

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA:

Papel da comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde

Helena Castelão Figueira Carlos Pestana

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador

Prof. Doutora Elisabeth Reis, Prof. Catedrática, ISCTE Business School, Departamento de
Métodos Quantitativos

Março 2008

Resumo

O estudo da auto-eficácia tem, desde há várias anos, suscitado acrescido interesse entre os investigadores, na perspectiva de compreender quais os comportamentos e as atitudes dos indivíduos que condicionam ou determinam a auto-eficácia na gestão do seu regime terapêutico.

A literatura nesta área tem reconhecido que a existência de uma comunicação eficaz entre a pessoa com doença crónica e a equipa de saúde representa uma mais-valia com benefícios para os actores envolvidos. Os principais estudos neste domínio destacam que, sendo a comunicação um constructo complexo, deverá ser estudado como um fenómeno multidimensional e multideterminado.

Os objectivos centrais desta investigação são a análise da multidimensionalidade do papel da comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde na auto-eficácia na asma, o estudo das variáveis que determinam a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas com asma e o impacto da comunicação na auto-eficácia da asma, medida através de: atitudes, acessibilidade aos profissionais de saúde, necessidades de comunicação, satisfação com a comunicação e adaptação psicológica.

O estudo foi aplicado a 122 pessoas com asma há mais de 1 ano e em consulta hospitalar.

Os resultados obtidos demonstram a importância da comunicação estabelecida entre a pessoa com asma e os profissionais de saúde para promover o envolvimento das pessoas no seu plano terapêutico e desenvolver comportamentos de auto-eficácia.

Neste trabalho são também discutidas as implicações teóricas e práticas da auto-eficácia na asma e assinalados os contributos para outros estudos.

Palavras-chave: Comunicação em saúde, doença crónica, asma e auto-eficácia.

JEL Classification System: I12 (Health production), I19 (Other).

Abstract

There has been increased interest in the study of self-efficacy among researchers in recent years with a view to understanding which of individuals' behaviour and attitudes condition or determine self-efficacy in the management of therapeutic regimen.

Literature in this domain has recognized that the existence of efficient communication between the person with a chronic illness and health professionals is beneficial to the actors involved. The main studies in this field stress that this communication is a complex construct and has to be studied as a multidimensional and multidetermined phenomenon.

The main goal of this research is to analyze the multidimensional role of communication between the patient and the health professionals for the self-effective management of asthma; the variables that determine the communication between health professionals and people with asthma are also studied as well as the impact of this communication in self-effective management of asthma measured by attitudes, accessibility to health professionals, the need of communication, the satisfaction with communication and psychological adaptation.

The study has been applied to 122 persons under hospital supervision for asthma for more than 1 year.

One of the conclusions from this study is that communication between health professionals and people with asthma promotes the involvement of the chronically sick person in his/her therapeutic plan and develops self-effective behaviour.

This work also analyzes the implications (theory and practice) in self-efficacy in asthma and signalizes the contributions to other studies.

Key words: Health communication, chronic illness, asthma and self-efficacy.

JEL Classification System: I12 (Health production), I19 (Other).

Agradecimentos

É com muita satisfação que agradeço a todos aqueles (e foram muitos) cujo valioso contributo permitiu que este trabalho pudesse ser uma realidade.

Durante este tempo de investigação foram inúmeros os contactos estabelecidos com profissionais e doentes, que muito me ajudaram no conhecimento e aprofundamento desta temática e me disponibilizaram informação e saber.

Foram igualmente preciosos os apoios ao nível das contribuições obtidas nos vários comentários ao presente trabalho, assim como nas sugestões de consulta de novos artigos, livros e documentação, bem como a gentileza e altruísmo de todos aqueles que se disponibilizaram para responder aos questionários.

Gostaria de nomear todos neste agradecimento, mas a impossibilidade natural de o fazer levou-me a que apenas personalize os que mais de perto me acompanharam nesta longa caminhada: a minha orientadora – a professora Elizabeth Reis, pelo apoio, disponibilidade, saber, competência e rigor utilizados para a obtenção do actual trabalho. A todos os meus amigos e colegas que directa ou indirectamente me apoiaram e que para minha felicidade são muitos, e me deram alento nos momentos de desânimo, desespero ou esmorecimento

Por fim, mas naturalmente não por último, estou grata à minha família. São eles os grandes responsáveis pela conclusão deste projecto, só com eles a meu lado foi possível concluir esta caminhada. Só o amor deles por mim tornou possível suportar as minhas ausências, os meus silêncios, a minha irascibilidade e, mesmo assim pude contar com eles em todos os momentos. Assim à minha família – ao Mário aos meus filhos Rita e Rui, à mãe e às irmãs, um obrigado muito especial (vós sabeis porquê) pelo vosso apoio e amor incondicional e porque *o essencial é invisível aos olhos ...*

A todos vós a minha eterna gratidão

Siglas

ACP – Análise de Componentes Principais

CP – Componente Principal

DGS – Direcção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

GINA - *Global Initiative for Asthma*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IGIF – Instituto Gestão Informática e Financeira da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PEF - *Peak Expiratory Flow* [Débito Expiratório Máximo Instantâneo]

PGD - Programas de Gestão da Doença

PNCA - Programa Nacional de Controlo da Asma

sig. – Significância

SNS – Sistema Nacional de Saúde.

WHO – World Health Organization.

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
1.1 - DOENÇA CRÓNICA	6
1.2 - ASMA	8
1.2.1 – <i>Aconselhamento e educação da pessoa com asma</i>	9
1.3 - GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA	10
1.3.1 – <i>Processo da Gestão da Doença</i>	14
1.3.2 – <i>Estratégias de suporte à Gestão da Doença Crónica</i>	17
1.3.3 – <i>Factores para o sucesso da Gestão da Doença</i>	18
1.3.4 – <i>Factores chaves de sucesso na implementação do processo da Gestão da Doença</i>	23
1.4 – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	25
1.4.1 – <i>Acessibilidade à equipa de saúde</i>	29
1.4.2 – <i>Dificuldades de comunicação com a equipa de saúde</i>	31
1.4.3 – <i>Atitudes da pessoa em situação de doença na comunicação com a equipa de saúde</i>	33
1.4.4 – <i>Expectativas da pessoa em situação de doença na comunicação com a equipa de saúde</i>	36
1.5 – AUTO-EFICÁCIA NA DOENÇA CRÓNICA	38
CAPÍTULO II – MODELO DE ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA NA GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA .	45
2.1 – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	46
2.1.1 – <i>Modelo de comunicação entre profissionais de saúde e pessoas com doença crónica</i>	46
2.2 – QUESTÕES DE PARTIDA E FORMULAÇÃO DAS HIPÓTESES DE TRABALHO	50
2.3 – PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	53
2.4 – DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	54
2.4.1 – <i>Pré-teste</i>	56
2.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS- MEDIDAS USADAS	57
2.6 – POPULAÇÃO EM ESTUDO – TÉCNICA DE AMOSTRAGEM E DIMENSÃO DA AMOSTRA	58
2.6.1 – <i>Descrição e caracterização da amostra</i>	60
2.7 – PROCEDIMENTOS ADOPTADOS NA RECOLHA DE DADOS	60
2.8 – MÉTODOS ESTATÍSTICOS	61
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	63
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	63
3.2 VALIDAÇÃO DAS ESCALAS QUE INTEGRAM O INSTRUMENTO	63
3.2.1 – <i>Acessibilidade</i>	64
3.2.2 – <i>Atitudes</i>	64
3.2.3 – <i>Necessidades de comunicação com a equipa de saúde</i>	65

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

3.2.4 – <i>Ansiedade</i>	66
3.2.5 – <i>Percepção do stress</i>	66
3.2.6 – <i>Satisfação da comunicação com a equipa de saúde</i>	67
3.2.7 – <i>Auto-eficácia</i>	68
3.3 MODELO EXPLICATIVO DA AUTOEFICÁCIA NA ASMA	68
3.3.1 – <i>Associação entre variáveis</i>	69
3.3.2 – <i>Modelos explicativos</i>	72
3.3.2.1 – <i>Atitudes inibitórias e dados demográficos</i>	72
3.3.2.2 – <i>Acessibilidade e dados demográficos</i>	73
3.3.2.3 – <i>Acessibilidade, atitudes comunicacionais inibitórias, percepção de necessidades de comunicação e Satisfação com a comunicação</i>	74
3.3.2.4 – <i>Informação, ansiedade e stress</i>	76
3.3.2.5. <i>Satisfação com a comunicação e auto-eficácia</i>	77
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, CONCLUSÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA O CONHECIMENTO	80
4.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
4.2 – PRINCIPAIS CONCLUSÕES DO ESTUDO	85
4.3 – IMPLICAÇÕES TEÓRICAS	86
4.4 – IMPLICAÇÕES PRÁTICAS	87
4.5 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	88
4.6 – RECOMENDAÇÕES E PISTAS PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	101
ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	102
ANEXO II - PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS NÃO INCLUIDOS NO TEXTO	111
ANEXO III – CONSENTIMENTO INFORMADO	117
ANEXO IV – TABELAS DE RESULTADOS NÃO INCLUIDOS NO TEXTO	119

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo que relaciona a auto-eficácia com a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e pessoas com doença crónica.....	47
Figura 2 - Modelo estimado da auto-eficácia para a pessoa com asma	79

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Matriz SWOT – para implementação de um programa de gestão da doença crónica	18
--	----

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Aplicação da ACP à acessibilidade	64
Tabela 2 – Aplicação da ACP às atitudes	65
Tabela 3 – Aplicação da ACP às necessidades de comunicação com a equipa de saúde	65
Tabela 4– Aplicação da ACP à ansiedade.....	66
Tabela 5 – Aplicação da ACP à percepção de stress.....	67
Tabela 6 – Aplicação da ACP à satisfação da comunicação com a equipa de saúde	67
Tabela 7 – Aplicação da ACP à auto-eficácia	68
Tabela 8 – Correlação de Pearson.....	71
Tabela 9 – Regressão linear das atitudes comunicacionais interacção.....	72
Tabela 10 – Regressão linear da acessibilidade	73
Tabela 11 – Regressão Hierárquica da satisfação na idade, rendimento mensal, tempo de diagnóstico e de tratamento, local onde é seguido, acessibilidade, atitudes e necessidades comunicacionais.....	76
Tabela 12 – Regressão Hierárquica da ansiedade e stress na idade, escolaridade, rendimento mensal, tempo de diagnóstico e de tratamento, local onde é seguido e necessidades comunicacionais	76
Tabela 13- Regressão Hierárquica da limitação da actividade e auto-confiança na idade, rendimento mensal, tempo de diagnóstico e de tratamento, local onde é seguido e satisfação	78
Tabela 14 – Caracterização da amostra	120
Tabela 15 – Caracterização da patologia no último ano.....	121
Tabela 16 – Caracterização da asma relativamente ao stress	121
Tabela 17 – Caracterização do controlo sobre a asma nas últimas 2 semanas	122
Tabela 18 – Caracterização dos conhecimentos sobre a asma e seu tratamento	123
Tabela 19 – Caracterização das indicações dos profissionais	123

0 - INTRODUÇÃO

Os governos procuram cada vez mais organizar os sistemas de saúde de maneira a melhorar a equidade, a eficiência, a efectividade e a capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos, ocupando estes, um lugar central nas dinâmicas dos sistemas. Deste modo torna-se primordial a participação e a responsabilização do cidadão na gestão do seu projecto de saúde, contribuindo desta forma para o desenvolvimento da eficiência do sistema de saúde.

Surgem novas necessidades sociais e de saúde, resultantes do envelhecimento da população, do aparecimento marcante de doenças crónicas e das mudanças na estrutura tradicional familiar, factores que contribuem para a crescente taxa de dependência da população em relação aos serviços de saúde, esperando respostas novas e diversificadas que venham satisfazer as suas necessidades.

A prevalência das doenças crónicas, de acordo com o *World Health Report* (WHO, 2001) está a aumentar dramaticamente. Nas nações desenvolvidas, os cuidados às pessoas portadoras de doença crónica consomem uma larga porção dos orçamentos dedicados ao sector da saúde, estimando-se que, em 2020, contribuirão com mais de 60% para a despesa com cuidados de saúde (WHO, 2001).

A doença crónica pode ser definida, segundo Jennings, Callahan e Caplan (1988), como uma condição que dura um certo período de tempo ou tem sequelas que são debilitantes durante um período de tempo. O *Center for Disease Control and Prevention* (1999) define doença crónica como doença que é prolongada, não se resolve espontaneamente e raramente se cura completamente, aumentando o risco da dependência física e social.

A asma é uma das doenças crónicas mais frequentes. Segundo a DGS (2000a) estima-se que, em Portugal, existam cerca de 500 000 pessoas com asma.

A prevalência da asma, embora sendo mais elevada na população infantil e juvenil, constitui uma causa frequente de perda de qualidade de vida e de incapacidade, para a pessoa com asma de todas as idades (DGS, 2000a). Dada a crescente tendência para o aumento da prevalência desta doença, é necessário eliminar as causas evitáveis e envolver a pessoa com asma no processo de gestão da sua própria doença, transmitindo-lhe conhecimentos e

desenvolvendo-lhe competências para o poder fazer.

Face ao aumento de consumo de cuidados de saúde provocado pela doença, existe, por parte dos serviços uma crescente preocupação em promover a autonomia das pessoas em situação de doença crónica e por isso, em situação de dependência, reforçando e promovendo o envolvimento do próprio na gestão do seu projecto de saúde.

O envolvimento da pessoa com doença crónica no seu processo terapêutico, as relações que estabelece com os profissionais de saúde e as expectativas que formula acerca do prognóstico da sua doença, são factores importantes para o sucesso do processo terapêutico na doença crónica (Gionta, 2003, 2005).

Os factores cognitivos têm sido considerados como determinantes muito importantes neste processo de adaptação. A auto-eficácia, enquanto variável cognitiva pode afectar o comportamento, o nível de motivação, o padrão de pensamento e a reacção emocional em situações conflituais (Bandura, 1977). As expectativas de eficácia ou auto-eficácia representam a capacidade percebida para executar com êxito um determinado comportamento. Albert Bandura apresentou o conceito de auto-eficácia no contexto de modificação do comportamento cognitivo e defendeu que um elevado sentimento de eficácia pessoal está relacionado com melhor saúde, com melhor realização e melhor integração social. A teoria da aprendizagem social de Bandura (1977a) refere as expectativas e o processo de aprendizagem vicariante que pode explicar o sucesso da adesão ao regime terapêutico. As pessoas com doença crónica, quando confrontadas com o sucesso de outras pessoas doentes, criam expectativas de auto-eficácia relacionadas como o facto de serem capazes de realizar essa técnica. "Eles conseguiram, eu também vou conseguir!". Podemos ainda acrescentar as crenças relacionadas com o locus de controlo da teoria de Rotter (Bennett e Murphy, 1999), as pessoas fazem sempre escolhas face às pressões da doença e do tratamento. Assim, os regimes terapêuticos podem não ser automaticamente aceites pela pessoa com doença crónica, mas são avaliados em função das suas consequências. Isto parece significar, segundo Mendes (2005), que na gestão diária da doença, por vezes são mais decisivos os critérios sociais do que os critérios clínicos, ou seja, quanto maior for a percepção de controlo sobre um comportamento, mais forte será a sua intenção de o realizar (Ajzen, 1991).

Quando os enfermeiros transmitem as “*recomendações*” às pessoas doentes, estas não pensam com a racionalidade do profissional, mas com a sua. É esta racionalidade que lhe dá sentido na sua vida, orientação e que anima os seus desejos, prazeres, angústias e projectos, de acordo

com Hesbeen (2000, 2001).

No âmbito das recomendações realizadas pelos enfermeiros, Hesbeen (2001) acrescenta ainda que apenas dizem respeito ao "corpo objecto". Assim, os enfermeiros deverão questionar-se sobre o que as recomendações representam para os "seus doentes" (corpo sujeito), ou seja, qual o sentido que têm na sua situação de vida.

Na educação para a saúde Honoré (2002) refere que o conceito base é o da "saúde percebida" como recurso da vida e não como finalidade desta. O papel do enfermeiro é criar condições de acesso a escolhas de saúde para as pessoas, realizando uma abordagem global e envolvendo a componente cultural da saúde, utilizando de forma eficiente os recursos e competências entretanto desenvolvidas.

A subvalorização, pela pessoa doente, da auto-eficácia na doença crónica e a falta de envolvimento desta no seu programa terapêutico, implica custos acrescidos não só para o próprio como para as organizações de saúde, com repercussões directas na qualidade dos cuidados prestados (Wagner, 1996).

Sendo a comunicação um instrumento para atingir um fim (Oliveira e Graveto, 2004), proporciona ferramentas à pessoa com doença crónica para a tomada de decisão na gestão do seu plano terapêutico.

Mas será que um modelo de comunicação que responda às necessidades reais de informação das pessoas em situação de doença crónica poderá ser um contributo útil, na satisfação das necessidades comunicacionais de pessoas em situação de doença crónica e de profissionais de saúde?

Ao longo dos anos de exercício profissional esta questão tem sido objecto de preocupação e reflexão. As sucessivas descompensações agudas dos doentes crónicos e o recurso sistemático aos serviços de saúde, são factores desfavoráveis à gestão interna da sua doença e ao funcionamento das organizações. A comunicação que se estabelece entre pessoas em situação de doença e profissionais de saúde parece ser uma das estratégias terapêuticas determinante na auto-eficácia na doença crónica.

Daqui emerge o problema que me levou a abordar este tema: A auto-eficácia percebida na doença crónica está relacionada com a comunicação que se estabelece entre pessoas em situação de doença e profissionais de saúde?

Assim, estabeleceu-se como objectivo principal desta tese: Conhecer as repercussões da

experiência de viver com uma doença crónica uma atitude reflexiva e analítica. Importa não só saber quais as implicações da doença crónica nas actividades de vida das pessoas, mas também utilizar a comunicação como um instrumento forte na construção de relações de confiança entre profissionais de saúde e pessoas em contexto de doença crónica, reconhecendo-a como um dos pilares fundamentais na construção de uma relação de parceria e factor mobilizador da auto-eficácia na gestão da doença.

Estruturar respostas em cuidados de saúde dirigidos a este sector crescente de população utilizadora, requer conhecer as suas características, proceder à sua análise e concertar estratégias e acções dirigidas às suas reais necessidades em cuidados de saúde. Tendo em conta o que defende Redman (2002), a disposição para aprender, seguir as recomendações dos profissionais e mudar os comportamentos estão relacionadas com a motivação, o processo de ensino aprendizagem, crenças de saúde e procura de cuidados.

Esta pesquisa, incidirá sobre um modelo que pretendemos validar para Portugal, identificando o papel da comunicação entre pessoas em situação de doença crónica e os profissionais de saúde na auto-eficácia na doença crónica.

Durante a exposição, quando nos referirmos à doença crónica estará implícito que esta se limita à doença crónica (adultos com asma) incapacitante e geradora de dependência.

A estrutura da apresentação tem por base o título do trabalho “*Auto-eficácia na asma: papel da comunicação entre doentes crónicos asmáticos e os profissionais de saúde*”.

Depois de identificado o tema, procedeu-se a uma vasta pesquisa bibliográfica, com o objectivo de conseguir uma maior actualização sobre a temática. Foram utilizadas como fontes privilegiadas os sítios da OCDE¹, OMS² e as bases de dados *Medline* e *Healthplan*. No que se refere à realidade portuguesa utilizou-se bibliografia disponível sobre a asma, incluindo documentos produzidos pelo Ministério da Saúde no período de 2000 a 2005.

A etapa que se seguiu foi a formulação do problema, procedendo-se à delimitação do quadro teórico-conceptual e à definição dos objectivos e perguntas de investigação, estes últimos de importância decisiva na orientação de todo o processo de pesquisa.

A presente tese está estruturada em capítulos. Assim, no capítulo I, numa primeira fase iremos fazer uma abordagem do que é a doença crónica, as reacções psicológicas dos doentes com doença crónica e o conceito de dependência, de modo a podermos analisar as possíveis

¹ WWW.oecd.org

² WWW.who.org

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

manifestações de natureza psico-socio-afectiva nesses doentes. Apresentaremos a fisiopatologia da asma e as formas de gerir as agudizações da doença, sem recurso aos serviços de urgência.

Neste mesmo capítulo e numa segunda fase, será abordado o papel da comunicação na relação entre profissionais de saúde e pessoas em situação de doença crónica. Temáticas como a atitude, as expectativas e as necessidades de comunicação com os profissionais de saúde da pessoa com asma serão analisadas.

Numa terceira fase, abordaremos a auto-gestão da doença crónica, as implicações na vida das pessoas em situação de doença e a sua adaptação à doença, o papel dos profissionais de saúde na gestão da doença crónica, quais os factores envolvidos e como medir auto-eficácia na asma.

No segundo capítulo são apresentados os objectivos do estudo, apresenta-se o modelo de pesquisa, definindo-se as variáveis e ainda as hipóteses de investigação formuladas com o objectivo de estudar as relações entre as variáveis, são também descritos os procedimentos metodológicos utilizados e amostra seleccionada.

No capítulo quatro são apresentados os resultados da análise estatística, sendo discutidos e analisados.

Por último, com base nos principais elementos obtidos, concretizam-se as principais conclusões, apresentando-se contributos para o conhecimento e para a prática deixando-se sugestões para futuras pesquisas.

Apresenta-se ainda, a lista de bibliografia e, em anexo, o instrumento de recolha de informação e alguns quadros de resultados que, dada a sua dimensão, se decidiu não incluir no texto.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - DOENÇA CRÓNICA

As doenças crónicas, segundo Mendes (2005), emergem como um dos mais sérios problemas de saúde deste século, sobretudo nos países desenvolvidos, afectando cerca de um terço da população e com uma prevalência que continua a aumentar, quer devido a factores como a mudança dos estilos de vida, quer devido ao aumento da esperança de vida da população. Estas doenças constituem as patologias dominantes na sociedade actual e as suas características mostram que as respostas sociais, ou clínicas, são sempre pautadas pelo limite dos conhecimentos técnico-científicos disponíveis, sendo que os modelos de intervenção mobilizados para fazer face às doenças agudas se revelam, habitualmente, inoperantes ou ineficazes face às doenças crónicas (Mendes, 2005).

