disponível em: http://www.sppneumologia.pt/uploads/files/comissoestrabalho/ct%20alergologia/GUIA%20ASMA_2017.pdf

Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 151-160.

Souza-Machado, A., Santos, P. M., & Cruz, Á. A. (2010). Adherence to treatment in severe asthma: predicting factors in a program for asthma control in Brazil. *World Allergy Organization Journal*, 3(3), 48-52.

Souza-Machado, A. (2016). Asma: um breve histórico de uma doença negligenciada no Brasil. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 15(2), 137-138.

Sul América Saúde (s.d). V estudo saúde ativa. São Paulo. Disponível em: <https://portal.sulamericaseguros.com.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A61648C54A27C270154BFC4EB070A57&inline=1>

- Sundberg, R., Torén, K., Franklin, K. A., Gislason, T., Omenaas, E., Svanes, C., & Janson, C. (2010). Asthma in men and women: treatment adherence, anxiety, and quality of sleep. *Respiratory medicine*, *104*(3), 337-344.
- Taddeo, D., Egedy, M., & Frappier, J. Y. (2008). Adherence to treatment in adolescents. *Paediatrics & child health*, *13*(1), 19-24.
- Tamura, G., & Ohta, K. (2007). Adherence to treatment by patients with asthma or COPD: comparison between inhaled drugs and transdermal patch. *Respiratory medicine*, *101*(9), 1895-1902.
- Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Thume, E., Facchini, L. A., de Franca, G. V. A., & Mengue, S. S. (2013). Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Revista de Saúde Pública*, *47*(6), 1092-1101.
- Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Mengue, S. S., Arrais, P. S. D., Luiza, V. L., Oliveira, M. A., ... & Pizzol, S. T., (2016). Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, *50*(2), 1-11.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia em serviços de saúde: intervenção em Centros de Saúde e Hospitais. *Análise Psicológica*, *20*(1), 171-174.
- Tonelli, H. (s.d). Psicopatologia da Ansiedade. Academia edu. 1-23.
- Uhart, M., McCaul, M. E., Oswald, L. M., Choi, L., & Wand, G. S. (2004). GABRA6 gene polymorphism and attenuated stress response. *Molecular psychiatry*, *9*(11), 998-1006.
- Van Lieshout, R. J., & MacQueen, G. (2008). Psychological factors in asthma. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, *4*(1), 12-28.
- Vaz-Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao Stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, *21* (4), 279-308.
- Vaz-Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, *21* (4), 261-278.
- Vaz Serra, A. (2007). O stress na vida de todos os dias (3ª ed). Coimbra: Gráfica de Coimbra
- Vaz Serra, A. (2005). Stress e Bem-estar: modelos e domínios de aplicação: As múltiplas facetas do stress. Lisboa: Climepsi.

Veras, R. P. (2011). Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 779-786.

Victora, C. G., Knauth, D. R., & Hassen, M. N. A. (2000). Metodologias qualitativas e quantitativas. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial*, 33-44.

Vieira, A. A., Santoro, I. L., Dracoulakis, S., Caetano, L. B., & Fernandes, A. L. G. (2011). Ansiedade e depressão em pacientes com asma: impacto no controle da asma. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37(1), 13-18.

Vig, R. S., Forsythe, P. & Vliagoftis, H. (2006). The role of stress in asthma. *Annals of the New York Academy of Science*, 1088 (1), 65-77.

Wilson, S. R., Strub, P., Buist, A. S., Knowles, S. B., Lavori, P. W., Lapidus, J., & Vollmer, W. M. (2010). Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 181(6), 566-577.

Wright, R. J., Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach. *Thorax*, 53(12), 1066-1074.

World Health Organization (1948) Official records of the world health organization, nº 2, p. 100. United Nations, world health organization. Geneve. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=E714A7A14F9B4308AD0DEBDBAAD1E255?sequence=1

World Health Organization (2003). Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for Action. Switzerland. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf?ua=1

Yawn, B. P. (2008). Factors accounting for asthma variability: achieving optimal symptom control for individual patients. *Primary Care Respiratory Journal*, 17(3), 138-147.

Anexos



Patrícia Isabel Lourenço de Matos, aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema "Vulnerabilidade ao stress e adesão à medicação em Doentes com Asma", vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação:

Objetivo geral: Contribuir para o desenvolvimento de conhecimento que apoie a melhoria dos cuidados ao doente com Asma e a compreensão do processo de adaptação à doença

Objetivos específicos: Conhecer a perceção que os doentes têm acerca da asma; Avaliar os níveis de adesão ao tratamento e as áreas de maior dificuldade e determinar a influência da vulnerabilidade ao stress na adesão à medicação

Critérios de inclusão: Os participantes serão adultos com diagnóstico de asma há mais de 6 meses e que estejam em acompanhamento clínico nas consultas de ambulatório desse serviço de saúde.

Procedimentos necessários¹:

O recrutamento dos participantes será efetuado na consulta de especialidade, cumprindo os procedimentos requeridos pela equipa médica. Os dados serão recolhidos por uma aluna de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da UBI (orientada cientificamente pela Prof. Doutora Paula Saraiva Carvalho) através da administração de questionários de autorresposta. Caso seja necessário a assinatura de um novo consentimento, este será efetuado seguindo os mesmos procedimentos do atual.

Risco / Benefício da sua participação: Não existem riscos/benefícios associados à participação no estudo.

Duração da participação no estudo: Cada participante será solicitado para preencher os questionários uma única vez e o preenchimento tem uma duração de aproximadamente 10 minutos

Nº aproximado de participantes: 70 participantes

Contacto para esclarecimento de dúvidas: 963736839

Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

* Entregou esta informação;

¹ Deverá referir: nome do orientador; metodologia; tipo de dados que irá colhar; local onde o investigador se vai encontrar com o participante, quantas vezes e durante quanto tempo; garantia de destruição de gravações – áudio ou vídeo – num determinado período de tempo e caso seja necessário a assinatura de um novo consentimento livre informado ao longo do estudo, em que circunstâncias será obtido.



- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Nome do Aluno: Patrícia Isabel Lourenço de Matos

Assinatura do Aluno / Investigador

Patrícia Isabel Lourenço de Matos

03/02/2017

Data

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- * O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível)

Representante Legal

(Assinatura do Participante ou Representante Legal)

Data