Ao abordar a situação de doença crónica, Black (1998) citado por Santos, M. (2005:22) refere que: *“As condições crónicas são problemas de saúde a longo prazo devidos a um distúrbio irreversível, um acumulo de distúrbios ou um estado patológico latente. Algumas condições crónicas causam alteração irreversível da estrutura ou função de um ou mais sistemas orgânicos. Outras são condições crónicas porque ainda não foi encontrada a cura”*.

Além disso, as doenças crónicas são consideradas por Santos, M. (2005:22) como sendo *“...todas as doenças de longa duração, que tendem a prolongar-se por toda a vida do doente, que provocam invalidez em graus variáveis, devido a causas não reversíveis, que exigem formas particulares de reeducação, que obrigam o doente a seguir determinadas prescrições terapêuticas, que normalmente exigem a aprendizagem de um novo estilo de vida, que necessitam de controlo periódico, de observação e tratamento regulares”*.

De forma a permitir uma melhor compreensão da problemática da doença crónica, Conrad (1987) citado por Santos, P. A. (2005) categorizou-a em três grupos:

- **Doenças com as quais se vive** – as pessoas devem adaptar-se e aprender a viver com estas doenças, as quais em geral não ameaçam a vida, como por exemplo a diabetes, a asma, a artrite, a epilepsia, entre outras. Estas doenças são incluídas por Conrad no mesmo grupo porque *“...enquanto estas doenças têm diferentes sintomas e manifestações, os problemas*

com que as pessoas têm de se confrontar e as estratégias que elas desenvolvem podem ser bastante similares...” (Conrad, 1987, referido por Santos, P. A. 2005:44).

■ **Doenças mortais** – as doenças como o cancro e as cardiovasculares são claramente ameaçadoras da vida. Conrad afirma que “...*estas doenças retiram as pessoas da sua vida diária (actividade) e apresentam-se com sintomas, ou com ameaças de morte...*” (Conrad, 1987, referido por Santos P.A, 2005:44).

■ **Doenças de risco** – A hipertensão arterial é o melhor exemplo deste grupo de doenças e, que segundo Conrad o problema “...*não é doença em si, mas o risco de doença...*” (Conrad, 1987, referido por Santos, P:A, 2005:44).

Estas categorias, de acordo com Conrad, não são mutuamente exclusivas. Existe hoje uma maior dificuldade de adaptação a este “Mundo Novo”, dado que este não está pensado nem estruturado para pessoas diferentes do padrão considerado normal. Strauss *et al* (citado por Bolander, 1998) identificaram sete importantes problemas típicos de doentes crónicos, que apesar de iguais aos de qualquer outro doente, no caso do doente crónico, não desaparecem:

1. **Prevenção e controlo de crises:** o carácter evolutivo e prolongado da doença crónica, leva a que a pessoa em situação de doença necessite de saber e de implementar formas de reduzir ou prevenir a ocorrência de crises, de conhecer os sinais de uma crise eminente e planear formas de actuação para as alturas de crise.
2. **Gestão de regimes prescritos:** a necessidade de tratamentos prolongados, exige adaptações de vida que dependem de vários factores, como sejam, a aprendizagem, a aceitação, o factor económico, etc.
3. **Controlo dos sintomas:** a multiplicidade de sintomas de uma doença crónica obriga a profundas alterações de vida do seu portador e família. Alterações essas que podem ser desgastantes e prolongadas.
4. **Prevenção do isolamento social:** a doença crónica provoca por vezes reacções de isolamento que conduzem à solidão e depressão, levando por vezes à ruptura de relações prolongadas como o casamento, sendo por isso necessário manter o apoio social e o aconselhamento profissional de forma a prevenir maior desgaste.
5. **Adaptação a alterações:** doenças crónicas, como por exemplo a esclerose múltipla são imprevisíveis, e as alterações são tão frequentes que tornam a adaptação mais difícil. A doença crónica passa a fazer parte da identidade da pessoa bem como daqueles que lhe são mais

significativos.

6. Normalização do quotidiano: com o objectivo de tornar menos visível as alterações; muitos indivíduos portadores de doença crónica, tentam gerir os sintomas, evitando determinados locais ou horas do dia para os seus encontros sociais.

7. Controlo do tempo: dependendo das alterações provocadas pela doença crónica e suas implicações (por exemplo manter ou não o emprego), a percepção e gestão do tempo altera-se, enquanto uns consideram ter muito tempo, outros não. Quando a doença crónica surge, verifica-se um conjunto de alterações que dependem do ciclo de vida em que a pessoa se encontra, o que condiciona o tipo de adaptação que terá de ser feita no campo familiar, profissional e social. A adaptação à incapacidade é difícil, produz uma sensação de perda que é reflexo, não só da alteração de uma função física, como igualmente de uma forma de vida. Surgem os medos resultantes da indefinição das capacidades económicas e da aceitação familiar, social, e profissional.

Sobretudo há que recordar que “...cada doença crónica é muito específica e tem um impacto próprio no indivíduo, na família e na comunidade” (Phipps, 2003:145). É na conjugação de todos estes factores que a pessoa em situação de doença crónica é única na vivência e no entendimento que tem da sua própria doença.

1.2 - ASMA

A OMS (2005) calcula que cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo sofram de asma e que o número de mortes anuais pela doença seja cerca 225.000 por ano³. “Acredita-se que estes números estão a aumentar” (La Scala, 2005:235).

“A asma brônquica constitui um problema crescente em termos de saúde pública, com elevados custos directos e indirectos” (Blais citado por Ferreira *et al*, 2005:352). A asma é uma doença com importante morbilidade (GINA, 2002), que tem aumentado mais rapidamente no mundo ocidental, afectando cerca de 6% dos Europeus. Estima-se que em Portugal a prevalência média seja cerca de 11% da população em idade pediátrica e 5% da população adulta, ou seja, cerca de 500.000 pessoas com asma (GINA, 2002).

A asma é um problema de saúde pública para os países desenvolvidos e em vias de

³ Disponível em <http://WWW.who.int/>

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

desenvolvimento. Ocorre em qualquer idade e em qualquer raça, e habitualmente começa na infância. A asma é, por si só, a doença crónica que mais frequentemente causa absentismo escolar. Com a tendência de crescimento da sua incidência e prevalência, a asma é uma importante causa de internamento hospitalar e, também, de sofrimento a vários níveis, por vezes diário e repetido, extensivo às famílias e grupos de pertença do doente, inserindo condicionamentos à sua actividade normal e, portanto, à sua qualidade de vida (DGS, 2000).

Com os conhecimentos actuais consegue-se controlar mais de 95% dos casos, neste sentido, é indispensável adoptar medidas em todo o mundo, de modo a implementar linhas de orientação que tenham grande impacto na vida destes doentes.

1.2.1 – Aconselhamento e educação da pessoa com asma

A prevalência da asma, embora sendo mais elevada na população infantil e juvenil constitui uma causa frequente de perda de qualidade de vida, assim como de incapacidade, para a pessoa com asma de todas as idades (DGS, 2002). Dada a crescente tendência para o aumento da incidência desta doença, urge eliminar as causas evitáveis, e envolver a pessoa com asma no processo de gestão da sua própria doença, transmitindo-lhe conhecimentos e desenvolvendo-lhe aptidões para o poder fazer.

Foi assumida como uma prioridade em termos de saúde pública, a criação em 2000 do *Programa Nacional de Controlo da Asma* (PNCA), elaborado em parceria com a coordenação nacional do Movimento GINA (*Global Initiative for Asthma*), a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, a Sociedade Portuguesa de Pneumologia e a Associação Portuguesa de Asmáticos.

Com o crescente conhecimento da importância do papel do doente na gestão de uma doença crónica (Morgado *et al*, 2000), a educação emergiu como um componente essencial no tratamento clínico da asma na criança (Brazil *et al*, 1997). Vários programas de auto-cuidado têm sido desenvolvidos e embora usem técnicas diferentes, todos têm um objectivo comum: aumentar as capacidades de gerir tanto a prevenção como o tratamento de episódios de asma.

O *National Heart, Lung, and Blood Institute*, em 1989, elaborou um manual para o diagnóstico e tratamento da asma e instituiu o programa de educação e controle da asma. O PNCA, baseado no Programa Mundial para a Asma, GINA (resultado do esforço conjunto do *National Heart, Lung and Blood Institute* e da Organização Mundial de Saúde), foi criado com o objectivo de reduzir, em Portugal, a prevalência, morbidade e mortalidade por Asma

e melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do doente asmático (DGS, 2000).

Este programa de carácter técnico-normativo inclui as estratégias de actuação a serem implementadas a nível nacional pelos serviços prestadores de cuidados de saúde. Estas estratégias incluem a informação e formação dos doentes para o auto-controlo da asma, a intervenção em grupos de risco acrescido, a melhoria da acessibilidade aos cuidados e meios de auto-controlo da asma, a promoção de boas práticas profissionais, a intervenção no meio ambiente, a vigilância epidemiológica da asma e a gestão integrada desta doença. Neste contexto foram elaborados pela Comissão de Coordenação do Programa da Asma, vários instrumentos de suporte ao desenvolvimento do programa.

Associado à adopção de boas práticas dos profissionais de saúde no diagnóstico e na terapêutica da asma nos seus vários estadios de gravidade, são os pilares estratégicos em que assenta o êxito de um Programa de Controlo da Asma. A educação e o desenvolvimento no doente asmático de conhecimentos sobre a asma e de competências de auto-controlo são um dos pilares fundamentais e que contribuem, de forma decisiva, para o sucesso dos planos terapêuticos.

1.3 - GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

O diagnóstico de uma doença crónica representa sempre um profundo choque para o indivíduo. O choque não é só o de se saber doente para toda a vida, limitado nas suas capacidades, com fortes probabilidades de uma vida mais curta, é ainda o saber que terá que seguir continuamente um tratamento e aceitar os constrangimentos que lhes estão associados (Mendes, 2005:43).

Do ponto de vista clínico, é cada vez mais reconhecido o facto do tratamento intensivo baseado na alta tecnologia orientado para a cura e completa restauração da função, que tem provido a orientação dominante da prestação de cuidados da saúde dos anos mais recentes, é geralmente inapropriado para as necessidades e problemas das pessoas com doença crónica (Jennings, Callahan e Caplan, 1988).

Assiste-se hoje a uma tendência da necessidade da prestação de cuidados de saúde no domicílio que, no caso das pessoas com doença crónica, assume especial relevância, pois permite a manutenção da pessoa doente no seu meio familiar e a manutenção da sua actividade social/laboral. Evitam-se assim todos os inconvenientes da hospitalização e suas

repercussões psicológicas.

A gestão da doença neste âmbito, é entendida como "*uma abordagem compreensiva, integrada para cuidados de saúde (...) baseados no curso natural da doença*" (Phipps, 2003: 234).

A Associação Americana de Gestão da Doença (*Disease Management Association of America*⁴), foi a primeira organização internacional exclusivamente dedicada a questões relacionadas com as doenças crónicas e define a Gestão da Doença, como "*um sistema de intervenções e de comunicações coordenadas de cuidados de saúde para populações, com condições nas quais os esforços de auto-cuidado são significativos*".

A gestão da doença inclui:

- 1.** Apoios ao plano de cuidados e à relação técnico de saúde - pessoa com doença. A relação das pessoas em situação de doença crónica com os profissionais de saúde tem de ser equacionada como uma sucessão de interacções no tempo, que têm um fim preciso, que mesmo que seja definido conflituosamente, coloca os protagonistas em presença e com o objectivo comum: o de controlarem a doença (Mendes, 2005). Com efeito, face às doenças crónicas, os cuidados têm como objectivo possível o controle da evolução da doença ou, pelo menos, dos seus sintomas e das suas complicações, com vista à manutenção da qualidade de vida dos sujeitos. É neste sentido que Dodier (1983) fala de gestão da doença.
- 2.** Ênfase na prevenção de exacerbações e complicações utilizando boas práticas baseadas na evidência e estratégias de *empowerment* avançado dos doentes. Se é verdade que na doença crónica a gestão dos sintomas depende em grande parte do seguimento de um tratamento e do regime paliativo indicado pelos profissionais, são as pessoas em situação de doença que quotidianamente lidam com ela que têm de aprender qual o padrão dos sintomas, quando aparecem, quanto tempo duram, como preveni-los, como diminuir a sua intensidade e voltar de novo a identificar os sintomas (Mendes, 2005).
- 3.** Condições para que um tratamento específico seja aceite e seguido, como por exemplo: a confiança que se tem naquele que o prescreve, na evidência mínima de que é o tratamento certo para controlar os sintomas e a doença, no facto de que não existem efeitos secundários inquietantes e na relativa ausência de interferência com as actividades quotidianas mais importantes para a pessoa em situação de doença e para seu ambiente (Mendes, 2005).

⁴ Consultado em: www.dmaa.org

4. Avaliação de resultados clínicos, humanísticos e económicos, numa base contínua e com o objectivo de melhorar a saúde global. A assumpção básica da gestão da doença é a de que se pode instituir um sistema de cuidados que melhore os resultados clínicos, humanísticos e económicos relacionados com as doenças crónicas.

Estes resultados incluem a prevenção ou a diminuição da gravidade das exacerbações, complicações agudas ou problemas relacionados com as doenças crónicas, ao mesmo tempo que se mantêm a qualidade dos cuidados e o controlo dos custos.

A ênfase da gestão da doença incide na gestão da pessoa com doença no ambulatório através de uma educação e aquisição de competências de auto-gestão associadas a um processo de monitorização detalhada e sistemática do estado de saúde da pessoa em situação de doença, com vista à detecção precoce de complicações e aplicação das intervenções apropriadas com potencial de efectividade para inverter o curso desfavorável da doença.

Há uma incidência importante na maximização das funções, apesar da doença, e no aumento da recuperação através do melhor uso dos recursos e serviços.

A alocação de recursos (incluindo serviços, educação, trabalho diagnóstico) é baseada nas necessidades da pessoa com doença para o seu estado de saúde específico.

Geralmente, a gestão da doença envolve a provisão de cuidados de qualidade através de todos os contextos dos cuidados de saúde (*continuum*). São desenvolvidas boas práticas que visam tanto os cuidados de saúde primários como os cuidados especializados hospitalares, na medida das necessidades. A continuidade dos cuidados é vital! Isto implica que haja uma efectiva comunicação e coordenação, quer entre prestadores, quer entre os contextos de cuidados (sector da saúde e social).

Actualmente, sendo a asma uma doença de cariz profundamente psicossomático, o plano terapêutico, não visa apenas o tratamento dos sintomas físicos mas sim, o “cuidar” da pessoa com asma o mais holisticamente possível.

“A utilização destas metodologias visa, além de melhorar a eficácia da avaliação e tratamento do doente, reduzir o número de idas ao Serviço de Urgência, permanência e consulta com diminuição dos gastos no tratamento desta doença crónica.” (Fragoso, 2003:23).

A importância dos factores psicológicos como factores desencadeantes é evidenciada por Koszer (2001):

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

- a) O stress psicológico intervém com frequência como factor etiopatogénico;
- b) Os níveis de ansiedade são maiores na pessoa com asma do que na população em geral;
- c) A sugestão e os condicionamentos emocionais e ambientais mantêm ou “*cronificam*” o quadro;
- d) As crises e a sintomatologia asmática vão modelando a personalidade da pessoa com asma e as suas relações interpessoais;
- e) A partir das crises podem advir transtornos psicopatológicos secundários como crises de pânico, quadros depressivos, impossibilidade de estar só e outras fobias, ou reacções histéricas, etc.

Nesta perspectiva, o stress é fruto da interacção entre estímulos ambientais e respostas individuais. Ocorre apenas quando a pessoa avalia as exigências externas como excedendo as suas capacidades e recursos para lidar com elas, e, para as quais o individuo não possui respostas prontamente disponíveis (Lazarus e Folkman, 1984). Nesta formulação torna-se crucial compreender o contexto da relação entre a pessoa e o meio envolvente, pois da interacção entre os dois resulta o comportamento humano. Em suma, o que realmente interessa é a pessoa em situação de stress e não a pessoa com sintomas de stress.

Importa atentar no processo de *coping* (recursos pessoais para elaborar a capacidade de ajustamento, prevalência das emoções no processo de afrontamento) face à doença, para poder reeducar a pessoa em situação de doença para um melhor controlo e adaptação à mesma, dando especial importância ao estudo integral e multifactorial da doença.

Para tal, o esforço deve centra-se em caracterizar, de maneira individual as seguintes particularidades (Lopez e Vázquez, 1996):

1. Estados emocionais prevalectentes e a possibilidade da sua adequada expressão;
2. Sistema de crenças e particularidades valorativas e como dirigem e regulam o comportamento (pensamentos catastróficos);
3. Função auto regulativa e auto valorativa (auto-conceito: vulnerabilidade, atribuições);
4. Particularidades do processo de *coping*;
5. Tolerância à frustração, eleger procedimentos de intervenção psicológica em função do psicodiagnóstico, e avaliar os seus resultados sem esquecer a origem multifactorial da asma, tendo em conta a importância da interdisciplinariedade do tratamento, de forma a promover

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

a capacitação dos mecanismo de *coping* da pessoa em situação de doença, melhorando desta forma a sua qualidade de vida.

No que se refere à abordagem cognitivo-comportamental, o foco da intervenção terapêutica centra-se nos factores cognitivos ou comportamentais, ensinando-se a pessoa com doença, através da reestruturação cognitiva, a desenvolver outro tipo de pensamentos, menos ameaçadores e mais adaptados (Caro, 2002).

Os programas cognitivo-comportamentais de auto-regulação dirigidos à pessoa com asma podem melhorar a percepção e o conhecimento da doença. As condutas e atitudes associadas incidem favoravelmente no curso clínico global da mesma. Mudando desta forma o comportamento da pessoa em situação de doença em relação ao seu corpo, o qual supõe que mediante isto e o domínio das suas cognições e emoções, se produzam igualmente mudanças no seu comportamento, perante situações temidas, como as crises de asma e as situações ansiógenicas em geral, assim como perante possíveis desencadeantes das mesmas (Caro, 2002).

“As pessoas em situação de doença fazem sempre escolhas face às pressões da doença e do tratamento” (Mendes, 2005:45). Assim, os regimes de tratamento não são automaticamente aceites pelas pessoas em situação de doença, mas são avaliados em função das consequências. Isto parece significar que na gestão quotidiana da doença, por vezes são mais decisivos os critérios sociais do que os critérios clínicos (Mendes, 2005).

A pessoa em situação de doença *“...faz escolhas em função do tempo que lhe ocupa este trabalho de gestão do desconforto produzido, da energia exigida, da visibilidade social do tratamento e da eficácia percebida face aos sintomas.”* (Mendes, 2005:45). Para que o tratamento seja aceite pelas pessoas com doença, este deve fazer sentido para os mesmos, ou seja, deve ser equacionado segundo os seus modelos explicativos da doença. Isto adquire especial importância se o tratamento prescrito induzir uma forma temporária de mal-estar (sensações físicas ou efeitos colaterais desagradáveis), como é o caso da quimioterapia, da radioterapia ou da cirurgia (Strauss 1978). *“É esta leitura que fará com que a pessoa com doença modifique, totalmente ou em parte, um tratamento, ou procure outras soluções a serem utilizadas, simultaneamente ou em alternativa...”* (Mendes, 2005:45).

1.3.1 – Processo da Gestão da Doença

Num estudo realizado por Shontz (citado por Ogden, 1999) a partir da observação de pessoas

hospitalizadas, são descritas três fases que essas pessoas experimentam quando lhes é diagnosticada uma doença crónica:

- Choque, que tem como característica a estupefacção e a desorientação da pessoa em situação de doença, revelando igualmente sentimentos de indiferença face à situação;
- Reacção de defrontar, que se caracteriza pelo pensamento desorganizado e sentimentos de perda e desamparo/desespero;
- Reserva, caracteriza-se pela negação da doença diagnosticada e das suas implicações.

Ao atingirem a terceira fase, a reserva, os indivíduos com diagnóstico de doença crónica podem gradualmente lidar com o diagnóstico. A negação da realidade é apenas uma fase que permite ao indivíduo enfrentar gradualmente a realidade e enfrentar a doença (Shontz, 1975 citado por Ogden, 1999).

“A doença crónica persiste durante toda a vida da pessoa, ela tem de viver com ela e muitas vezes para ela e, aqui o papel da pessoa com doença crónica não é procurar a cura mas sim gerir a doença até ao fim da vida” (Baszanger, 1986 citado por Mendes, 2005:44).

Para o controlo das doenças crónicas, é necessária uma abordagem continuada de anos ou décadas, percorrendo de uma forma longitudinal os sistemas de saúde e envolvendo vários sectores da sociedade.

Vem emergindo, nas últimas décadas, um novo conceito que propulsiona uma abordagem pró-activa por parte dos sistemas de saúde e da população, designado por gestão integrada da doença (*disease management*). Esta é definida como um sistema coordenado de intervenções de saúde e de comunicação com a população para quem os esforços de auto-cuidados sejam significativos, através de intervenções interdisciplinares e intersectoriais baseadas no contínuo da prestação de cuidados de saúde que, pro-activamente, identificam populações com ou em risco de contrair doenças ou perturbações específicas e que:

- Apoia os serviços de saúde e a sua relação com a pessoa com doença crónica e o planeamento dos cuidados (promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e reabilitação);
- Enfatiza a prevenção de episódios agudos e de complicações utilizando boas práticas clínicas e estratégias de *empowerment* do paciente;
- Avalia os resultados clínicos, a humanização da prestação dos cuidados de saúde e os aspectos económicos numa base de progressão com o objectivo de melhoria global da saúde,

após terem ocorrido as intervenções do programa.

As pessoas que mais beneficiam destes programas são as portadores de doenças crónicas de elevada prevalência, e/ou doenças complexas associadas a uma variação significativa da prática clínica. As doenças seleccionadas para a implementação destes programas devem ter disponíveis intervenções efectivas e possuir um elevado potencial para tratamento, autogestão e modificações comportamentais para melhorar os resultados⁵.

Neste sentido têm sido desenvolvidos programas de gestão da doença para a hipertensão arterial, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica e asma.

No entanto, a hiper-utilização dos serviços de urgência pelas pessoas com asma é um problema que gera custos elevados. Ao comprometer as pessoas com asma num programa de gestão da doença, a sua capacidade de se envolver e responsabilizar pelos auto-cuidados é marcadamente melhorada. A *American Lung Association* tem disponíveis vários programas para educar os doentes e as famílias⁶. As pessoas com asma são educados para usar o seu *peak flow meter*⁷ como um guia para as suas auto-intervenções (isto é aumentando a dose de corticóide inalatório ou sistémico, para evitar a progressão para uma crise aguda que levaria a pessoa com asma à urgência hospitalar) ou como marcador de situação apropriada para procurar o apoio dos serviços de saúde através do programa de gestão da doença.

Só é possível falar de um verdadeiro programa de gestão da doença crónica quando este é submetido a uma monitorização e avaliação, no sentido de se conseguirem identificar os resultados da gestão da doença. As mudanças nas estratégias dos cuidados deverão ser efectuadas de acordo com as boas práticas de modo a atingir os resultados esperados e a avaliar a evolução para os objectivos. Seguir estas boas práticas funciona como um mecanismo de "*tracking*" para assistir os prestadores na compilação de dados sobre os resultados dos doentes, a fim de fazer os ajustamentos adequados às boas práticas de cuidados, se aparecerem défices ou desvios. Para ajudar a assegurar a adesão aos planos terapêuticos, as preferências das pessoas em situação de doença devem ser identificadas e respeitadas e deve ser obtido um acordo mútuo e realista.

⁵ Consultado em <http://hospitaldofuturo.typepad.com/economia/2007/06/artigo-de-junho.html>

⁶ Consultado em: <http://www.lungusa.org>

⁷ Os Debitómetros (*Peak Flow Meters*) medem o *Peak Expiratory Flow* -PEF, o débito mais elevado com que o ar circula nas vias aéreas durante uma expiração forçada, ou seja avalia o grau de obstrução das vias áreas e, indirectamente a inflamação O valor diário do PEF obtido ao longo de 2 a 3 semanas, quando disponível, é útil para o estabelecimento do diagnóstico e da terapêutica.

1.3.2 – Estratégias de suporte à Gestão da Doença Crónica

A Gestão de um plano terapêutico, segundo Bennett (1999), resulta essencialmente de uma interação subtil da pessoa com as características e as exigências do comportamento desejado, existindo factores que dificultam mudanças de comportamento positivas no sentido de concretizar os objectivos individuais da cada pessoa.

Quando a pessoa é confrontada com o diagnóstico de uma doença crónica, esta necessita tomar consciência da sua doença e ser responsabilizada pela tomada decisão referente ao seu plano terapêutico (Franco *et al*, 2007).

No processo de participação da pessoa com doença crónica nos seus cuidados de acordo com o modelo de Kristeller e Rodin, há três estádios (Ribeiro, 1998 e Sousa, 2003):

- **Concordância:** a pessoa concorda e cumpre as recomendações clínicas, decide seguir o plano terapêutico e executa-o. “*Geralmente resulta na eficácia do tratamento...*” (Franco *et al*, 2007);
- **Adesão:** a pessoa mantém o plano terapêutico, com o qual concordou, sob vigilância. Os profissionais de saúde têm essencialmente um papel de orientação, promovendo a integração do tratamento no estilo de vida da pessoa e estratégias adaptativas. “*Fase de transição entre os cuidados prestados pelo profissional de saúde e o auto-cuidado.*” (Franco *et al*, 2007);
- **Manutenção:** a pessoa mantém o plano terapêutico, sem vigilância e integra-o nos seus hábitos de vida. Os profissionais de saúde têm essencialmente um papel de orientação, promovendo a integração do tratamento no estilo de vida da pessoa e estratégias adaptativas. “*Nesta fase a pessoa demonstra auto-controlo.*” (Franco *et al*, 2007);

A pessoa, segundo este modelo, vai desenvolvendo a partir de um comportamento passivo uma atitude activa no cumprimento do seu plano terapêutico, devido essencialmente ao reconhecimento da sua importância (Ribeiro, 1998 e Sousa, 2003).

A auto-gestão de um plano terapêutico, segundo Parker (2001) implica uma mudança por parte da pessoa. A autora sustenta-se nas premissas da teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1987) e da teoria da auto-eficácia (Bandura, 1977a) e no modelo transteórico (Prochaska, DiClementi e Norcross, 1992), onde é referido que o comportamento é determinado pela importância atribuída aos resultados advindos da sua adopção e pela expectativa de alcançar os resultados previstos.

Com o intuito de compreender melhor como a pessoa muda intencionalmente o seu

comportamento, Prochaska e DiClementi (1992) desenvolveram um modelo onde são referenciadas cinco fases de aptidão para mudança:

1- Pré-Contemplação – fase mais precoce na qual a pessoa ainda não tem consciência, conhecimento ou se encontra indisponível, sem coragem para mudar um comportamento (Franco *et al*, 2007).

2. Contemplação – há uma concordância perante a necessidade de mudar, no entanto, não há mudanças observáveis. *“O valor da mudança ainda não ultrapassa as barreiras à mudança de comportamento.”* (Franco *et al*, 2007).

3. Preparação – Fase em que a pessoa manifesta intenção de mudar o seu comportamento.

4. Acção – há uma mudança observável e sustentada do comportamento, o que requer *“...a aprendizagem de novas habilidades comportamentais e cognitivas...”* (Franco *et al*, 2007), de forma a assegurar a sustentabilidade das mudanças em curso.

5. Manutenção - Nesta etapa há um esforço contínuo por parte da pessoa para manter a mudança em curso.

6. Término – Quando a mudança de comportamento deixa de constituir uma preocupação.

1.3.3 – Factores para o sucesso da Gestão da Doença

A construção e implementação de programas de gestão da doença crónica envolve equipas multidisciplinares e intersectoriais, pelo que são vários os factores e actores que podem funcionar como obstáculos ou como facilitadores do seu funcionamento. Neste sentido elaborou-se uma análise SWOT (quadro 1) identificando quais os constrangimentos e as oportunidades para a implementação de um programa de gestão de doença crónica.

Quadro 1 – Matriz SWOT – para implementação de um programa de gestão da doença crónica

Matriz SWOT	
Forças	Fraquezas
<p>1-A pessoa com doença crónica é o actor principal (Nível individual)</p> <p>2-Programa Nacional de Controlo da Asma (Nível sistémico – macro)</p>	<p>1.Falta de conhecimento sobre a gestão da doença</p> <p>2.Défice de conhecimento da doença</p> <p>3.Auto-confiança reduzida</p>
Oportunidades	Ameaças
<p>1-Mudanças das políticas de saúde</p> <p>2-Formação dos profissionais</p>	<p>1 - Falta de infra-estrutura de suporte para a gestão da doença</p> <p>2-Atitude ineficiente dos prestadores de cuidados</p> <p>3- Ineficiências no SNS</p>

Forças:

1- A pessoa em situação de doença crónica é o actor principal do processo terapêutico, sendo o responsável pela maior parte do “trabalho” nos programas de gestão da doença (Greenfield, et al 1988). Assim, a pessoa com doença crónica tem de estar consciencializada da necessidade de executar o seu plano terapêutico para que possa ter comportamentos de auto-gestão (Guerra, 2006);

2- A Comissão de Coordenação para o Programa da Asma do Ministério da Saúde, foi nomeada pela Ministra da Saúde Maria Belém do XII Governo constitucional (Despacho nº 6536/99 -2ª série de 1 de Abril de 1999), com o objectivo de elaborar PNCA. Este PNCA pretende reduzir a morbilidade e a mortalidade por asma e ainda, melhorar a qualidade de vida e do bem-estar do doente asmático. Foram ainda definidas como linhas estratégicas⁸:

- Desenvolvimento de capacidades e competências no doente e na família para controlar a asma;
- Intervenção em grupos de risco acrescido;
- Melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde na área do ambulatório;
- Promoção de boas práticas profissionais baseadas nos novos conceitos de diagnóstico e tratamento da asma;
- Intervenção no meio ambiente;
- Desenvolvimento do associativismo entre asmáticos;
- Vigilância epidemiológica da asma, através de um sistema de informação;
- Gestão integrada da doença;

Sendo as metas para 2007:

- *Redução do número de internamentos hospitalares por asma, que nas crianças, e adolescentes (< 19 anos) deverá atingir, pelo menos, 20% dos valores basais;*
- *Redução do absentismo escolar e laboral por asma, que na população escolar deverá atingir, pelo menos, 30% dos valores basais;*
- *Atingir uma percentagem significativa de doentes asmáticos (25% da população asmática estimada) capazes de auto-controlarem a sua doença (DGS, 2000a:14).*

⁸ <http://www.sppneumologia.pt/textos/?imc=46n75n>

Fraquezas:

- 1- A falta de conhecimento relacionado com o processo de gestão da doença, ignorando uma série de actividades/recursos/profissionais que são peças importantes e indispensáveis (Guerra, 2006);
- 2- Défices de conhecimento relacionado com o estado de doença (Guerra, 2006). Se a pessoa não tem consciência que as complicações da asma podem ser prevenidas, pode não se sentir motivado a empenhar-se na realização das actividades necessárias à manutenção de um bom controlo das crises asmáticas. Igualmente, se o prestador não for capaz de compreender a percepção que a pessoa com doença tem da sua própria doença, entrando em sintonia com as suas crenças, receios, limitações e preocupações, sugerir-lhe (ou “impor-lhe”) mudanças comportamentais poderá não produzir os efeitos desejados, porque os objectivos do prestador e do doente não são convergentes (Guerra, 2006);
- 3- Défice de confiança nas suas capacidades para participar como membro central da equipa de gestão da doença. Se a pessoa em situação de doença crónica não confia na sua base de conhecimentos e de competências, a sua participação pode ser limitada (Greenfield *et al*, 1995). A pessoa com doença deve ser capaz de se envolver e participar no plano de cuidados que lhe é proposto e de se tornar um participante totalmente envolvido em todas as tomadas de decisão que digam respeito ao controlo da sua doença (Guerra, 2006).

Ameaças:

- 1- Ausência ou falta de infra-estrutura de suporte do sistema de saúde para a gestão da doença (Greenfield *et al*, 1995). A gestão da doença inclui, muitas vezes, alterações profundas nos comportamentos usuais da pessoa com doença crónica (isto é mudanças na dieta, nas rotinas diárias, exercício, adição de medicações, etc.). As mudanças comportamentais podem ser mais prontamente instituídas e consolidadas se a pessoa tiver uma infra-estrutura de apoio intacta, quer ao nível dos serviços de saúde formais, quer ao nível dos recursos comunitários onde se insere.
- 2- Nesta equipa, o prestador de cuidados pode ter uma acção pouco promotora de sinergias no processo de gestão de doença crónica, como sejam:
 - Ser resistente a adoptar as boas práticas dos programas de gestão da doença, principalmente, se for muito diferente do seu estilo de prática clínica diária. Por exemplo, o prestador pode não concordar com os padrões de cuidados propostos ou não estar

actualizado sobre as boas práticas baseadas na evidência e, por isso, sentir-se pouco preparado para prestar o tipo de intervenções recomendado por um programa de gestão da doença específico (Greenfield *et al*, 1995)

■ Não querer abdicar do poder de decisão técnica e sentir-se desconfortável com a participação da pessoa com doença crónica nesse processo de tomada de decisão que se relaciona com o controlo da sua doença. Isto pode ainda traduzir-se numa relutância/dificuldade em partilhar os seus cuidados com outros profissionais de saúde, comprometendo assim a continuidade e integração dos cuidados (Greenfield *et al*, 1995)

■ Indisponibilidade dos prestadores para prestarem cuidados (adicionais) sem serem reembolsados por isso (Greenfield *et al*, 1995). A educação da pessoa com doença crónica e as intervenções preventivas não têm códigos de reembolso (por exemplo nas tabelas do IGIF) nem são alvo de contratualização, pelo que, não havendo incentivos, este tipo de serviços essenciais para o controlo das doenças crónicas assume uma expressão limitada como prática clínica estruturada e, de acordo com Wagner, (1996) as boas práticas evidenciam que a educação da pessoa com doença crónica é uma das ferramentas a utilizar no plano terapêutico porque melhora os comportamentos de autogestão e por isso mesmo, têm tanto valor como a intervenção medicamentosa.

3 - Alheias à equipa prestadora de cuidados existem por parte do SNS dificuldades acrescidas, tais como:

■ A fragmentação (falta de coordenação efectiva) dos sistemas de prestação de cuidados de saúde devido à falta de integração dos diversos sectores de intervenção (Saúde, segurança social, educação...). Algumas organizações têm programa de gestão da doença contratualizados com Organizações de Gestão da Doença (*carve out*), ou seja não desenvolvem a sua própria infra-estrutura interna de gestão da doença e tal opção pode contribuir para aumentar a fragmentação do sistema de saúde, particularmente dos cuidados de saúde primários que se vêm assim com dificuldades para assegurar a continuidade dos cuidados. A integração do sistema de saúde que crie condições *operacionais* para a continuidade de cuidados, assim como a comunicação e a coordenação entre os prestadores/equipas dos diferentes contextos (sectores) de cuidados são essenciais (Guerra, 2006);

■ Falta de sistemas de informação integrados essenciais, conduzem à impossibilidade de acompanhar e seguir a trajectória dos doentes entre os diferentes contextos de cuidados.

(Greenfield *et al*, 1995). Como por exemplo, a pessoa com asma que é observada pelo médico de família, pneumologista e médico do serviço de urgência. É importante ter um sistema de informação que permita que cada prestador tenha acesso ao plano terapêutico corrente dessa pessoa, a fim de que possa ser detectado o uso de corticóides orais, visto que tal aumenta o risco da pessoa durante uma eventual exacerbação aguda da doença. Neste cenário urge criar sistemas de informação que permitam a ligação entre os sistemas de informação dos diferentes contextos de cuidados e que incorporem modalidades inovadoras de interacção com os doentes crónicos (Wagner, 1996);

■ Colheita insuficiente de dados para avaliar a efectividade das intervenções e a falta de consenso relacionada com os padrões recomendados (Greenfield *et al*, 1988);

■ Medidas inadequadas que não são suficientemente sensíveis para avaliar a efectividade dos cuidados, sendo fundamental o desenvolvimento de estudos económicos que identifiquem cuidados com pouca efectividade ou inapropriados e respectivas variações nos resultados obtidos, contribuindo assim para o desenvolvimento de boas práticas clínicas (Greenfield *et al*, 1988);

■ Falta de manuais de boas práticas para algumas doenças específicas ou presença de mais do que uma boa prática discordante. Por exemplo, há diferentes boas práticas para o despiste do cancro da mama por mamografia, dependendo da organização que promulga os padrões (Guerra, 2006). Como deve o prestador ou o sistema chegar a um consenso e seleccionar um dos padrões para utilização? Poderá ser uma mais-valia a elaboração de relatórios sobre indicadores de *performance*. A monitorização e a avaliação dos cuidados permite a realização de mudanças apropriadas se forem identificadas ineficiências (Greenfield *et al*, 1995);

Oportunidades:

1- Existe uma consciência pública cada vez maior da importância que as políticas na área da saúde podem assumir na promoção do *empowerment* do doente crónico, sendo disso reflexo a intervenção do Ministro da Saúde Correia de Campos (no 1.º Fórum Nacional do Doente Crónico, em Lisboa, 2006), quando refere que “...A incidência das doenças crónicas é crescente e aumenta com a idade, tendo um impacto significativo na duração e na qualidade de vida dos doentes. As doenças crónicas estão entre as principais causas de morte, doença e incapacidade nas sociedades ocidentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crónicas representam mais de 60 por cento da morbilidade mundial e,

consequentemente, representam uma ameaça para a saúde pública e para a economia dos países (...) Do ponto de vista do Serviço Nacional de Saúde (SNS), compete-nos promover a implementação de programas de gestão de doenças crónicas e monitorizar os seus efeitos na melhoria da qualidade de vida dos doentes, trabalhando em parceria com os doentes e associações da sociedade civil.

Uma boa gestão da doença crónica empodera o doente, melhora a sua qualidade de vida e previne crises e descompensações⁹.

2- A Formação dos profissionais de saúde no âmbito da investigação científica e da relação é fundamental para a promoção da saúde das pessoas com doença crónica, melhorando a sua qualidade de vida. (Guerra, 2006). Os profissionais de saúde dispõem de competências que lhes permite desenvolver e intervir no estudo, avaliação, e tratamento da pessoa com doença crónica, identificando o processo de *coping* face à doença. Só assim podem estimular a mudança de comportamentos, formando e ajudando as pessoas na concretização do seu projecto de saúde com vista a um melhor controlo e adaptação da sua doença (Fragoso, 2003)

1.3.4 – Factores chaves de sucesso na implementação do processo da Gestão da Doença

A problemática da adesão é considerada como matéria de preocupação e análise após a constatação de que, ao contrário do esperado, nem sempre as recomendações dos profissionais de saúde ou dos especialistas são devidamente seguidas. Este facto é especialmente grave quando a maior parte das doenças actuais tem um carácter crónico, estando a recuperação e a qualidade de vida muito dependente dos comportamentos e das estratégias de confronto da pessoa em situação de doença e/ou da família (Newacheck e Halfon, 1998).

A classificação das pessoas com doença em dois ou três grupos distintos e bem definidos é efectuada por Haynes em 1979: os que não aderem, os que aderem e os que aderem moderadamente (Dolgin, Katz, Doctors, e Siegel, 1986; Phipps e DeCuir-Whalley, 1990).

Uma categorização deste tipo é feita através da avaliação global dos comportamentos de adesão e utiliza critérios objectivos e quantificáveis entre os quais se considera como um dos mais significativo a própria evolução da doença.

Assim, frequentemente, profissionais e pessoas em situação de doença avaliam o sucesso ou insucesso de um tratamento ou medicação de formas diferentes. Quando um tratamento se traduz numa alteração dos diferentes aspectos que dominam o seu quadro de vida ele tende a

⁹http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Intervencoes/20061211_MS_Int_Doente_Cronico.htm

ser visto como um fracasso pela pessoa com doença, mesmo que se traduza num sucesso para os profissionais. Para a pessoa com doença o fracasso de uma intervenção terapêutica é determinado, mais por uma evidência psico-social, do que pela evidência física do fracasso (Baszanger, 1986 citado por Mendes, 2005). Relativamente aos sintomas residuais, considerados um fracasso pelos profissionais, eles tendem a ser equacionados pelas pessoas em situação de doença, como um preço que vale a pena pagar pela ausência de sintomas severos e desagradáveis.

Ainda se verifica que “...enquanto a pessoa com doença tende a escolher o curto prazo contra a incerteza a longo prazo e a inserção social contra a ameaça do isolamento ou exclusão, os profissionais tendem a recomendar medidas conservadora...” (Mendes, 2005:46). Estas opções evidenciam duas lógicas diferentes: a lógica do controle dos sintomas oposta à lógica do controlo da doença. Além disso, têm subjacentes, diferentes concepções da doença e dos papéis face à doença e é a partir delas que cada um dos actores avalia o sucesso ou fracasso das intervenções.

Neste âmbito é fundamental a compreensão do curso da doença pelas pessoas com doença e pelos prestadores, promovendo-se programas de gestão da doença crónica que incluam aspectos como:

- A etiologia e o padrão das exacerbações, remissões, recuperação ou incapacidade devido à doença;
- Ter como alvo os pessoas em situação de doença de alto risco que têm maior probabilidade de beneficiar das intervenções do programa de gestão da doença – Intervir sobre as pessoas com doença que com maior probabilidade geram custos elevados para o sistema da saúde, ou que apresentam maus resultados clínicos (Guerreiro, 2006);
- Foco tanto na prevenção, como na resolução pró-activa dos episódios agudos da doença – Sendo o objectivo major a prevenção/resolução dos episódios agudos e a prevenção das complicações tardias da doença;
- Educar as pessoas em situação de doença crónica para melhorar a eficácia na auto-gestão – Dar resposta aos riscos da doença e atribuir importância ao controlo e gestão da doença. Educar a pessoa com doença crónica e a família relativamente à prevenção e às complicações previsíveis de longo prazo, muitas das quais resultam de uma adesão precária aos planos de tratamento mutuamente acordados. Encorajar pessoas em situação de doença a participar em mudanças de comportamento positivas e em comportamentos de auto-

cuidados. Os objectivos da educação só estão atingidos quando a pessoa com doença crónica incorporou comportamentos positivos na sua vida diária, numa perspectiva de longo prazo;

■ A continuidade e integração de cuidados são essenciais – Promover por um lado, o planeamento, provisão e monitorização dos cuidados em todos os contextos dos cuidados de saúde e durante todas as fases da trajectória evolutiva da doença (cuidados agudos e cuidados primários, cuidados domiciliários e cuidados continuados, etc.). E por outro lado, tornar efectiva a continuidade de cuidados através de registos integrados e do seguimento da trajectória das pessoas com doença crónica dos diversos contextos dos cuidados;

■ Estabelecer e utilizar sistemas integrados de gestão da informação – Possibilitar o registo electrónico em base de dados padronizadas que possam ser acedidos por todos os prestadores em qualquer dos sectores de cuidados. O que poderá também facilitar a melhoria das abordagens aos cuidados através da utilização apropriada de processos de análise de dados e de resultados, fornecendo relatórios sobre a *performance* individual dos prestadores de forma periódica, que alertem para desvios das boas práticas.

1.4 – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação é um termo usado para descrever um fenómeno complexo. Muitos significados foram atribuídos a este termo e muitas definições foram dadas para capturar a complexidade deste fenómeno. Para as finalidades deste estudo, o termo comunicação é definido como a troca de informação interpessoal que ocorre entre uma fonte e um receptor (Northouse e Northouse, 1992).

A comunicação em saúde diz respeito ao “...*estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde...*” (Teixeira, 2004:615). Uma premissa central da comunicação em saúde é que quando ocorre uma doença, há necessidade de comunicar.

Esta definição é suficientemente ampla para englobar todas as áreas nas quais a comunicação é relevante em saúde. Não se trata somente de promover a saúde, embora esta seja a área estrategicamente mais importante.

A comunicação em saúde inclui mensagens que podem ter finalidades muito diferentes (Teixeira, 2004:615), tais como:

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

- Promover a saúde e educar para a saúde;
- Evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde;
- Prevenir doenças;
- Sugerir e recomendar mudanças de comportamento;
- Recomendar exames de rastreio;
- Informar sobre a saúde e sobre as doenças;
- Informar sobre exames médicos que é necessário realizar e sobre os seus resultados;
- Prescrever terapêuticas;
- Recomendar medidas preventivas e actividades de auto-cuidados em indivíduos doentes.

Assim, a comunicação é um tema transversal em saúde e, no entender de Teixeira (2004), com relevância em contextos muito diferentes:

- Na relação entre os técnicos de saúde e os doentes dos serviços de saúde;
- Na disponibilização e uso de informação sobre saúde, quer nos serviços de saúde quer, nas famílias, escolas, locais de trabalho e na comunidade;
- Na construção de mensagens sobre saúde no âmbito de actividades de educação para a saúde e de programas de promoção da saúde e de prevenção, que visam a promoção de comportamentos saudáveis;
- Na transmissão de informação sobre riscos para a saúde em situações de crise;
- No tratamento dos temas de saúde nos meios de comunicação social, na Internet e outras tecnologias digitais (CD Rom, DVD);
- Na educação dos doentes com a finalidade de melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde;
- Na formação dos técnicos de saúde;
- Nas relações inter profissionais em saúde;
- Nas intervenções e afirmações públicas dos técnicos de saúde;
- Na comunicação interna nas organizações de saúde;
- Na qualidade do atendimento dos doentes por parte de funcionários e serviços.

A importância dos processos de comunicação em saúde, segundo Teixeira (2004:616), é dada pelo seu carácter:

“Transversal – A várias áreas e contextos de saúde, quer nos serviços de saúde quer na comunidade.

Central – Na relação que os técnicos de saúde estabelecem com os utentes no quadro da

prestação dos cuidados de saúde.

Estratégico – Relacionado com a satisfação dos utentes”.

Os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica porque podem influenciar significativamente a avaliação que as pessoas doentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de gestão do seu plano terapêutico. Esta avaliação dos cuidados de saúde prestados pelos técnicos baseia-se, essencialmente, nas competências relacionais dos técnicos de saúde com os quais interagiram (Teixeira, 2004).

Não parecem existir dúvidas de que a relação entre o profissional de saúde e a pessoa com doença é assimétrica, uma vez que é baseada numa procura de ajuda, baseada nessa mesma autoridade “clínica”. O profissional de saúde, sob pena de não corresponder às necessidades da pessoa, fica, pois, sujeito à obrigação de possuir competências que lhe permitam ajudar a pessoa em situação de doença na procura de informação indispensável ao exercício da sua autonomia (Ricou, 2004).

Os problemas de comunicação na relação entre os técnicos de saúde e as pessoas em situação de doença podem relacionar-se com os processos de comunicação afectiva dos técnicos de saúde, em particular quando ocorrem:

- Distanciamento afectivo, relacionado com o evitar de temas difíceis da doença grave, ameaçadora ou terminal ou de resultados positivos de exames que se realizaram (as “más notícias”- entendida como qualquer informação que envolva uma mudança na perspectiva de futuro num sentido negativo). Pode levar facilmente à banalização (Buckman, 1992; Miranda e Brody, 1992);
- Desinteresse pelas preocupações que a pessoa com doença tem em relação ao seu futuro;
- Dificuldade em funcionar como fonte de apoio emocional e de transmissão de segurança (Teixeira, 2004).

De forma a viabilizar a participação activa no planeamento do seu plano terapêutico, a pessoa em situação de doença necessita de fazer perguntas, de se manter informada e de participar nas decisões. Alguns estudos no âmbito da comunicação indicam como preocupações chaves das pessoas com doença são:

1. Dificuldade em obter informação (Wright e Dyck, 1984);
2. Dificuldade em compreender e recordar a informação que lhes é dada (Chesler e Barbarin,

1984, Krant e Johnston, 1978);

3. Dificuldade em iniciar a comunicação com a equipa de saúde (Northouse e Northouse, 1992, 1987; Bond, 1982; Krant e Johnston, 1978);

4. Confusão de papéis: não saber a quem dirigir questões e preocupações sobre as condições do seu familiar;

5. Acessibilidade à equipa de saúde (Northouse e Northouse, 1992).

É frequente existirem problemas de comunicação entre técnicos de saúde e pessoas em situação de doença, quanto mais não seja porque, sobretudo em consultas e outras intervenções, as agendas são diferentes.

Estas dificuldades tendem a acentuar-se, sempre que em simultâneo houver: longas esperas e consultas ou intervenções rápidas; entrevistas centradas mais nos técnicos do que nas pessoas com doença; ansiedade por parte da pessoa doente e atribuição de valor escasso à comunicação com a pessoa em situação de doença (Teixeira, 2004).

Um dos fenómenos que dificulta a comunicação entre equipa de saúde e pessoas com doença será a literacia em saúde, definida por Teixeira (2004), como a capacidade para ler, compreender e lidar com informação de saúde, capacidade em relação à qual é importante ter em conta que há desigualdades de oportunidades em relação à comunicação em saúde para indivíduos com estatuto socio-económico baixo e nível educacional baixo.

Os principais problemas que podem ocorrer na transmissão de informação pelos técnicos de saúde, de acordo com Teixeira (2004), são:

- Informação insuficiente, imprecisa ou ambígua sobre comportamentos de saúde (por exemplo, regimes alimentares, exames de rastreio), natureza da doença que afecta a pessoa doente, exames complementares e tratamentos (Greenfield *et al*, 1995);
- Informação excessivamente técnica sobre resultados de exames ou causa da doença (Guerra, 2006);
- Tempo escasso dedicado à informação em consultas e intervenções mais centradas nos técnicos do que nas pessoas em situação de doença (Greenfield *et al*, 1995).

As pessoas com doença crónica, segundo Northouse e Northouse (1987), referem necessitar de mais informação a respeito do seu diagnóstico, do prognóstico e das alternativas disponíveis de tratamento.

Num estudo exploratório, Wright e Dyck (1984) indicam que uma das primeiras

preocupações das pessoas em situação de doença é obterem informação dos médicos e das enfermeiras sobre o seu progresso diário.

1.4.1 – Acessibilidade à equipa de saúde

São vários os factores que podem limitar o acesso à equipa de saúde: a disponibilidade e a localização das infra estruturas onde os cuidados são prestados, o transporte até esses locais (Phipps, 2003: 31). Apesar da relevância destes aspectos, iremos abordar essencialmente o acesso à informação por parte da pessoa em situação de doença crónica.

A obtenção de informações tem implicações significativas para as pessoas em situação de doença crónica, nos seus esforços e nos mecanismos encontrados para lidar com a doença. De acordo com Cohen *et al* (1983) e Lazarus (1984), procurar informação é uma das estratégias mais elementares, usadas para lidar com um evento stressante. Acredita-se que é útil fornecer às pessoas com doença informação que permita interpretar e esclarecer o evento stressante, que é a doença (Northouse e Northouse, 1987).

O contacto limitado com equipa de saúde poderá ser um factor primordial que contribui para as dificuldades das pessoas em situação de doença obterem informação (Krant e Johnston, 1978; Northouse e Northouse, 1992). Normalmente considera-se que é da responsabilidade da pessoa com doença crónica iniciar o contacto com a equipa de saúde, no sentido de obter a informação desejada, pois é ela a parte mais interessada nessa informação. No entanto, Bond (1982) refere que as pessoas em situação de doença têm dificuldade em iniciar o contacto com as equipas de saúde.

A pesquisa sugere que a confusão de papéis é das barreiras mais frequentes à comunicação eficaz da equipa de saúde com a pessoa em situação de doença (Northouse e Northouse, 1992). Preconizam as boas práticas que os cuidados prestados das pessoas com asma deverão envolver uma equipa multidisciplinar, por exemplo, deverão integrar o pneumologista, os enfermeiros, o assistente social e o psicólogo, entre outros. Nesta situação, as pessoas em situação de doença tem dificuldade em distinguir os diversos profissionais de saúde, assim como identificar qual o seu papel e as suas competências. Logo, frequentemente não sabem quais os profissionais envolvidos e responsáveis pelos cuidados, nem a quem se devem dirigir para colocar as perguntas específicas ou preocupações.

Num problema relacionado com a sua doença, a pessoa doente tem dificuldade em identificar qual o profissional responsável quando há uma equipa de vários profissionais envolvidos

Gionta (2005).

Em Portugal têm-se efectuado pesquisas no sentido de facilitar e envolver a pessoa com asma no auto-controlo, seguimento e monitorização da sua doença. Um dos exemplos desta evidência é o projecto P'ASMA, uma aplicação informática com um interface amigável de fácil acesso através da Internet e que co-responsabiliza a pessoa no seu processo terapêutico e permite em simultâneo aos profissionais de saúde acompanhar a monitorização do plano terapêutico.

“O auto controlo é a monitorização pelo próprio paciente da evolução da sua doença crónica e o ajusto do tratamento de acordo com um plano terapêutico acordado com o médico e regularmente revisto em consultas de seguimento.” (Amaro, 2005:1).

Neste contexto, no serviço de imunoalergologia do Hospital de S. João foi desenvolvido uma aplicação informática - *P'ASMA*- de forma a facilitar e apoiar a utilização do auto-controlo nas pessoas com asma.

A aplicação informática congrega quatro componentes principais:

- A introdução de dados pela pessoa em situação de doença (e pelo profissional de saúde);
- Plano terapêutico individualizado definido pelo médico para cada pessoa com asma de acordo com as boas práticas definidas em Portugal;
- A síntese, classificação e apresentação adequada dos dados de monitorização para pessoa com asma e para o médico;
- Sistemas de apoio à decisão para a pessoa com asma relativos ao auto-controlo e para o médico relativo à classificação da gravidade, controlo e risco da asma.

O P'ASMA está acessível à pessoa com asma no seu dia-a-dia via Internet através de um *browser web*, permitindo registar a evolução da doença e verificar as medidas terapêuticas que deverá efectuar. Nos serviços de saúde, antes e durante a consulta médica, está acessível para a pessoa com asma e para o médico. Permite a recolha e armazenamento centralizado de um registo clínico sobre a asma e pode fornecer de forma imediata, tanto ao médico como à pessoa com asma, informação acerca do seu estado de saúde e de eventuais alterações terapêuticas a realizar.

A aplicação *web* inclui áreas de acesso restrito para as pessoas com asma e para os profissionais de saúde. O médico tem acesso total aos registos clínicos incluindo aos dados de monitorização da asma, facilitando a avaliação da evolução da asma entre consultas médicas.

O médico pode criar e adaptar o plano terapêutico para cada pessoa e situação clínica (por exemplo períodos de estabilidade, crises, etc.).

O P'ASMA inclui também um sistema interno de mensagens electrónicas entre pessoa com asma e profissionais (algumas geradas automaticamente em situações predefinidas), assim como conteúdos educativos sobre a asma e o auto-controlo com um teste de conhecimentos.

1.4.2 – Dificuldades de comunicação com a equipa de saúde

A doença crónica é uma situação muito mais complexa do que lidar com a depressão, com o stress, com a dor, com a fadiga, com as alterações da auto-imagem, com os tratamentos, com os episódios agudos, “*com as sucessivas hospitalizações, com as relações conflituosas com os profissionais de saúde e com a discriminação social*” (Mendes, 2005:44). A doença crónica é um acontecimento que essencialmente ocorre entre a pessoa em situação de doença e os seus mundos sociais e por isso se diz que as alterações que a doença impõe na vida do sujeito são, na maioria dos casos, muito mais problemáticas do que a própria doença em si (Mendes, 2005).

A subvalorização e a incompreensão desta realidade complexa por parte dos profissionais têm-se traduzido negativamente na qualidade dos cuidados prestados às pessoas em situação de doença crónica. Segundo Thorne (1993) diversos estudos realizados sobre as relações entre a pessoa com doença crónica e os profissionais de saúde, evidenciam problemas ao nível da comunicação, incompatibilidade de expectativas, paternalismo na tomada de decisão clínica, insensibilidade profissional face ao impacto do seu discurso sobre as pessoas em situação de doença, desconfiança do envolvimento familiar e inexistência de um modelo cooperativo na prestação de cuidados.

O que está em causa nesta realidade (a doença crónica), de acordo com Mendes (2005), é, por um lado, a dificuldade de partilha do poder profissional (jamais reivindicada face às doenças agudas) e, por outro lado, o novo papel desempenhado pelas pessoas com doenças crónicas que, de actores expectantes, passam a exigir um papel activo na dinâmica dos cuidados.

O contexto de referência no qual ocorrem as interações é dominado pelo modelo biomédico (que valoriza excessivamente as técnicas de diagnóstico e de tratamento e desvaloriza o sofrimento e a comunicação) e pelo modelo autoritário de influência social dos técnicos de saúde (Mendes, 2005).

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Esta situação não favorece a comunicação persuasiva, que exige um modelo de cooperação que tenha em conta as atitudes, crenças e expectativas da pessoa (Cameron, 1996).

As consequências dos problemas de comunicação na relação entre os técnicos de saúde e as pessoas com doenças, de acordo com Teixeira (2004), podem ser variadas:

- Insatisfação das pessoas em situação de doença com a qualidade dos cuidados de saúde;
- Erros de avaliação, porque não se identificam queixas relacionadas com crises pessoais, dificuldades de adaptação e/ou psico-patologia e se focaliza no primeiro problema apresentado, que nem sempre é o mais importante;
- Comportamentos de adesão mais insatisfatórios;
- Mais dificuldades no confronto e adaptação à doença por não saber o que fazer (incerteza), ter recebido informação contraditória (ambiguidade) ou até por se sentir incompreendido;
- Comportamentos inadequados de procura de cuidados, quer através de procura excessiva e/ou recorrente dos serviços de saúde, quer de procura alternativa.

“Particularmente, as dificuldades relacionadas com a transmissão de informação e com atitudes inadequadas dos técnicos em relação à comunicação podem resultar em comportamentos de adesão insatisfatórios em relação à adopção de comportamentos saudáveis, realização de exames de rastreio e de diagnóstico, tratamentos medicamentosos, desenvolvimento de auto-cuidados, realização de outras consultas e adesão a medidas de reabilitação. O utente não compreendeu o que é necessário fazer, não se recorda do que foi dito, não teve possibilidade de fazer perguntas ou não acredita que valha a pena seguir as recomendações dos técnicos...” (Teixeira, 2004:619).

Neste âmbito, a utilização da comunicação verbal e não verbal na percepção sobre o outro representa uma mais-valia no processo de gestão da doença (Cameron, 1996 citada por Franco *et al*, 2007), resultando este do encontro entre duas ou mais pessoas, em que cada uma delas detém elementos desse processo. O profissional de saúde tem como finalidade a compreensão da pessoa no seu contexto. *“Para a compreensão das informações e da pessoa no seu contexto de vida, Collière (1999) propõe uma aproximação antropobiológica, que permite identificar a natureza dos problemas da pessoa...”* (Franco *et al*, 2007).

A sedimentação da relação passa pela criação de laços de confiança, o que pressupõe uma relação sustentada no tempo. Para tal poderá ser necessário que a pessoa entenda o

profissional de saúde como uma mais-valia no seu processo de gestão da doença com potencial para o ajudar nesta situação particular (Hesbeen, 2001).

1.4.3 – Atitudes da pessoa em situação de doença na comunicação com a equipa de saúde

A problemática do conhecimento das atitudes e das intenções dos indivíduos, na adopção de determinados comportamentos, é cada vez mais uma questão importante ao nível individual e interpessoal, à qual se tem atribuído uma importância crescente em termos sociais. Partindo deste pressuposto, poderemos questionarmo-nos sobre: o que são as atitudes e as intenções?

As atitudes são as nossas “*afinidades para*” ou as nossas “*aversões a*” situações, objectos, pessoas, grupos ou quaisquer outros aspectos identificáveis no nosso ambiente (Lima, 1993). De facto, as atitudes estão enraizadas nas nossas emoções, no nosso comportamento e em influências sociais que nos transcendem.

Nesta sequência, Churchill e Peter (2000), entendem o conceito de “atitude” como:

- A atitude representa uma predisposição para agir, mas não garante que esse comportamento venha a ocorrer. Funciona apenas como indicador de uma certa “abertura de espírito” em resposta a um objecto;
- As atitudes são relativamente persistentes e consistentes ao longo do tempo. A alteração de uma atitude requer uma substancial e importante intervenção;
- Há de facto uma consistência entre atitudes e comportamentos;
- As atitudes incluem uma dimensão avaliativa sobre uma ideia ou objecto.

Entendendo-se as doenças crónicas como doenças sem cura e de duração prolongada, que interferem nas actividades diárias das pessoas portadoras dessas doenças e que podem ocasionar perturbações sociais e psicológicas, perturbando o seu bem-estar e qualidade de vida. Poderemos então, compreender como a maioria das doenças crónicas evocam emoções, medos, expectativas e justificam tratamentos que podem induzir mal-estar, sendo, por isso mesmo, um factor importante de *stress* na vida dessa pessoa. Neste contexto a doença crónica constitui um acontecimento traumático que submete a pessoa com doença crónica a situações de agressão, tanto internas como externas, que levam ao aumento de sofrimento, dependência e dor (Foliot, 1982).

As pessoas com doenças crónicas confrontam-se com momentos relativamente estáveis e

fases de agudização dos sintomas. Isto provoca reacções afectivas, cognitivas e comportamentais muito diversas. Por um lado, a pessoa utiliza todas as suas capacidades para enfrentar a doença, modifica o seu estilo de vida e cumpre o seu plano terapêutico, mas, noutras alturas, é invadido por sentimentos de impotência ou por insuficiente motivação para o seguir.

“Uma maior capacidade de controlar os sintomas pode permitir uma diminuição da ansiedade, medo e frustração e conseqüentemente uma maior autonomia, que se pode reflectir numa menor dependência (...) dos técnicos de saúde.” (Morgado et al, 2000:121).

Neste óptica a formação das atitudes, tem um papel importante na construção e preservação das identidades grupais, e na integração das pessoas nos grupos sociais. Por outro lado, as atitudes devem também ser enquadradas nos processos mais gerais da dinâmica das relações entre os diferentes grupos sociais.

Enquanto as funções das atitudes, atrás referidas, ajudam a compreender a sua importância ao nível da cognição, podemos perguntar-nos:

- Qual a relação entre as atitudes e a forma como as pessoas reagem?
- Quais as suas funções de orientação para a acção?
- Podemos prever o comportamento de um indivíduo se conhecermos as suas intenções de o realizar?

As atitudes, de acordo com Fishbein e Ajzen (1975) citado por Lima (1993:195), “... são factores importantes na previsão do comportamento humano, no entanto, distinguem entre as atitudes gerais face a um objecto (que influenciam o comportamento de forma indirecta) e as atitudes específicas face a um comportamento relacionado com o objecto de atitude, as quais são úteis na previsão desse comportamento”.

No que concerne às características das atitudes, segundo Lima (1993), elas referem-se fundamentalmente a:

- *Experiências subjectivas*, na medida em que expressam o posicionamento da pessoa (ou de um grupo), alicerçado na sua história de vida, adoptando um carácter de aprendizagem ao longo da sua experiência de vida;
- *Objectos*, já que ao falar da atitude da pessoa ou de um grupo social refere-se imediatamente ao quê;
- *A sua dimensão avaliativa*, na medida em que, as atitudes traduzem uma posição face a

um objecto social, relativamente a gosto/não gosto ou concordo/discordo.

As atitudes, segundo o mesmo autor, não nascem num vazio social, bem pelo contrário, são resultado da relação interactiva socializante, sustentada pelos processos de comparação, identificação e diferenciação social, que permite à pessoa na sociedade situar-se na sua posição face à de outros, com quem interage em determinados momentos.

Tal como as atitudes, também as crenças se referem a um determinado objecto. Contudo, as crenças são entendidas como a informação que a pessoa dispõe acerca do objecto, face ao qual se pode sempre associar uma probabilidade de veracidade.

Nesta perspectiva, as atitudes, existem suportadas pelas crenças e são estas que suportam a sua componente cognitiva e relacional.

Na Teoria da Acção Reflectida (*Theory of Reasoned Action*), Fishbein e Ajzen (1975) considera que, todo o comportamento é tido como uma escolha, uma opção ponderada entre várias alternativas, pelo que, o melhor preditor do comportamento será a intenção comportamental.

Em consonância com esta teoria, também Araújo (1999), ao citar os autores do modelo (Ajzen e Fishbein, 1980), refere que o comportamento é imediatamente determinado pela intenção da pessoa de o executar, o que, por sua vez, é determinado pela atitude face a esse comportamento e pela norma subjectiva, sendo ambas, resultantes de múltiplos factores, de entre as quais destaca: as crenças e a informação disponível.

Os *técnicos de saúde*, de acordo com Teixeira (2004), não estimulam as questões por parte das pessoas em situação de doença, tendem a falar mais do que a ouvir, não se interessam por conhecer qual a perspectiva do individuo nem as suas preocupações e expectativas. Induzem atitudes passivas por parte das pessoas com doenças, quando a participação activa tem efeito positivo na recepção da comunicação, confere maior percepção de controlo e, portanto, menos stress e menor ansiedade; evita-se, assim, recolher dados sobre a situação pessoal, familiar ou profissional da pessoa em situação de doença (Teixeira, 2004).

Os *doentes* adoptam com frequência atitudes passivas e dependentes, concordantes com as influências sociais e culturais tradicionais das relações entre os leigos e os peritos (Teixeira, 2004).

A atitude das pessoas com asma perante a doença “...*não é exclusivamente de passividade e resignação, antes pelo contrário também são desencadeados mecanismos específicos de*

adaptação à doença...” (Morgado *et al*, 2000:122).

O principal factor que contribui para que as pessoas em situação de doença sejam hesitantes na interacção com a equipa de saúde parece ser a atitude que adoptam regulativamente ao primeiro contacto com a equipa. Muitas pessoas em situação de doença acreditam que falando com a equipa de saúde sobre questões ou preocupações que têm, podem comprometer o tempo que a equipa de saúde dispõe para cuidar do si (Northouse e Northouse, 1992). Outros acreditam que os médicos e os enfermeiros estão demasiado ocupados para falar com eles e temem aborrecê-los. Outros ainda, hesitam em iniciar o contacto com a equipa de saúde porque têm medo do que estas lhe possam dizer (Krant e Johnston, 1978; Bond, 1982).

Estes fenómenos têm implicações importantes para a equipa de saúde, famílias e pessoas em situação de doença. As pessoas com doenças podem não ter capacidade para iniciar o contacto com a equipa de saúde de forma a aceder a informação sobre o seu estado clínico. Além disso, a evidência sugere que, quanto mais tempo passa, maior será a dificuldade das pessoas em situação de doença em iniciar o contacto com as equipas de saúde (Krant e Johnston, 1982).

As crenças de eficácia relativas à adesão terapêutica são de dois tipos: eficácia quanto ao resultado – crenças quanto à possibilidade de um comportamento dar origem a um resultado desejado (isto é, evitar alergeneos permite controlar a asma) e crenças de auto-eficácia – crenças pessoais quanto à capacidade para executar um comportamento (por exemplo, sou capaz de realizar desporto três vezes por semana). No geral, as crenças de auto-eficácia parecem ser mais importantes para a adesão a planos terapêuticos mais difíceis e exigentes (Pereira e Almeida, 2004).

1.4.4 – Expectativas da pessoa em situação de doença na comunicação com a equipa de saúde

De acordo com a Teoria Cognitiva da Aprendizagem Social (Bandura, 1989), a motivação e o comportamento seriam determinados pela perspectiva dos acontecimentos. Este mecanismo de controlo antecipatório agrupa três tipos de expectativas:

1. Expectativas de resultado da situação (*situation-outcome*), em que as consequências são determinadas pelos acontecimentos ambientais, sem acção pessoal;
2. Expectativas de resultado da acção (*action-outcome*), em que os resultados ou as consequências derivariam de uma acção,
3. Percepção de auto-eficácia, que se centra na crença pessoal quanto às capacidades para

realizar uma acção específica necessária à obtenção de um resultado determinado (Bandura, 1989, 1992).

As expectativas de eficácia ou auto-eficácia representam a capacidade percebida para executar com êxito um determinado comportamento. Bandura (1977a) apresentou o conceito de auto-eficácia no contexto de modificação do comportamento cognitivo e defendeu que um elevado sentimento de eficácia pessoal está relacionado com melhor saúde, com melhor realização e melhor integração social.

Na sua teoria, Bandura (1989) entende que conhecer os comportamentos requeridos para obter um certo resultado não é suficiente para promover esse mesmo comportamento. As pessoas devem ainda acreditar que são eficazes a desempenhar esses comportamentos. A mudança de comportamento é facilitada quando existe um sentimento pessoal de controlo. Se um indivíduo acredita que consegue realizar uma acção para resolver um problema, ficará mais à vontade para a executar e vai sentir-se mais confiante nessa acção. A auto-eficácia faz a diferença no modo como as pessoas sentem, pensam e agem. Em termos de sentimentos, um baixo sentido de auto-eficácia está associado a depressão, ansiedade e desamparo. Tais indivíduos tendem também a ter baixa auto-estima e são pessimistas em relação às suas realizações e desenvolvimento pessoal. Em termos de pensamento, um forte sentimento de competência facilita os processos cognitivos. Os níveis de auto-eficácia podem aumentar ou impedir a motivação para agir. Ribeiro (1997), num estudo realizado com jovens saudáveis, verificou que variáveis como autoconceito, auto-eficácia e *locus* de controlo se correlacionavam com variáveis de saúde.

Quer as expectativas de resultado, quer as de auto-eficácia, têm influência na adopção de comportamentos saudáveis, na eliminação de hábitos nefastos ou no controlo da doença. Para a adopção de comportamentos saudáveis, em primeiro lugar, os sujeitos formam uma intenção e só posteriormente executam a acção. As expectativas de resultado são importantes para a formação da intenção, mas menos para o controlo da acção. Expectativas de resultado positivas encorajam a decisão de mudança comportamental. Após esta fase, as expectativas de resultado são ultrapassadas pois torna-se prioritário implementar ou manter o comportamento. Nesta fase, as percepções de auto-eficácia continuam a exercer uma influência controladora.

A mudança comportamental, de acordo com Bandura (1989), depende das expectativas quanto ao resultado e das expectativas de auto-eficácia. As expectativas quanto ao resultado consistem na crença de que um comportamento próprio, particular, conduz a uma

consequência específica. São crenças sobre a consequência de um acto. A percepção de auto-eficácia enquadra-se no controlo pessoal das acções, refere-se às expectativas pessoais quanto à sua capacidade para realizar um comportamento específico desejado. Não reflecte as competências pessoais, mas sim as crenças, os julgamentos, as avaliações sobre o que pode o indivíduo realizar com as competências que possui para executar comportamentos específicos em situações determinadas; tem uma elevada predictibilidade em relação a tarefas comportamentais específicas. Não é, como podemos deduzir, uma característica generalizada da personalidade, podendo variar, na mesma pessoa, de tarefa para tarefa (Pereira e Almeida, 2004).

Com o intuito de compreender como as pessoas mudam intencionalmente o seu comportamento tendo por base a sua capacidade para a mudança, Prochaska e DiClement (1992), no seu modelo transteórico, referem que a pessoa poderá passar por seis fases de aptidão para mudança, sendo elas: pré-contemplação, contemplação, preparação, acção, manutenção, término.

A pessoa pode permutar nestas fases antes de atingir a mudança permanente ou nunca conseguir a mudança pretendida. Podem surgir recaídas, que na perspectiva de Franco *et al* (2007: 20), “...por vezes funcionam como estímulo para não falharem na próxima tentativa...”.

1.5 – AUTO-EFICÁCIA NA DOENÇA CRÓNICA

“Ao longo do tempo, as sucessivas interacções com o universo dos profissionais e as suas vivências pessoais permitem que a pessoa aprenda facilmente a reconhecer a doença e todas as manifestações que lhe estão associadas.” (Mendes, 2005:45).

Assim, a participação das pessoas em situação de doença nos cuidados/tratamentos não deve ser concebida em termos de cooperação ou não cooperação com o profissional de saúde mas sim em termos de “produção de cuidados”. Isto significa, segundo Mendes (2005), que a pessoa com doença crónica, deve ser entendida como o actor principal, integrada na equipa de saúde.

Deste modo, inevitavelmente, a definição de equipa de saúde alarga-se, assimilando a pessoa em situação de doença, adaptando-se às suas características, tornando possível a cada elemento contribuir de forma específica para o planeamento e avaliação do plano terapêutico

adequado à realidade da pessoa com doença (e da família). Espera-se, não a adesão passiva da pessoa em situação de doença, mas o seu envolvimento na elaboração de formas autónomas de confrontar a doença e de integrar, nas suas condições de vida, as recomendações de tratamento.

As pessoas com doença, na sua tarefa de gestão da doença, vão mais além de um trabalho de cuidados de saúde definido, já que têm também que gerir as consequências da doença sobre a organização da sua vida, as suas relações com os outros e até certo ponto, a sua relação com elas próprios. Assim, a pessoa em situação de doença tenta sempre preservar as suas inserções habituais nos diferentes contextos sociais, ou seja, ela tenta sempre manter a sua intervenção como actor da construção negociada da decisão com novos actores, de forma a fazer face ao impacto desorganizador das doenças crónicas (Strauss e Glasser, 1975). Face a estas doenças, o problema da manutenção das obrigações sociais assume especial relevo, já que a doença se prolonga e não pode ser encarada indefinidamente como uma suspensão temporária dos papéis sociais, como acontece face às doenças agudas.

É neste contexto que surgem as pessoas em situação de doença que assumem o controlo e tratamento da sua doença e aqueles que se associam em grupo (de *self-care*, de *self-help*) para uma inter ajuda colectiva no controlo da doença comum. Nos dois casos há assumpção da necessidade, não só de construir um discurso específico sobre o corpo do indivíduo, mas também exigir o reconhecimento de uma outra visão da doença, diferente do discurso profissional corrente. Como consequência é abolido o papel passivo da pessoa com doença e a distância que separa habitualmente os saberes profissionais dos saberes leigos (Mendes, 2005).

Analisar a auto-eficácia na doença crónica valorizando apenas os resultados mais quantificáveis esquece ou despreza os aspectos mais humanos da adesão, ou seja, as representações ou significações da pessoa em situação de doença em relação à doença e ao tratamento. Deste modo consegue apenas uma fraca e vazia discriminação entre os que aderem e os que não aderem, não podendo dar resposta quanto às razões destes comportamentos ou explicar atitudes diferenciais da pessoa com doença em relação às diversas prescrições e recomendações clínicas (Santos, C.P., 2005).

Nesta perspectiva, o profissional de saúde detém todo o conhecimento, sobre as causas, consequências, tratamentos e pessoas com doença, sendo-lhe, por isso, atribuído todo o “poder” ou autoridade no tratamento. Espera-se pois, que pessoa com doença siga de forma

inquestionável e fielmente as indicações desse tratamento. Quando isso não acontece, categoriza-se a pessoa com doença como “não cooperante” juntando-se, muitas vezes, atribuições de culpa ou atitudes que lhe estão associadas (Mendes, 2005).

No entanto, a não adesão ao plano terapêutico, de acordo com Cameron (1996), poderá ser classificada em dois tipos:

1. Quando a pessoa não consegue gerir adequadamente o conhecimento relacionado com a doença e seu tratamento. Nesta situação a pessoa não gere o plano terapêutico por encontrar barreiras como sejam: o esquecimento, a incapacidade para cumprir o tratamento, por incompreensão das informações e/ou por problemas físicos.
2. Quando a pessoa toma a decisão consciente de não aderir ao plano terapêutico. Para compreender este posicionamento da pessoa é necessário entender o que ela pensa sobre a doença e sobre o tratamento para que os profissionais de saúde possam direccionar a sua intervenção para a área da motivação (Franco *et al*, 2007).

Entender como e porque se adere ou não a um tratamento é um passo fundamental para o desenvolvimento de estratégias no sentido de alterar esse comportamento. De forma empírica, é consensual considerar-se que a adesão a um tratamento adequadamente recomendado contribui para a produção de bons resultados de saúde.

Também a OMS (2001) reconhece a existência de quatro factores que interagem como causa para a não adesão:

1. Sistema de saúde/equipa prestadora de cuidados de saúde;
2. As características da doença;
3. As terapêuticas;
4. As variáveis relacionadas com o doente.

No entender da OMS (2001) estes factores ilustram a natureza multidimensional da adesão, para onde devem convergir os esforços das equipas prestadoras de cuidados de saúde. Assim, acredita-se que ao aumentar a efectividade das intervenções de adesão poder-se-á ter um impacto muito maior sobre a saúde das populações.

A adesão deverá assim, ser compreendida como um continuo dinâmico que enquadra não apenas um comportamento global, mas vários comportamentos de saúde (Carney, Schechter, e Davis, 1983; Johnson, Silverstein, Rosenbloom, Carter, e Cunningham, 1986). Desta forma, a avaliação da adesão só será possível quando envolver a compreensão e análise dos vários

determinantes do processo, que incluem não só os aspectos diferenciais das várias patologias e dos vários tratamentos, mas igualmente as características (físicas, psicológicas e sociais) da pessoa em situação de doença.

O julgamento da pessoa com doença crónica sobre a sua capacidade de organizar e executar acções requeridas para alcançar determinados níveis de desempenho no seu plano terapêutico, de acordo com Bandura (1989), é uma das suas premissas base da sua teoria da auto-eficácia, que determina a forma como é auto-gerido o plano terapêutico.

Auto-eficácia é a crença sobre a capacidade individual de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para produzir o resultado desejável. A crença de auto-eficácia tem implicações para a gestão da doença crónica, podendo condicionar a resposta da pessoa em situação de doença à doença e ao tratamento (Gatchel e Turk, 1999). Maior eficácia pessoal no desempenho de uma actividade associa-se a maior interesse, compromisso, esforço, bem como realização pessoal (Bandura, 1992).

A crença de auto-eficácia relaciona-se com a expectativa dos resultados. Expectativa de auto-eficácia é a convicção (crença) de que se pode executar o comportamento necessário para atingir determinados resultados e a expectativa de resultados é a crença (convicção) pessoal de que dado comportamento levará a determinados resultados. A expectativa de auto-eficácia que os indivíduos formam resulta, segundo Bandura (1989), da apreciação e integração de informações provenientes de quatro fontes:

- **Desempenho da actividade** - As fontes de informação mais importantes para a expectativa de eficácia, são baseadas em experiências próprias;
- **Experiência vicariante** - Observar pessoas desempenhando actividades sem consequências adversas pode gerar, no observador, a expectativa de que ele também é capaz de realizá-las;
- **Persuasão verbal de que podem desempenhar actividades** – É uma estratégia amplamente utilizada. As pessoas são estimuladas a verbalizar situações em que considerem ter superado as suas capacidades;
- **Feedback fisiológico (sensação de ansiedade ou de euforia)** - Situações stressantes desencadeiam respostas emocionais que podem interferir na percepção de competência pessoal. Minimizar este desgaste emocional melhora a percepção de auto-eficácia e o desempenho.

A teoria da auto-eficácia proporciona um esquema útil na análise de vivências de

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

aprendizagem relacionadas com a doença crónica (Tresolini e Stritter, 1994), sendo por isso crucial para a auto-regulação do comportamento relativo à doença crónica.

A auto-eficácia e as expectativas de resultado da acção referem-se à percepção de que se pode mudar a realidade e lidar com os riscos ou ameaças através de uma acção preventiva. Na realidade são difíceis de distinguir, porque operam em conjunto não sendo possível a segunda sem a primeira. A teoria da auto-eficácia, postula que a iniciação, persistência ou abandono de uma estratégia ou comportamento são particularmente afectados pelas crenças pessoais quanto às suas competências e probabilidade de lidar e ultrapassar as exigências ambientais (Bandura, 1989; Lent e Maddux, 1997).

Num estudo realizado por Lee *et al* (1995) a confiança das pessoas em situação de doença em controlar a sua doença (asma) estava relacionado com a morbilidade da asma.

Tendo em conta que a asma é uma das doenças crónicas mais frequentes, com um complexo regime terapêutico, nem sempre eficaz, é importante saber qual a confiança que a pessoa tem na sua capacidade para controlar a sua doença. No entanto existem poucos estudos sobre auto-eficácia em pessoas com asma. Clark e Shope (in Clark *et al*, 1988) mostraram que existem poucos estudos que descrevam factores psicossociais associados aos comportamentos de saúde em adultos saudáveis e comportamentos de gestão da doença em pessoas em situação de doença crónica.

Klennert e Lum Lung (1991) citado por Wamboldt e Gavin (1998), desenvolveram uma escala sobre as expectativas a considerar nas várias idades em relação aos auto-cuidados na asma. Clark *et al* (1988) num estudo com pessoas com asma provaram que a auto-eficácia é um bom predictor de comportamentos de auto-controlo da doença crónica.

Pesquisas sobre auto-eficácia na área da saúde mostraram que auto-eficácia elevada está relacionada com estilos de vida saudáveis. Auto-eficácia elevada foi capaz de predizer a intenção de deixar de fumar, a participação em programas de rastreio de cancro, a adesão ao tratamento, comportamentos de auto-cuidado, melhor funcionalidade e diminuição de sintomas físicos e psicológicos (Beck e Lund, 1981; Anderson *et al.*, 1995; Lev, 1997).

As percepções de auto-eficácia podem afectar a saúde de duas formas diferentes. Uma seria através da execução de comportamentos que influenciam a saúde. A segunda seria através do impacto do stress na resposta fisiológica, a qual, quando ocorre muito frequentemente, intensamente ou por longos períodos de tempo, pode afectar uma vasta área de domínios da saúde (O’Leary, 1992).

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

A percepção de auto-eficácia foi explorada como um factor de protecção da resposta fisiológica de stress. Representa a “avaliação secundária” no modelo transaccional de stress de Lazarus (1984), referindo-se à apreciação das competências pessoais para lidar com os agentes ameaçadores.

Os sujeitos que acreditaram possuir as capacidades adequadas para enfrentar ou controlar um agente stressor de forma a evitar dano manifestarão menor ansiedade e uma resposta fisiológica também mais homeostática.

As crenças de auto-eficácia influenciam o comportamento através dos efeitos nas escolhas de comportamentos alternativos, do esforço dispendido, da activação face às condições e da persistência face às dificuldades.

Só esta aprendizagem, de acordo com Mendes (2005), lhe permitirá tomar decisões e, conseqüentemente, organizar a sua vida face às exigências da doença, ou seja, só isso lhe permitirá gerir a sua doença.

Em muitos casos a aquisição de um saber construído através da experiência é progressiva. Nesta situação os doentes percebem os conhecimentos dos profissionais como um saber teórico (Macintyre e Oldman, 1977), que pode acrescentar valor à sua vivência da doença crónica.

Na prática, a autogestão é um processo de construção gradual e demorado. E esse é um processo não só de prevenção como de tratamento da doença. Primeiro, porque a autogestão evita que a doença evolua para estádios mais graves e, segundo, porque contribui para diminuir o aparecimento de crises, aumentando o período inter-crisis (Morgado *et al*, 2000).

Os comportamentos relativos à saúde e à doença variam na sua complexidade e no número de competências necessárias para a sua execução.

Quanto maior o nível de competências exigidas, tanto mais importante será a percepção de auto-eficácia na determinação do resultado.

Enquanto as expectativas de resultado (baseadas na teoria da acção racional ou no modelo das crenças relativas à saúde) são predictoras de comportamentos relativamente simples, como escovar os dentes, comportamentos que exijam repertórios comportamentais mais complexos são menos explicáveis por aquelas abordagens (O’Leary, 1992).

As crenças de auto-eficácia envolvem frequentemente competências técnicas necessárias à execução de um comportamento (O’Leary, 1992), tal como é exigido aos doentes com asma.

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

A auto-eficácia tem sido descrita como uma variável de relevo para a adopção de um vasto leque de comportamentos relacionados com a saúde.

Revisões compreensivas do fenómeno da auto-eficácia estão disponíveis (Bandura, 1989, O’Leary, 1985, O’Leary, 1992) e abrangem domínios como o controlo da dor, o consumo de cigarros, o comportamento sexual e a adopção de medidas de protecção face às doenças sexualmente transmissíveis e o HIV, o comportamento e as perturbações alimentares (Abusabha e Achterberg, 1997), a reabilitação cardíaca ou a adesão a regimes médicos complexos (como é o caso dos planos terapêuticos na asma).

*CAPÍTULO II – MODELO DE ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA NA GESTÃO DA
DOENÇA CRÓNICA*

A comunicação entre pessoas com doenças crónicas e profissionais de saúde é um tópico que tem merecido muita atenção por parte de investigadores do comportamento das pessoas com doença crónica, particularmente, a comunicação com os profissionais de saúde. À medida que a autogestão da doença crónica se têm tornado mais determinante, mais centrada no trabalho em equipa (pessoas com doença crónica e profissionais de saúde), maior ênfase tem sido dada às dinâmicas interpessoais e de grupo, onde a comunicação é tida como um elemento central. Não obstante a grande atenção que este conceito tem granjeado, duas grandes questões continuam presentes na literatura: por um lado, a difícil conceptualização e multidimensionalidade do constructo e, por outro lado, a sua difícil operacionalização.

Apesar dos esforços que têm sido feitos, algumas lacunas persistem na literatura, nomeadamente, no estudo da auto-eficácia na gestão da doença crónica. Este trabalho constitui, por isso, uma contribuição para uma melhor compreensão do conceito e da sua importância na gestão da doença crónica.

Neste capítulo, é apresentado o modelo de análise e são formuladas as hipóteses a testar.

E é ainda apresentada a metodologia seguida neste estudo e justificadas as opções tomadas na condução deste projecto de investigação, e os procedimentos seguidos.

São também descritas as fases que envolveram os para testar o modelo e as hipóteses formuladas.

A escolha de uma metodologia quantitativa prende-se com o facto de melhor se ajustar aos objectivos do estudo, ou seja, encontrar relações entre variáveis e testar o modelo teórico desenvolvido por Dana (2003 e 2005), também este com uma abordagem quantitativa. Pretende-se igualmente inferir as dimensões da auto-eficácia da pessoa com asma e a importância que estas atribuem à comunicação com os profissionais de saúde no sentido de ter ferramentas para melhor gerir a sua doença. Note-se que, assim, a auto-eficácia é medida de forma indirecta.

2.1 – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A auto-eficácia na asma é um tópico que tem conquistado muita atenção por parte de investigadores, particularmente ao nível do papel da comunicação entre as pessoas e os profissionais de saúde (Buchman, 1992; Cameron, 1996 e Gionta, 2003, 2005). Não obstante a grande atenção que este conceito tem alcançado foram identificadas algumas lacunas na literatura, nomeadamente no estudo da comunicação entre as pessoas e os profissionais de saúde.

Este estudo procura compreender melhor esta problemática centrando-se na multidimensionalidade da comunicação entre as pessoas com asma e os profissionais de saúde, contribuindo para uma definição mais clara do conceito de auto-eficácia.

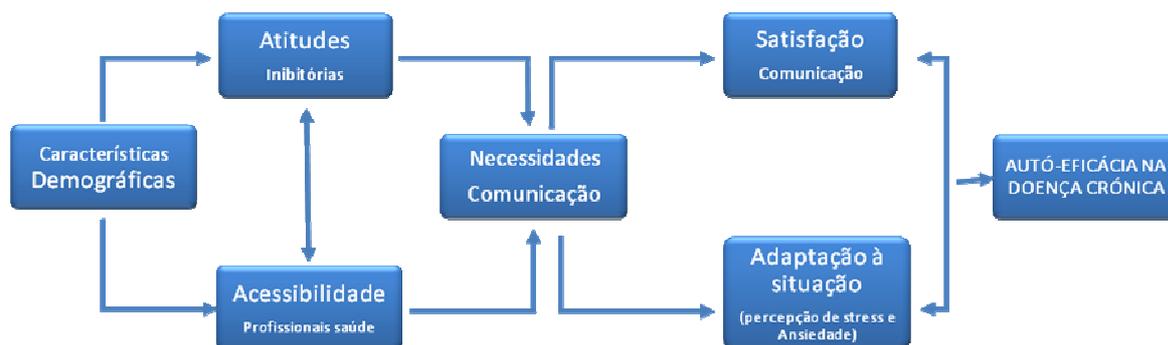
2.1.1 – Modelo de comunicação entre profissionais de saúde e pessoas com doença crónica

O papel da comunicação entre profissionais de saúde e doentes, na auto-eficácia na doença crónica, está ainda relativamente pouco estudado. Os poucos estudos efectuados circunscrevem-se a aspectos específicos. A necessidade de compreender as variáveis envolvidas neste processo de forma mais abrangente, conduziu a este trabalho. Decidiu-se utilizar o modelo de intervenção na comunicação entre profissionais de saúde e familiares de doentes com cancro desenvolvido por *Gionta* (2003 e 2005). A figura 1 representa o modelo simplificado da comunicação entre a equipa de saúde e a família e foi desenvolvido no sentido de aumentar o conhecimento deste processo.

A autora do modelo comunicacional apresentado, *Gionta* (2003 e 2005), sugeriu a sua aplicação noutras populações (por exemplo nos próprios doentes) e noutros contextos.

Assim, o presente estudo visa aprofundar o conhecimento sobre a comunicação entre profissionais de saúde e doentes crónicos e identificar os principais factores críticos da comunicação que condicionam a auto-eficácia na doença crónica.

Figura 1 – Modelo que relaciona a auto-eficácia com a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e pessoas com doença crónica



Identificam-se seis conjuntos de factores que se acredita influenciarem e serem influenciadas pela comunicação da equipa de saúde com a família: demográficos, de acessibilidade, atitudes para a interacção com a equipa de saúde, necessidades de comunicação, satisfação com a comunicação, adaptação à situação do membro da família (por exemplo ansiedade, percepção de stress) e a auto-eficácia.

As características demográficas - Os novos padrões de doença, entre os quais as doenças crónicas, particularmente as que se relacionam com factores ligados ao ambiente, aos estilos de vida e aos comportamentos, como é a asma, estão a condicionar a procura de cuidados de saúde (Sousa, 2005).

As causas da asma são muitas, frequentemente interligadas e para além dos factores desencadeantes, existe habitualmente uma predisposição individual ou familiar. Podem ser causas alérgicas (factor desencadeante mais importante), como os ácaros do pó da casa, os pólenes, os alimentos, os pêlos dos animais domésticos e causas infecciosas, químicas ou irritantes (poluição, insecticidas, detergentes, fumo do tabaco), que se relacionam de forma directa com actividade profissional e as condições socio-demográficas (Santos, M.C., 2005)

A acessibilidade - De acordo com Northouse e Northouse (1992), uma barreira significativa à comunicação eficaz da equipa de saúde com o doente é o acesso limitado dos doentes à equipa de saúde que lhes presta cuidados directos. Define-se a acessibilidade a partir de duas componentes: tipo de contacto e frequência do contacto entre a equipa de saúde e os doentes.

- **O tipo de contacto** define-se como os meios utilizados na comunicação entre a equipa de saúde e os doentes: contacto pessoal ou telefónico.
- **A frequência do contacto** refere-se à quantidade de vezes que os doentes falam com os elementos da equipa de saúde (pessoal ou telefonicamente) sobre o seu estado.

As atitudes do doente quanto à interacção com equipa de saúde - Estudos qualitativos sugerem que as atitudes dos doentes podem influenciar o seu comportamento em termos do início do contacto com a equipa de saúde. Estes dados são consistentes com a teoria do planeamento do comportamento de Ajzen (1987). A premissa central desta teoria é que o comportamento de uma pessoa está determinado, maioritariamente, pela intenção de executar esse comportamento. Foram identificadas três variáveis independentes, que se acredita determinam a intenção de um indivíduo. Uma das variáveis é a atitude que um indivíduo desenvolve para executar um comportamento. Acredita-se que a atitude do doente e da equipa de saúde podem influenciar a forma como o processo de comunicação decorre. Neste estudo, apenas as atitudes do doente serão exploradas. As atitudes do doente podem ser determinadas pelas suas crenças e sentimentos que podem influenciar a sua comunicação com a equipa de saúde e afectar até o seu contacto inicial com a equipa de saúde. Um exemplo disso é crença de que a equipa de saúde poderá estar “muito ocupada” ou o sentimento demonstrado pelo comentário “sinto-me inseguro sobre como falar com a equipa de saúde”.

As necessidades de comunicação do doente - Existem poucos estudos que tenham explorado sistematicamente as necessidades de comunicação dos doentes adultos com a asma. Menos ainda, que reflectissem sobre o impacto destas necessidades no contexto das interacções dos doentes com equipa de saúde (Kristjanson *et al*, 1995). É importante verificar se as necessidades de comunicação dos doentes estão a ser exploradas e analisadas com base em algumas das percepções que podem reflectir-se no comportamento das equipas. Constatase que as percepções são poderosas. Neste âmbito, parece importante tentar compreender as necessidades e as percepções que os doentes têm, só assim se poderá otimizar a comunicação eficaz entre equipa de saúde-doente.

A satisfação do doente na comunicação entre equipa de saúde e o doente - A comunicação com a equipa de saúde é problemática em ambiente hospitalar e essencialmente no período de diagnóstico (Gould e Toghil, 1981). A pesquisa efectuada sobre a satisfação com a comunicação em saúde revelou que a maioria dos estudos se desenvolveu no âmbito da relação médico/doente ou enfermeiro/doente. A satisfação com a comunicação no relacionamento da equipa de saúde com o doente com asma não está estudada no contexto português. Um objectivo deste estudo é identificar os potenciais factores que contribuem para a satisfação dos doentes com a comunicação da equipa de saúde.

A adaptação psicológica do doente - Os factores cognitivos têm sido considerados como determinantes muito importantes neste processo de adaptação. A auto-eficácia, enquanto

variável cognitiva pode ser afectada pelo comportamento, nível de motivação, o padrão de pensamento e a reacção emocional em situações conflituais (Bandura, 1977).

Nesta perspectiva, foram consideradas duas dimensões:

■ **Ansiedade:** Estudos anteriores revelam que os doentes com asma podem experimentar sintomas significativos da ansiedade durante as várias fases da doença. Acredita-se que a informação, pela sua natureza, pode reduzir esse sentimento (Stewart e Roter, 1989). Os investigadores na área da comunicação concluíram que se a informação for dirigida aos doentes esta será uma importante estratégia no sentido de reduzir os sentimentos da ansiedade (Northouse e Northouse, 1992; Derdarian, 1987). Os resultados de diversos estudos qualitativos fundamentam esta hipótese (Welch, 1981; Lovejoy, 1986). No estudo de Welch (1981:369) dos 41 familiares de doentes adultos com cancro, 75% concordam fortemente com a declaração "se o médico se sentasse e falasse comigo, penso que alguma de minha ansiedade desaparecia...". No estudo de Lechner (1996) sobre uma linha holandesa de informação sobre o cancro, verificou-se uma relação entre as capacidades/competências de comunicação dos profissionais da linha e a redução no nível de ansiedade dos familiares e amigos.

■ **Percepção de stress:** A pesquisa bibliográfica indica que o impacto da asma no doente pode ser muito stressante. Uma suposição comum entre investigadores em saúde é que o impacto "objectivo" de um evento stressante, como é a asma, é parcialmente determinado pela percepção do próprio sobre o seu stress (Cohen, Kamarck e Mermelstein, 1983)

A auto-eficácia - Num estudo com doentes asmáticos, Clark *et al* (1988, citado por Morgado *et al*, 2000) provaram que a auto-eficácia é um bom predictor de comportamentos de auto-controlo da doença crónica. Colland (1993) desenvolveu uma pesquisa com pessoas asmáticas com o objectivo de as ajudar a controlar a sua doença e para tal implementou o programa "*The behavioral self-management program*" de modo a aumentar essas capacidades. Nesse programa um dos principais objectivos consistia em aumentar os sentimentos de eficácia das pessoas. Os resultados deste trabalho mostraram que as pessoas do grupo experimental ficavam menos ansiosas durante uma crise de asma e aumentaram as suas capacidades de adaptação à doença em situações diárias. Num estudo realizado por Lee *et al* (1995), a confiança dos doentes em controlar a sua doença (asma) estava relacionado negativamente com a morbilidade da asma, verificando-se que as pessoas mais confiantes apresentam a passagem de um comportamento passivo para uma atitude activa de cumprimento das acções

prescritas (Côte *et al*, 1997), existindo “...um comportamento de autocontrolo...” (Franco *et al*, 2007:20).

Logo, as questões pragmáticas de investigação que se propõem residem em sete áreas de análise: as características demográficas, a atitude, a acessibilidade aos profissionais de saúde, as necessidades de comunicação, a satisfação com a comunicação, a adaptação psicológica e a auto-eficácia, procurando-se através delas encontrar a melhor forma para responder à multiplicidade de dúvidas, mas também às várias convicções e opiniões a que por vezes se adere de forma intuitiva, sem qualquer fundamento científico ou empírico mas, através dos quais se procura desenvolver a linha de investigação proposta.

Explicitam-se seguidamente os principais objectivos deste estudo, os quais pretendem ser atingidos através das questões de investigação que de seguida se identificam, assumindo que um modelo pode ser entendido como um sistema de perguntas às quais se procura dar respostas de forma articulada e que mobiliza um conjunto de conceitos logicamente articulados entre si por supostas relações (Quivy e Campenhoudt 1998). De acordo ainda com estes autores, na realização de um trabalho, a estruturação em torno de uma ou de várias perguntas ou hipóteses, é imprescindível a uma verdadeira investigação, pois elas revelam o espírito de descoberta, característica essencial a qualquer trabalho científico.

2.2 – QUESTÕES DE PARTIDA E FORMULAÇÃO DAS HIPÓTESES DE TRABALHO

Perante o descrito anteriormente, consideramos pertinente a análise da comunicação entre profissionais de saúde e pessoas com doença crónica no sentido de identificar estratégias comunicacionais que influenciem positivamente a auto-eficácia na asma e que contribuem, em última análise, para a melhoria dos cuidados de saúde prestados e a melhoria do potencial de saúde destas pessoas.

Face às dificuldades em executar as actividades diárias resultantes da limitação imposta pela asma, estas pessoas têm que constantemente adoptar comportamentos mais saudáveis (Morgado *et al*, 2000) no sentido de aumentarem as potencialidades para lidarem com a sua doença (Mendes, 2005). Têm, assim, de diariamente tomar uma série de decisões que envolvem, entre outras, a alimentação, actividade física, medicação, gestão do stress, etc., e em simultâneo, têm de interagir com os profissionais de saúde, a família, os amigos e colegas,

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

no sentido de obter o apoio necessário para a auto-gestão da doença. Neste contexto, a auto-eficácia assume especial relevância para o entendimento das suas dificuldades/incapacidades e desenho de estratégias eficazes e pró-activas ao nível da pessoa.

As questões de partida da presente dissertação são:

- 1. Será a comunicação entre profissionais de saúde e doentes um factor determinante na auto-eficácia percebida pela pessoa com doença crónica?*
- 2. Será que a acessibilidade à informação influencia a auto-eficácia na doença crónica?*
- 3. Serão as atitudes comunicacionais iniciais do doente no contacto com o profissional de saúde relevantes para a gestão do seu processo de doença crónica?*
- 4. A percepção que o doente tem das suas necessidades comunicacionais em saúde é relevante para atingir melhores níveis de auto-eficácia na doença?*
- 5. A percepção de stress por parte do doente influencia a comunicação que se estabelece com os profissionais de saúde, sendo um factor relevante para a auto-eficácia na doença?*
- 6. A satisfação com o processo comunicacional entre profissionais de saúde e doentes é relevante para a auto-eficácia da pessoa com doença?*

Estabelecem-se os seguintes objectivos específicos:

Relacionar a acessibilidade à informação com a auto-eficácia na asma.

Identificar qual a influência das atitudes inibitórias da pessoa com asma na auto-eficácia na asma.

Identificar se as relações estabelecidas entre a pessoa com asma e os profissionais de saúde influenciam a auto-eficácia na asma.

Identificar a relação da satisfação com a comunicação entre profissionais de saúde e a pessoa com asma na auto-eficácia na asma.

Para verificar a validade do modelo teórico, foram formuladas algumas hipóteses baseadas na revisão da literatura, dos principais contributos para o estudo desta problemática. A revisão da literatura revelou claramente que a comunicação deve ser estudada como um constructo multidimensional. Neste sentido as hipóteses (enquanto fio condutor da investigação) que são formuladas procuraram identificar que dimensões integram a comunicação entre profissionais

de saúde e pessoas com asma e influenciam a auto-eficácia.

1- Atitudes comunicacionais

H_{1a} - As atitudes comunicacionais inibitórias da pessoa com asma são influenciadas negativamente pela idade.

H_{1b} - As atitudes comunicacionais inibitórias da pessoa com asma são influenciadas positivamente pela profissão.

2- Acessibilidade

H_{2a} - A acessibilidade à equipa de saúde é influenciada positivamente pelo sexo.

H_{2b} - A acessibilidade à equipa de saúde é influenciada negativamente pela idade.

H_{2c} - A acessibilidade à equipa de saúde é influenciada positivamente pelo tempo de diagnóstico.

3- Satisfação

H_{3a} - A acessibilidade telefónica influencia positivamente a satisfação com a informação obtida.

H_{3b} - As atitudes comunicacionais inibitórias influenciam negativamente a satisfação com a informação obtida.

H_{3c} - A acessibilidade telefónica influencia negativamente a satisfação com a interacção.

H_{3d} - A percepção das necessidades de apoio na comunicação influencia negativamente a satisfação global.

H_{3e} - A acessibilidade à equipa de saúde aumenta a satisfação global.

4- Ansiedade

H_{4a} - A satisfação com a informação obtida influencia negativamente as atitudes comunicacionais inibitórias da pessoa com asma.

H_{4b} - As pessoas com asma com mais tempo de diagnóstico são mais afectadas pelo stress.

H_{4c} - O nível de escolaridade das pessoas com asma influencia o stress vivenciado no seu processo da doença.

5- Auto-eficácia

H₅ - A satisfação com a comunicação estabelecida entre as pessoas com asma e a equipa de saúde, influencia positivamente a auto-eficácia das pessoas com asma.

2.3 – PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Dada a especificidade do tema procura-se aqui fazer uma descrição precisa e minuciosa do processo de investigação. De forma a garantir a coerência interna da descrição, irá descrever-se a metodologia utilizada, sempre que possível, pela ordem cronológica com que será empregue, facilitando desta maneira a apresentação dos resultados obtidos.

Sabendo-se que, segundo Grawitz (2001), toda a investigação deve usar processos operativos rigorosos, bem definidos, transmissíveis, adaptados ao tipo de problema e aos fenómenos em estudo susceptíveis de serem reproduzidos, optou-se pela utilização de um só instrumento de recolha de informação.

Num processo de investigação, a metodologia é determinada com base no problema enunciado, bem como, na reflexão sobre os objectivos delineados para a respectiva pesquisa.

Por metodologia entende-se o "*...conjunto dos métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica...*" (Fortin, 2000:372) ou "*...modo de fazer ou proceder...*", perante uma determinada situação.

Assim, iremos definir o tipo de estudo, a forma como seleccionámos a população, quais as técnicas de amostragem utilizadas, as variáveis em estudo, os instrumentos de pesquisa utilizados para a recolha e análise de dados, os critérios de fiabilidade dos mesmos.

O método de pesquisa utilizado é o descritivo, pretendendo-se uma análise completa e em profundidade dos factores que contribuem para uma melhor comunicação entre doentes e equipas de saúde sendo que se acredita ser a comunicação a responsável pelo sucesso da autogestão da doença crónica.

A teoria que suporta o âmbito e o objectivo específico desta dissertação, constituiu o factor determinante para a selecção das acções operacionais da actual pesquisa, que assentaram na identificação do papel da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes na auto-eficácia na doença crónica em análise porque "*...a teoria é o ponto de partida insubstituível e o elemento que comanda os seus momentos e opções fundamentais...*" (Almeida e Pinto, 1982:57).

No sentido de dar resposta às questões formuladas, desenhou-se um estudo de carácter descritivo, analítico (porque analisa os dados recolhidos com o intuito de dar resposta às questões do estudo), correlacional que pretende:

- Medir a contribuição que uma variável independente tem na variação da dependente.
- Estudar um fenómeno presente num dado momento. Com isso não se pretende fazer qualquer tipo de generalização transversal.

Pretende-se uma abordagem quantitativa na análise da comunicação entre a equipa de saúde e a pessoa com doença crónica.

2.4 – DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Tendo em conta os objectivos da presente investigação, ou seja, encontrar relações entre variáveis de acordo com as hipóteses anteriormente definidas, foi decidido recolher a informação através de um inquérito por questionário. A opção por um questionário estruturado justifica-se por facilitar a recolha de dados num curto período de tempo, porque as perguntas são apresentadas a todas as pessoas exactamente com a mesma formulação e a mesma ordem, podendo ser fechadas ou abertas, e ainda, por ser um processo menos dispendioso que outras técnicas e que permite o anonimato dos inquiridos. No entanto, não se pode ignorar que *“ao ser constituído essencialmente por perguntas fechadas constitui um instrumento menos flexível, o que pode limitar o aprofundamento das questões.”* (Silva e Pinto, 1997:183). Apesar das limitações que são apontadas ao inquérito por questionário enquanto técnica de investigação empírica (Gil, 1991), a escolha recaiu sobre esta metodologia de recolha de dados tendo em consideração a natureza do estudo e do tipo de informação que se pretendia obter.

Para construir um instrumento de recolha de dados adequado à medição das variáveis consideradas pertinentes para a problemática em estudo, teve-se em consideração o trabalho de revisão da literatura e a análise crítica das escalas aí contempladas.

Na revisão da literatura sobre comunicação em saúde foram identificadas diversas escalas, analisadas no sentido de verificar se essas medidas contemplavam as dimensões da comunicação que se procuravam medir neste estudo. Neste exercício de análise foram rejeitadas as medidas que não se enquadravam nos propósitos da análise. O estudo de Gionta (2005), principal referência deste estudo, baseia-se em instrumentos já existentes e validados na literatura. Por exemplo, para medir a acessibilidade à equipa e atitude para com a comunicação, a autora usa dois instrumentos desenvolvidos por si (AMS - *Accessibility to Medical Staff* e FACS- *Family member Attitudes toward Communicating with medical Staff*

(Gionta, 1999)). Para medir as necessidades de comunicação usa a escala de FIN (*Family Inventory of Needs*) desenvolvida por Kristjanson *et al* (1995). Para medir a satisfação com a comunicação com a equipa de saúde, a autora adaptou a escala de comunicação de Hetcht's (1978) *Interpersonal Communication Satisfaction* (COM-SAT), para medir a ansiedade utilizou a escala de BAI (*Beck Anxiety Inventory*) desenvolvida por Beck e Steer (1990) e para medir a percepção de stress utilizou a escala desenvolvida por Cohen *et al* (1983). No presente estudo, optou-se pela construção de algumas escalas e pela adaptação de outras já existentes e validadas na literatura. As motivações que orientaram esta opção decorrem, por um lado, do esforço de fazer corresponder melhor o instrumento de medida às especificidades da comunicação e, por outro lado, da tentativa de evitar os problemas de aplicabilidade das escalas existentes na literatura, pensadas e validadas em diferentes contextos culturais. Em suma, esta opção resultou da tentativa de evitar dificuldades em termos de adequação das escalas originais à realidade do presente estudo.

Numa fase inicial, decidiu-se submeter a versão original do *Medical Staff-Family Communication Survey* a um processo de adaptação cultural e linguística. Para esse efeito foi traduzido da versão original, em inglês, para português por 2 investigadores com experiência em doenças crónicas. Todo o processo de tradução foi fundamentado na discussão conjunta, sendo o produto final resultado do consenso entre os 2 investigadores. Ao longo de todo o processo de tradução, foi desenvolvido um esforço no sentido de obter um texto fiel à ideia original, mas adaptado à realidade portuguesa e à patologia em estudo, a asma. No estudo original, o instrumento *Medical Staff-Family Communication Survey* foi utilizado em familiares de doentes terminais com cancro, mas os autores sugerem a sua aplicação noutros contextos nomeadamente: "...explorar a validade deste modelo na comunicação entre equipa de saúde e doente..." e "...aplicar o modelo proposto de comunicação da equipa de saúde - família a outras doenças crónicas para avaliar sua validade e utilidade para outras populações." (Gionta, 2005:467).

Foi assim obtida a primeira versão em português do *Medical Staff-Family Communication Survey*. Seguindo uma das metodologias mais utilizadas na adaptação de instrumentos, aquela versão foi então submetida a uma retroversão. Esta retroversão foi efectuada por uma professora de Inglês bilingue. Foi novamente procedido a comparação das versões do questionário em inglês (o original e a resultante da retroversão). Todo o esforço da tradução foi concentrado na obtenção de versões conceptualmente equivalentes, e não com estrita equivalência literária. Em todos os itens do questionário que, de alguma forma, pareceram

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

afastar-se da ideia inicial durante a primeira tradução, foram introduzidas as alterações entendidas como necessárias, de forma a aproximar as diferentes versões. O processo de tradução e retroversão foi então repetido, até à obtenção de uma versão considerada satisfatória, relativamente à equivalência conceptual.

O questionário utilizado neste estudo foi construído com base em algumas das premissas desenvolvidas no enquadramento e adaptado do modelo de Gionta (2005) desenvolvido na Universidade de *Rhode Island*.

O *Medical Staff-Family Communication Survey* é um questionário específico para avaliar a comunicação dos profissionais de saúde com a família num contexto de doença crónica. É composto por 8 secções com 150 questões, com escalas de resposta tipo Likert, fundamentadas num modelo de mudança de comunicação que previa seis áreas de intervenção (Gionta, 2005):

1. Identificação de acessibilidade à equipa, pelo doente;
2. Avaliação das atitudes associadas à comunicação com a equipa de saúde;
3. Identificação das necessidades de comunicação com a equipa de saúde;
4. Avaliação da ansiedade na comunicação com a equipa de saúde;
5. Identificação da percepção do doente sobre as situações stressantes que envolvem a sua vivência da doença;
6. Determinação da satisfação do doente com a comunicação com a equipa de saúde;
7. Identificação da auto-eficácia percebida.
8. Após tratamento estatístico (análise de componentes principais) foi identificado a contribuição de cada variável para explicar o comportamento dos indicadores definidos, A escala resultante apresentou um total de 117 proposições.

A primeira versão do questionário, resultante da informação recolhida na revisão da literatura foi submetida a um pré-teste.

2.4.1 – Pré-teste

O questionário foi sujeito a um pré-teste realizado a um grupo de 10 pessoas com asma, numa consulta de pneumologia de uma organização hospitalar pública, na região de Lisboa entre 01 e 15 de Julho de 2006.

Procurou-se que os indivíduos seleccionados para o pré-teste fossem típicos do universo em estudo, no sentido de garantir a eficácia do mesmo (Gil, 1991). Recorreu-se a esta amostra também por razões de ordem prática, por um lado, para não se recorrer aos indivíduos que iriam ser objecto de análise no estudo final e por outro lado, por ser o universo mais próximo da investigadora o que tornava o processo mais rápido. Assim, procurou-se, sempre que possível, que a sua entrega fosse feita directamente à investigadora. Nos casos em que isso foi possível, a entrega em mãos fez-se acompanhar de uma pequena entrevista, destinada a recolher dos inquiridos algumas dúvidas, críticas e sugestões a introduzir no instrumento de recolha de dados.

Pretendíamos testar a compreensão das questões, bem como a duração do preenchimento do questionário, para melhor orientar e conduzir as mesmas.

Cada um dos exemplares possuía o consentimento informado e uma nota introdutória, em que explicava o intuito para que era realizado, bem como o pedido de colaboração e respectivo agradecimento.

Todos os exemplares distribuídos foram preenchidos, não tendo sido referidas dificuldades no seu preenchimento, apesar de ter sido considerado um pouco extenso. O receio de não captar o essencial da problemática em estudo esteve na origem de um questionário bastante extenso. Ter-se-á, porventura, caído no exagero de criar um questionário demasiado ambicioso, com um número excessivo de itens. Estimou-se que o preenchimento deste instrumento demoraria cerca de 30 minutos.

Deste processo de afinamento do instrumento de medida resultou a versão final do questionário (Anexo I).

2.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS- MEDIDAS USADAS

O questionário é composto por sete partes. A primeira parte refere-se à caracterização do respondente assim como da patologia e do tratamento. A caracterização da amostra é constituída por sete perguntas fechadas de escolha múltipla.

As profissões foram codificadas de acordo com a tabela Classificação Nacional de Profissões-

1994, do INE (Instituto Nacional de Estatística) ¹⁰de 1994.

Na caracterização da patologia, do tratamento e da **auto-eficácia**, pretende-se avaliar as limitações impostas pela doença e capacidade da pessoa para minimização e/ou resolução das mesmas (24 itens).

A segunda parte do questionário integra a escala *Accessibility to Medical Staff* - AMS. Nesta secção, pretende-se de uma forma directa avaliar a **acessibilidade** à equipa de saúde (10 itens).

Na terceira parte é aplicada uma escala de atitudes *Communicating with Medical Staff* (FACS), que avalia as **atitudes** da pessoa doente para comunicar com a equipa de saúde (7 itens).

Na quarta parte é aplicada uma escala de avaliação das **necessidades de comunicação com a equipa de saúde**, *Family Inventory of Needs* (FIN: Kristjanson, 1995), pretendendo-se identificar as necessidades percebidas pela pessoa com doença crónica (52 itens).

A quinta parte do questionário integra a escala de ansiedade (40 itens) de *State Trait Anxiety Test*, pretendendo-se de uma forma directa avaliar a **ansiedade** face a auto-eficácia na doença crónica.

Na sexta parte é aplicada uma escala de percepção do stress (*Perceived Stress Scale* – PSS), com 14 preposições.

Na última parte do questionário inclui-se o instrumento da satisfação da comunicação de Hecht (COM-SAT: 1978) com 16 itens.

Em anexo (Anexo II), é apresentada uma descrição detalhada das escalas utilizadas na construção do questionário.

2.6 – POPULAÇÃO EM ESTUDO – TÉCNICA DE AMOSTRAGEM E DIMENSÃO DA AMOSTRA

Definidos os objectivos do trabalho colocou-se a questão de saber qual a população, como seleccionar a amostra e como determinar a sua dimensão.

Numa primeira análise, a população teria de corresponder às pessoas com asma que fossem

¹⁰ www.ine.pt/prodserv/nomenclaturas//cnp1994.asp [consultado em 22/06/2007]

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

testemunhas privilegiadas, isto é, de acordo com Quivy e Campenhoudt (1998), interlocutores válidos que pela sua posição, acção ou responsabilidades, tivessem conhecimento do problema. Considerou-se então, como população alvo, o conjunto de indivíduos portadores de asma, de nacionalidade portuguesa e residentes no continente.

A base de sondagem foi definida em função dos seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade superior ou igual a 18 anos;
- Indivíduos capazes de ler e escrever;
- Indivíduos inscritos em consultas de pneumologia;
- Indivíduos em pleno uso das suas faculdades mentais (orientados no espaço, tempo e pessoa, sem história de doença mental).

A justificação para a escolha desta população na análise da comunicação entre os profissionais e pessoas com uma doença crónica, baseia-se no facto de ser esta uma população em crescimento, representando um consumo cada vez mais elevado de recursos de saúde, havendo potencial para intervenção, numa perspectiva de promoção da saúde e auto-eficácia na doença.

O limite inferior de idade da população em estudo, justifica-se por assim se eliminarem as crianças e adolescentes, onde tendencialmente a doença é gerida pelos pais ou encarregados de educação.

O facto de se considerarem apenas indivíduos que saibam ler e escrever, permite eliminar o risco das respostas serem produzidas com a interferência de outras pessoas. Por outro lado, muito do apoio educativo que se fornece a estes doentes é escrito, o que condiciona uma uniformização da população em estudo.

Foram também eliminados os indivíduos hospitalizados, pois neste caso a bibliografia sugere fenómenos de dependência relacionados com o facto de se estar internado (Carapinheiro, 1993). O limite à consulta de pneumologia, justifica-se por assim se eliminarem o risco das respostas serem referentes a outros contextos de outra(s) doença(s).

O total de doentes com asma, segundo dados do Gabinete de Registo da Associação Portuguesa de Asmáticos, era, em Abril de 2006, de 500 000 indivíduos.

2.6.1 – Descrição e caracterização da amostra

A totalidade dos doentes com estas características é seguramente de elevadas dimensões, o que torna impossível estudar a totalidade dos seus elementos. Assim, é fundamental “*escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada*” (Fortin, 2000:363).

A amostra participante foi seleccionada por conveniência. A amostragem por conveniência é uma forma de amostragem, em que as unidades amostrais são seleccionadas intencionalmente pelo investigador, que considera que esses casos possuem as características representativas do universo do estudo ou porque de alguma forma os considera apropriados.

Quanto à dimensão da amostra, segundo Ghiglione e Matalon (2001), ela não deve depender apenas da heterogeneidade das reacções na população, face ao problema colocado, mas, também e sobretudo, do método de análise empregue. Mas, quer devido às limitações de tempo, quer de recursos, a dimensão escolhida foi de 122 observações.

Os dados foram recolhidos em consultas de pneumologia. Foi assim possível obter resultados de indivíduos provenientes do território nacional e de vários hospitais.

2.7 – PROCEDIMENTOS ADOPTADOS NA RECOLHA DE DADOS

Para a distribuição do instrumento de recolha de dados, solicitámos autorização prévia aos Conselhos de Administração e Comissões de Ética das diferentes organizações, através do envio de uma carta para o efeito (Anexo III).

O pré-teste foi efectuado na consulta de asma de um hospital de Lisboa e o questionário definitivo foi aplicado em quatro hospitais (consultas externas - asma). O seu preenchimento ocorreu sempre antes da consulta.

Os enfermeiros de referência das consultas de pneumologia seleccionadas fizeram a distribuição do questionário pelos doentes que se encontravam presentes. O questionário foi acompanhado de uma introdução onde se explicava a importância da colaboração, salvaguardando a confidencialidade das respostas, e o propósito do questionário e respectivo estudo. Todos os participantes preencheram o consentimento informado (conforme o preconizado em Lei de Protecção de Dados Pessoais nº 67/98) e os questionários foram auto-administrados.

O inquérito foi realizado no período de 01 de Outubro de 2006 a 28 de Fevereiro de 2007. Foi

ênfatizada a necessidade de todas as questões serem respondidas, sendo que não existiam respostas certas ou erradas. A taxa de participação ou retorno destes questionários situou-se na ordem dos 35%, por instituição.

Do total de 350 questionários distribuídos, foram devolvidos 142, dos quais foram excluídos 20 por incorrecções de preenchimento, resultando numa dimensão amostral final de 122 casos validados.

2.8 – MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os dados foram inseridos numa base de dados para serem submetidos a tratamento estatístico, recorrendo para o efeito ao programa informático de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 15.

Na análise efectuada e de modo a permitir uma familiarização com os métodos de análise multivariados, quer na sua vertente descritiva, quer na sua vertente inferencial e tendo em conta os objectivos em estudo e a natureza das variáveis consideradas, procedeu-se a uma análise estatística com base nos seguintes princípios teóricos:

Análise descritiva de dados

Foi realizada a análise de frequências das respostas, calculadas medidas de tendência central (média e moda), medidas de dispersão (desvio padrão), medidas de associação (coeficiente de correlação de Pearson) e cruzamento entre duas variáveis.

Análise inferencial

Fez-se igualmente uso da estatística inferencial que se baseia na utilização de testes estatísticos que permitem confirmar se a diferença entre os valores observados e os valores esperados é considerada significativamente diferente no universo ou, se pelo contrário, resulta apenas de erros amostrais: teste de Qui-quadrado para independência de 2 variáveis, teste *t* (para amostras independentes) para a igualdade de médias de 2 grupos, análise de variância simples, bem como as alternativas não paramétricas, sempre que o pressuposto de normalidade não se verifique ou as dimensões amostrais sejam reduzidas.

Análise de Componentes Principais (ACP)

Para validar os constructos utilizados, nomeadamente acessibilidade, atitudes dos doentes para comunicar com a equipa de saúde, necessidade da comunicação com equipa de saúde, ansiedade, percepção de stress e satisfação com a comunicação da equipa de saúde, as várias

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

escalas foram submetidas a uma ACP, utilizando-se o critério de extracção com valor próprio superior a 1 (Kim e Mueller, 1978) ou critério de Kaiser, habitualmente referido como o mais indicado (Ford, MacCallum e Trait, 1986). Foi tido em consideração o valor obtido na estatística de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e o teste de esfericidade de Bartlett (sig. <0,001) que avaliam a viabilidade da aplicação da análise de componentes principais (CP). Para interpretação das CP's foram seleccionados para cada CP itens com *loadings* superiores a 0,50 (Howell, 1989).

Fiabilidade ou Consistência interna

Para avaliar a consistência interna das CP's é tido em conta o valor do α de Cronbach, sendo escolhidas apenas as soluções com coeficientes de consistência interna acima de 0,70 (Nunnaly, 1970).

Análise regressão linear

Proceder-se-á à análise de regressão linear múltipla seguindo o método *enter*.

Com esta metodologia pretende-se testar a qualidade do modelo explicativo através da percentagem de variação explicada da variável dependente. Ou seja, pretende-se testar o potencial preditivo das variáveis explicativas. Foi avaliada a possibilidade de existência de multicolinearidade entre as variáveis através da análise das estatísticas *tolerance* e VIF (*variance inflation factor*).

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos a partir do modelo analítico, de forma a poder efectuar os testes das hipóteses descritas no capítulo II. Faz-se ainda a validação das medidas utilizadas nomeadamente através da ACP exploratória e da consistência interna das escalas. Por último, recorre-se à análise multivariada para avaliar o poder preditivo de cada dimensão interveniente no modelo explicativo da comunicação e auto-eficácia através do qual serão ou não confirmadas as hipóteses elaboradas anteriormente.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Fazem parte da amostra 122 pessoas com asma que se encontram caracterizados na tabela 14 (Anexo IV). Os sujeitos repartem-se em 35,2% do Hospital Santa Marta, 15,6% do Hospital Santa Maria, 31,1% do Hospital Pulido Valente e 18% do Hospital de Nossa Sr.^a do Rosário, sendo maioritariamente do sexo feminino (69,7%), de raça caucasiana (84,4%) e solteiros (41%). A média etária situa-se nos 35,23 anos (com um desvio padrão de 12,87 anos).

Quanto às habilitações literárias 36,9% têm o 12º ano, seguindo-se os licenciados com 27% e 47,1% ganha entre 1001€/mês e 2000 €/mês (rendimento bruto).

O diagnóstico de asma foi estabelecido em média há 14,10 anos (com um desvio padrão de 12,05 anos), sendo que 94,3% está há mais de um ano em tratamento e 86,9% são habitualmente atendidos numa consulta do hospital da especialidade.

3.2 VALIDAÇÃO DAS ESCALAS QUE INTEGRAM O INSTRUMENTO

No sentido de compreender os diferentes contributos para uma comunicação com a equipa de saúde efectiva que conduzam a maior auto-eficácia, desenvolveu-se uma análise desses componentes individualmente.

3.2.1 – Acessibilidade

Os dados referentes à escala de atitudes face à equipa foram subordinados a uma análise de componentes principais (ACP) com rotação varimax, uma vez verificada a sua adequação pelos indicadores apropriados (tabela 1). A estrutura factorial a que se chegou de uma escala composta por seis itens, foi uma estrutura composta por 2 CP, com valor α de Cronbach acima do patamar 0,70. A restrição do número de CP resultou da indicação obtida no pré-teste e resultou na solução mais inteligível e da tentativa de encontrar dimensões interpretáveis. Esta opção baseou-se na sugestão de vários autores (Kim e Mueller, 1978; Hakstian, Rogers e Cattell, 1982) que propõem a análise de diferentes estruturas factoriais até se encontrar uma solução que seja a mais interpretável. Neste processo, eliminaram-se da análise os itens com saturações abaixo de 0,50 obedecendo aos critérios psicométricos estabelecidos (tabela 1).

A acessibilidade não telefónica explica 52,9% da variância ($\alpha=0,88$) e a acessibilidade telefónica explica cerca de 28,5% da variância ($\alpha=0,97$). Estes valores confirmam a tendência assinalada por Gionta em 2003 e 2005, citando Wright e Dick (1984) e Northouse e Northouse (1992) que referem nos seus estudos a facilidade apontada pelos doentes de contactarem telefonicamente os técnicos de saúde.

Tabela 1 – Aplicação da ACP à acessibilidade

Acessibilidade não telefónica ($\alpha=0,88$)	Peso factorial	% variância explicada
Os enfermeiros estiveram geralmente disponíveis para responder a qualquer das minhas questões	0,88	52,88
O enfermeiro esteve disponível para falar pessoalmente	0,87	
Os médicos estiveram geralmente disponíveis para responder a qualquer das minhas questões	0,86	
O médico esteve disponível para falar pessoalmente	0,80	
Acessibilidade telefónica ($\alpha=0,97$)		
Tenho a possibilidade de entrar em contacto com o médico telefonicamente	0,98	28,51
Geralmente o médico respondeu aos meus telefonemas oportunamente	0,98	
KMO=0,57	Teste de esfericidade de Bartlett =598,78	pvalue<0,001

3.2.2 – Atitudes

Os dados referentes à escala de atitudes face à equipa foram subordinados a uma ACP com rotação varimax, uma vez verificada a sua adequação pelos indicadores apropriados (tabela 2). A estrutura factorial a que se chegou é de uma dimensão composta por sete itens.

A única CP retida explica 58,83% da variância (tabela 2). O coeficiente de fiabilidade é de 0,87. Resultados idênticos foram encontrados por Bond (1982) e por Gionta (2005) em estudos sobre pessoas com cancro que hesitavam em questionar os técnicos de saúde por recearem causar algum incómodo ou aborrecimento.

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Tabela 2 – Aplicação da ACP às atitudes

Dificuldade em iniciar a comunicação ($\alpha=0,87$)	Peso factorial	% variância explicada
Eu hesito nas perguntas a fazer aos profissionais de saúde porque não os quero incomodar	0,87	58,83
Eu receio o que o médico poderá dizer sobre o meu estado	0,84	
Eu não sei como abordar o meu médico/enfermeiro	0,81	
Eu sinto-me confortável ao abordar os médicos para lhes colocar questões ou expressar preocupações	-0,78	
Eu sinto-me mais confortável se for o meu familiar a colocar as questões ou a expressar preocupações ao médico/enfermeiros	-0,72	
Eu sinto que nada do que sei ou do que disser fará diferença na maneira como os cuidados do médico serão prestados	0,67	
Eu sinto-me confortável ao abordar os enfermeiros para lhes colocar questões ou expressar preocupações	-0,65	
KMO=0,79 Teste de esfericidade de Bartlett =478,94 pvalue<0,001		

3.2.3 – Necessidades de comunicação com a equipa de saúde

Os dados referentes à escala de necessidades de comunicação com a equipa de saúde foram subordinados a uma ACP, tendo-se extraído 2 CP (Gionta, 2005:467), com rotação varimax, uma vez verificada a sua adequação pelos indicadores apropriados (tabela 3).

A necessidade de mais informação sobre a doença e o seu tratamento explica 42,06% da variância. Sendo o coeficiente de fiabilidade de 0,92. A necessidade de maior apoio da equipa de saúde na disponibilização de informações explica cerca de 7,71% da variância. O coeficiente de consistência interna é de 0,87 (tabela 3). Não foram encontrados estudos sobre as necessidades de informação da pessoa com asma, não sendo, por isso, possível fazer um estudo comparativo dos resultados para o caso português.

Tabela 3 – Aplicação da ACP às necessidades de comunicação com a equipa de saúde

Necessidade de informação sobre a doença e o tratamento ($\alpha=0,92$)	Peso factorial	% variância explicada
Saber os sintomas que podem ser causados pela doença ou pelo tratamento	0,58	42,06
Ter informação sobre o que fazer em casa	0,63	
Que os profissionais de saúde falem comigo honestamente sobre a minha situação	0,84	
Ter as minhas questões respondidas honestamente	0,88	
Conhecer factos específicos a respeito do meu prognóstico	0,82	
Ser informado das alterações da minha situação	0,70	
Saber exactamente o que me está a ser feito	0,70	
Ser informado sobre as alterações que estão a ser efectuadas ao meu plano terapêutico	0,65	
Saber qual o tratamento que estou a receber	0,65	
Necessidade de apoio da equipa de saúde ($\alpha=0,87$)		
Receber explicações em termos que eu entenda	0,52	7,71
Sentir que há esperança	0,68	
Ser informado sobre a minha situação em linguagem que eu posso facilmente compreender	0,68	
Saber quem poderia ajudar-me com os meus problemas	0,67	
Ter informação suficiente dos profissionais de saúde de modo a tomar as decisões apropriadas	0,58	
Saber porque é que as coisas são feitas	0,56	
Sentir-me aceite pelos profissionais de saúde	0,55	
Sentir que os profissionais de saúde valorizam as minhas sugestões e preocupações	0,59	
Saber os nomes dos profissionais de saúde envolvidos no meu tratamento	0,56	
Ser informado pelos profissionais de saúde sem demasiados termos técnicos	0,60	
Ter os profissionais de saúde a conversar abertamente comigo acerca da minha situação clínica*		
Sentir que se preocupam genuinamente com a minha situação*		
Ter a certeza que estou a receber o melhor tratamento possível*		
KMO=0,80 Teste de esfericidade de Bartlett =2540,88 pvalue<0,001		

*Neste processo, eliminaram-se da análise os itens com saturações abaixo de 0,50 obedecendo aos critérios psicométricos estabelecidos

3.2.4 – Ansiedade

Os dados referentes à escala de ansiedade (como se sente no momento) foram subordinados a uma ACP onde obtivemos 2 CP, com rotação varimax, uma vez verificada a sua adequação pelos indicadores apropriados (tabela 4).

A ausência de ansiedade traço (ansiedade relativamente à doença e ao tratamento) explica 41,79% da variância, com um coeficiente de consistência interna de 0,90. A Ansiedade (estado de ansiedade vivenciado no momento em relação à doença e ao tratamento) explica cerca de 11,72% da variância. O coeficiente de consistência interna é de 0,72 (tabela 4).

Tabela 4– Aplicação da ACP à ansiedade

Traço de ansiedade em relação à doença e ao tratamento ($\alpha=0,90$)	Peso factorial	% variância explicada
Sinto-me calmo agora	0,60	41,79
Sinto-me seguro	0,75	
Sinto-me à vontade agora	0,72	
Sinto-me satisfeito agora	0,73	
Sinto-me auto-confiante agora	0,84	
Sinto-me firme agora	0,72	
Sinto-me bem agora	0,58	
Sinto-me contente agora	0,71	
Estado de ansiedade vivenciado no momento em relação à doença e ao tratamento ($\alpha=0,72$)		
Estou tenso, agora	0,70	11,72
Sinto-me cansado agora	0,56	
Sinto-me nervosa agora	0,69	
Sinto-me perturbado agora*		
KMO=0,84 Teste de esfericidade de Bartlett =1574,97 pvalue<0,001		

*Neste processo, eliminaram-se da análise os itens com saturações abaixo de 0,50 obedecendo aos critérios psicométricos estabelecidos

3.2.5 – Percepção do stress

Os dados referentes à escala de percepção do stress foram subordinados a uma ACP com rotação varimax, uma vez verificada a sua adequação pelos indicadores apropriados.

A estrutura factorial a que se chegou é uma escala composta por 3 CP, que explicam 56% da variância total.

A percepção de stress (adaptação/ajustamento ao stress) explica 29,63% da variância. Sendo o coeficiente de fiabilidade de 0,85. A percepção de stress (controlo do stress da doença) explica cerca de 15,22% da variância. O coeficiente de fiabilidade é de 0,74. A percepção de stress (controlo do stress da doença) explica cerca de 11,16% da variância para um coeficiente de fiabilidade de 0,80 (tabela 5).

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Tabela 5 – Aplicação da ACP à percepção de stress

Adaptação/ajustamento ao stress ($\alpha=0,85$)	Peso factorial	% variância explicada
Com que frequência sentiu que se adaptou bem às alterações que ocorreram na sua vida?	0,81	29,63
Com que frequência sentiu que estava a lidar eficazmente com as mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?	0,88	
Com que frequência sentiu que tinha confiança na sua habilidade para lidar com os seus problemas pessoais?	0,86	
Controlo do stress da doença ($\alpha=0,74$)		
O esquema terapêutico foi frequentemente alterado por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0,76	15,22
Com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes na sua doença?	0,91	
Com que frequência sentiu que as dificuldades estavam a acumular-se, e que pela sua quantidade não conseguiria superá-las?	-0,61	
Controlo de situações stressantes da vida ($\alpha=0,80$)		
Com que frequência sentiu que controlou bem as frustrações na sua vida?	0,91	11,16
Com que frequência sentiu que tinha controlo absoluto sobre a sua vida?	0,83	
KMO=0,67 Teste de esfericidade de Bartlett =628,01 pvalue<0,001		

3.2.6 – Satisfação da comunicação com a equipa de saúde

Os dados referentes à escala de satisfação da comunicação com a equipa de saúde foram subordinados a uma ACP com rotação varimax, uma vez verificada a sua adequação pelos indicadores apropriados (tabela 6). A estrutura factorial a que se chegou é uma escala composta por 2 CP.

A insatisfação com a informação obtida pelos profissionais de saúde explica 37,87% da variância. Sendo o coeficiente de consistência interna de 0,82. A satisfação com a interacção com os profissionais de saúde explica cerca de 13,01% da variância. O coeficiente de fiabilidade é de 0,80 (tabela 6).

A satisfação global é avaliada através destes 2 CP conforme a sugestão da autora Gionta (2005:461).

Tabela 6 – Aplicação da ACP à satisfação da comunicação com a equipa de saúde

Insatisfação com a informação obtida pelos profissionais de saúde ($\alpha=0,82$)	Peso factorial	% variância explicada
Fiquei descontente com esta conversa	0,51	37,87
Nada foi conseguido	0,78	
Senti que poderia falar sobre qualquer coisa com o médico	-0,54	
O médico não forneceu razões para o que estava a dizer	0,72	
Não apreciei a conversa	0,75	
Ambos dissemos o que queríamos	-0,62	
Conversámos sobre algo em que eu não estava interessado	0,66	
Satisfação com a interacção com os profissionais de saúde ($\alpha=0,80$)		
O médico fez-me saber que eu estava a comunicar eficazmente	0,68	13,01
O médico demonstrou muito interesse no que eu tinha para dizer	0,85	
Eu gostaria de ter uma outra conversa como essa	0,77	
O médico demonstrou entender o que eu disse	0,52	
Fiquei muito satisfeito com esta conversa	0,59	
Senti que durante essa conversa eu era capaz de apresentar-me como gostaria que os outros me vissem*		
A conversa fluiu naturalmente*		
KMO=0,76 Teste de esfericidade de Bartlett =808,12 pvalue<0,001		

*Neste processo, eliminaram-se da análise os itens com saturações abaixo de 0,50 obedecendo aos critérios psicométricos estabelecidos

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

3.2.7 – Auto-eficácia

Os dados referentes à primeira escala da auto-eficácia são compostos por duas sub escalas distintas. Cada escala foi submetida a uma ACP, com rotação varimax.

Relativamente à limitação da actividade, uma vez verificada a sua adequação pelo teste apropriado (tabela 7), verificou-se que a limitação da actividade explica 75,10% da variância, sendo o coeficiente de fiabilidade de 0,89.

No que se refere à auto-confiança, uma vez verificada a sua adequação pelo teste apropriado (tabela 7), verificou-se que auto-confiança explica 55,40% da variância. O coeficiente de fiabilidade é de 0,88 (tabela 7).

Tabela 7 – Aplicação da ACP à auto-eficácia

Limitação da actividade ($\alpha=0,89$)	Peso factorial	% variância explicada
Actividades moderadas (tais como andar a pé, fazer o trabalho doméstico, tratar do jardim ou quintal, ir às compras, subir escadas)	0,92	75,10
Actividades relacionadas com a sua profissão (tarefas que tem de desempenhar no trabalho)	0,90	
Actividades intensas (tais como ter de se apressar, fazer ginástica, correr pelas escadas, praticar desporto)	0,87	
Actividades sociais (tais como falar, brincar com animais, brincar com crianças ou pegar ao colo, visitar amigos ou família)	0,76	
KMO=0,75 Teste de esfericidade de Bartlett = 313,31 pvalue<0,001		
Auto-confiança ($\alpha=0,88$)		
Sou capaz de evitar que os sintomas e os problemas da saúde provocados pela asma me impeçam de fazer as coisas que quero	0,82	55,40
Sou capaz de evitar que o cansaço provocado pela asma me impeça de fazer as coisas que quero	0,81	
Sou capaz de perceber que a minha asma está piorar e tomar as medidas para controlar	0,81	
Sou capaz de evitar que os problemas emocionais provocados pela asma me impeçam de fazer as coisas que quero	0,74	
Sou capaz de medir o meu DEMI ou os sintomas de asma em casa	0,73	
Sou capaz de evitar as causas que agravam a minha asma	0,71	
Sou capaz de modificar os medicamentos a tomar conforme o plano prescrito pelo médico	0,69	
Sou capaz de fazer correctamente os medicamentos (bombas) para controlar a asma	0,60	
KMO=0,82 Teste de esfericidade de Bartlett =505,4 pvalue<0,001		

3.3 MODELO EXPLICATIVO DA AUTOEFICÁCIA NA ASMA

Iniciaremos a apresentação de dados com uma breve análise descritiva utilizando as médias e os desvios padrão para as variáveis contínuas, seguida de uma análise correlacional de Pearson.

Nesta secção, são ainda apresentados os resultados da análise multivariada, utilizando modelos de regressão para cada uma das dimensões da comunicação e auto-eficácia. Considerou-se importante conhecer as implicações da comunicação sobre a auto-eficácia. Foram definidas como variáveis dependentes: atitudes inibitórias, acessibilidade, percepção

da necessidade de comunicação, satisfação com a comunicação, ansiedade e stress. Como variáveis explicativas temos: o sexo, a idade, a profissão actual, o estado civil, o rendimento mensal, o tempo de tratamento e local onde a pessoa com asma é seguido actualmente (relativamente à asma).

Assim, para avaliar o poder preditivo de cada dimensão interveniente no modelo de comunicação e auto-eficácia procedeu-se à realização de análises de regressão múltipla pelo método *enter*.

3.3.1 – Associação entre variáveis

Na tabela 8 podem ser observados os valores de correlação de *Pearson* das variáveis (quantitativas) estudadas. Os resultados obtidos foram:

As pessoas com maiores índices de rendimento:

- Participam mais nas actividades diárias ($r=0,422$, $p<0,001$);
- Têm uma percepção mais positiva sobre o seu estado de saúde ($r=0,396$, $p<0,001$).

A pessoas que referem participar mais nas actividades relacionam-se:

- Positivamente com a percepção sobre o seu estado de saúde ($r=0,574$ $p<0,001$),
- Negativamente com as ansiedade estado ($r=-0,409$ $p<0,001$).

A confiança da pessoa sobre a sua capacidade para executar as actividades diárias relaciona-se:

- Negativamente com as atitudes comunicacionais ($r=-0,387$ $p<0,001$), ou seja, como as atitudes comunicacionais estão associados à capacidade de tomar a iniciativa no contacto com a equipa de saúde, verifica-se que as pessoas com mais atitudes comunicacionais inibitórias tem menor percepção sobre a sua capacidade para executar as actividades diárias,
- Positivamente com a resposta à necessidade de informação ($r=0,438$ $p<0,001$),
- Positivamente com a resposta à necessidade de apoio profissional ($r=0,422$ $p<0,001$),
- Negativamente com a satisfação com a informação obtida ($r=-0,350$ $p<0,001$),
- Positivamente com a satisfação com a interacção com os profissionais de saúde ($r=0,375$ $p<0,001$),
- Confiança na execução das suas actividades relaciona-se positivamente com a percepção do seu estado de saúde ($r=0,240$ $p<0,01$).

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

A acessibilidade à equipa está correlacionada positivamente com satisfação global ($r=0,475$ e $p<0,001$).

A acessibilidade telefónica relaciona-se negativamente com a satisfação com a interacção com a equipa ($r=-0,419$, $p<0,001$).

As atitudes comunicacionais inibitórias relacionam-se positivamente com satisfação com a informação obtida ($r=0,492$, $p=0,01$).

As pessoas com maior necessidade de informação são aquelas que:

- Apresentam maior índice de necessidade de apoio na comunicação ($r=0,687$, $p<0,001$),
- Referem mais vezes que existe resposta às suas necessidades de informação ($r=0,345$, $p<0,001$).

A resposta às necessidades de informação relaciona-se positivamente com resposta dado através do apoio profissional ($r=0,777$, $p<0,001$).

A ansiedade traço (ansiedade relativamente à doença e ao tratamento) relaciona-se:

- Positivamente o stress, nas vertentes de adaptação/ajustamento à doença ($r=0,387$, $p<0,001$),
- Positivamente o stress no controlo da doença ($r=0,370$, $p<0,001$).

A ansiedade estado (estado de ansiedade vivenciado no momento em relação à doença e ao tratamento) relaciona-se positivamente com o stress, nas vertentes de adaptação/ajustamento à doença ($r=0,376$, $p<0,001$).

O stress: adaptação/ajustamento à doença relaciona-se positivamente o stress no controlo da doença ($r=0,383$, $p<0,001$),

A satisfação com a informação obtida relaciona-se negativamente com a satisfação com a interacção ($r=-0,512$, $p<0,001$),

A satisfação global relaciona-se:

- Negativamente com a resposta às necessidades de informação ($r=-0,364$, $p<0,001$),
- Negativamente com a resposta ao apoio profissional ($r=-0,473$, $p<0,001$),
- Negativamente com stress: controlo de situação ($r=-0,315$, $p<0,001$)

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Tabela 8 – Correlação de Pearson

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1-Idade																								
2-Rendimento mensal	-0,010																							
3-Diagnóstico em anos	0,167	0,159																						
4-Tempo de tratamento	-0,046	0,099	-0,083																					
5-Participação nas actividades	-0,030	,422(***)	0,011	-0,118																				
6- Confiança na execução de Actividade	0,178(*)	,283(**)	0,073	-0,058	,621(***)																			
7-Estado de Saúde	-,254(**)	,396(***)	-0,015	0,059	,574(**)	,240(**)																		
8-Acessibilidade à equipa de saúde	-0,127	-0,189	0,061	0,078	-,189(*)	-,179(*)	-,257(**)																	
9-Acessibilidade telefónica	0,096	0,037	0,098	0,061	0,003	-0,143	0,028	,234(***)																
10- Atitudes Comunicacionais	-0,025	-,293(**)	0,000	-0,153	-,233(**)	-,387(***)	-,198(*)	0,113	0,063															
11-Necessidade de Informação	0,018	,210(*)	0,082	-0,109	0,050	0,148	-0,137	0,079	0,177	-,267(**)														
12-Necessidade de Apoio na comunicação	-0,023	,199(*)	0,077	-0,031	,186(*)	0,153	-0,049	0,092	-0,051	-0,146	,687(***)													
13-Resposta à necessidade de informação	,258(**)	0,133	0,035	0,031	,195(*)	,438(***)	-0,017	-0,148	-,194(*)	-,252(**)	,345(***)	,334(***)												
14-Resposta ao Apoio Profissional	,193(*)	0,093	-0,065	-0,048	,255(**)	,422(***)	0,011	-0,148	-,226(*)	-,222(*)	,222(*)	,270(**)	,777(***)											
15-Diferencial na Informação	,208(*)	-0,071	-0,042	0,123	0,126	,250(**)	0,106	-,198(*)	-,324(***)	0,016	-,580(***)	-,314(***)	,565(***)	,480(***)										
16-Diferencial do Apoio	,185(*)	-0,078	-0,117	-0,017	0,074	,245(**)	0,048	-,201(*)	-0,156	-0,078	-,349(***)	-,553(***)	,409(**)	,652(***)	,662(***)									
17-Ansiedade Traço	-0,008	-0,068	,279(**)	0,061	-,336(***)	-0,164	-,277(**)	0,093	0,070	,235(**)	0,066	0,036	0,054	-0,016	-0,011	-0,043								
18-Ansiedade Estado	0,017	-0,152	0,162	0,052	-,409(***)	-0,106	-,399(***)	0,050	-0,118	0,129	0,159	0,140	0,114	-0,018	-0,040	-0,125	,506(***)							
19- Stress: Adaptação/Ajustamento	-0,016	-0,049	,215(*)	0,107	-,304(***)	-0,115	-,225(*)	0,041	0,013	,266(**)	-,197(*)	-0,131	-0,023	0,012	0,153	0,114	,387(***)	,376(***)						
20- Stress:controlo da doença	-,195(*)	-0,082	,265(**)	-0,037	-,259(**)	-0,137	-,186(*)	0,100	-0,030	,217(*)	0,002	0,001	-0,003	-0,033	-0,004	-0,029	,370(***)	,301(***)	,383(***)					
21-Stress:Controlo da situação	0,057	-0,071	-0,034	-0,098	0,126	0,103	-0,033	-,182(*)	-,182(*)	0,084	-0,022	0,097	0,100	0,025	0,107	-0,055	-0,146	0,067	-,219(*)	-0,079				
22-Satisfação com a informação obtida	-0,018	-,222(*)	0,034	-0,089	-,230(*)	-,350(***)	-0,160	0,090	,211(*)	,492(***)	-,218(*)	-0,109	-,204(*)	-,240(**)	0,014	-0,122	,201(*)	-0,047	0,172	0,128	-0,038			
23-Satisfação com a interacção	-0,042	0,033	-0,147	0,034	0,149	,375(***)	0,031	-,247(**)	-,419(***)	-,291(***)	-0,021	0,016	,260(**)	,211(*)	,244(**)	0,170	-0,141	0,000	-0,094	-0,014	0,136	-,512(***)		
24-Satisfação Global	-,232(*)	-0,101	-0,008	0,033	-0,163	-,315(***)	-0,025	,475(***)	,179(*)	,204(*)	0,044	-0,142	-,364(***)	-,473(***)	-,355(***)	-,297(***)	0,072	0,026	0,091	0,155	-,315(***)	,200(*)	-,226(*)	

Nota: * Valores significativos para $p < 0,05$, ** Valores significativos para $p < 0,01$ e *** Valores significativos para $p < 0,001$

3.3.2 – Modelos explicativos

Para as hipóteses definidas no capítulo II, foram realizadas as seguintes análises estatísticas.

3.3.2.1 – Atitudes inibitórias e dados demográficos

Para testar as hipóteses H_{1a} e H_{1b} que supõem: que a idade e a profissão estão relacionadas com as atitudes comunicacionais inibitórias, procedeu-se a análises de regressão linear.

A leitura dos resultados exibidos na tabela 9 permite constatar o poder explicativo das variáveis de input nesta dimensão das atitudes inibitórias. No seu conjunto, estas variáveis explicam 15,7% da variabilidade da dimensão atitudes inibitória. Se se tiver em linha de conta as estimativas encontradas para os coeficientes de regressão $\hat{\beta}$, constata-se que a profissão actual (Quadros superiores e Quadros intermédios) surge como tendo o maior potencial preditivo das atitudes comunicacionais inibitórias ($\hat{\beta}=-0,323$ e $\hat{\beta}=-0,219$, $\rho<0,01$ respectivamente), traduzindo a ideia de que a profissão actual é importante para o não desenvolvimento inicial de atitudes comunicacionais inibitórias, uma vez que, nestes grupos profissionais se detectam menos atitudes comunicacionais inibitórias.

A profissão actual é a variável que contribui, de forma significativa para a explicação das atitudes inibitórias. Obteve-se suporte parcial para a hipótese H_1 , ou seja, as atitudes comunicacionais são influenciadas negativamente pela profissão actual. Ao contrário do previsto, a idade não influencia as atitudes inibitórias.

Tabela 9 – Regressão linear das atitudes comunicacionais interacção

	Atitudes Comunicacionais
	$\hat{\beta}$
Sexo (masculino)	0,047
Idade	-0,130
Rendimento mensal	-0,217
Profissão actual - Quadros Superiores	-0,323**
Profissão actual - Quadros Intermédios	-0,219**
Profissão actual – Operários e serviços	0,061
Onde é seguido (Centro de Saúde)	-0,249
Onde é seguido (Hospital)	-0,210
Diagnóstico em anos	0,038
Tempo de tratamento	-0,194
Adj. R-Sq	0,157
R-Sq Change	0,241
F	2,885**

Nota: * Valores significativos para $p<0,05$, ** Valores significativos para $p<0,01$ e *** Valores significativos para $p<0,001$

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Relativamente a este modelo explicativo, também não foram identificados problemas de multicolinearidade quando se consideraram as estatísticas de colinearidade: tolerância e VIF. Concluindo-se que nenhuma destas variáveis coloca problemas de multicolinearidade, inserindo-se os valores nos limites considerados, inclusive muito próximos de 1 para a tolerância e para a estatística VIF.

3.3.2.2 – Acessibilidade e dados demográficos

A hipótese H₂ pressupõe que os dados demográficos: sexo, idade e tempo de diagnóstico influenciam a acessibilidade, neste sentido procedeu-se a análises de regressão linear.

Tabela 10 – Regressão linear da acessibilidade

	Acessibilidade	
	Equipa de saúde	Telefónica
	$\hat{\beta}$	$\hat{\beta}$
Sexo (masculino)	-0,258**	0,016
Idade	-0,178*	-0,022
Rendimento mensal	-0,190	-0,048
Profissão actual - Quadros Intermédios	-0,029	0,131
Profissão actual – Operários e serviços	0,050	0,101
Profissão actual – Outros (aposentados, estudantes desempregados)	-0,103	-0,241
Onde é seguido (Centro de Saúde)	-0,110	-0,002
Onde é seguido (Hospital)	-0,178	-0,452*
Diagnóstico em anos	0,249**	0,144
Tempo de tratamento	0,114	0,102
Adj. R-Sq	0,054	0,022
R-Sq Change	0,147	0,119
F	1,574	1,230

Nota: * Valores significativos para $p < 0,05$, ** Valores significativos para $p < 0,01$ e *** Valores significativos para $p < 0,001$

Quando considerada a dimensão da acessibilidade à equipa de saúde referente aos dados demográficos, a variância explicada situa-se nos 5,4% (tabela 10). A partir das estimativas do modelo de regressão linear ($\hat{\beta}$) da tabela 11, concluiu-se que a opinião favorável em relação à acessibilidade é mais elevada para o sexo feminino, ou seja, os homens referem maior dificuldade de aceder à equipa de saúde ($\hat{\beta} = 0,258$, $p < 0,01$).

O tempo de diagnóstico da asma (o número de anos de conhecimento do diagnóstico) influencia positivamente a acessibilidade ($\hat{\beta} = 0,249$, $p < 0,01$) enquanto que a idade o faz de forma negativa ($\hat{\beta} = -0,178$, $p < 0,05$).

Tendo em conta a evidência empírica, conclui-se que são as dimensões: sexo, rendimento mensal e tempo de diagnóstico da asma que melhor predizem a acessibilidade à equipa.

Obteve-se suporte para H_2 .

Relativamente à acessibilidade telefónica, verificou-se efeitos significativos entre o local onde é seguido (acessibilidade telefónica mais elevada nos doentes seguidos no Hospital e nos Centros de Saúde comparativamente com os doentes seguidos nos privados) e a acessibilidade telefónica ($\hat{\beta}=-0,452$, $\rho<0,05$).

3.3.2.3 – Acessibilidade, atitudes comunicacionais inibitórias, percepção de necessidades de comunicação e Satisfação com a comunicação

A hipótese H_3 prediz que quanto maior a acessibilidade, menor o número de atitudes inibitórias e maior a percepção das necessidades de comunicações, mais elevada será a satisfação da pessoa com asma com a comunicação.

Como se pode observar na tabela 11, verificou-se um efeito principal significativo entre a acessibilidade telefónica, atitudes comunicacionais inibitórias, a necessidade de informação, necessidade de apoio na comunicação com a satisfação com a informação obtida telefonicamente ($\hat{\beta}=0,226$, $\rho<0,01$; $\hat{\beta}=0,385$, $\rho<0,001$; $\hat{\beta}=-0,359$, $\rho<0,01$; $\hat{\beta}=0,248$, $\rho<0,05$ respectivamente). Quanto maior a acessibilidade telefónica e mais atitudes comunicacionais inibitórias, maior a satisfação com a informação obtida, no entanto, quanto à percepção das necessidades de informação, há níveis mais baixos de satisfação com a informação obtida.

A acessibilidade telefónica e o tempo de diagnóstico da asma apresentam um efeito negativo significativo com a satisfação com a interacção ($\hat{\beta}=-0,395$, $\rho<0,001$ e $\hat{\beta}=-0,192$, $\rho<0,01$), ou seja, quando as pessoas acedem ao serviço via telefone têm um nível menor de satisfação com a interacção. Verificaram-se ainda, efeitos significativos entre o local onde é seguido (satisfação mais elevada nos doentes seguidos nos Centros de Saúde e Hospital comparativamente com os doentes seguidos nos privados) e atitudes comunicacionais inibitórias com a satisfação com a interacção ($\hat{\beta}=0,477$ e $\hat{\beta}=0,512$ para $\rho<0,01$, $\hat{\beta}=0,218$, $\rho<0,01$). As atitudes comunicacionais inibitórias apresentam um efeito positivo significativo com a satisfação com a interacção ($\hat{\beta}=0,218$ para $\rho<0,01$) ou seja, as pessoas que apresentam mais atitudes comunicacionais têm um nível maior de satisfação com a interacção.

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Constaram-se também, efeitos significativos entre acessibilidade à equipa de saúde, atitudes comunicacionais inibitórias necessidade de informação e necessidade de apoio na comunicação com a satisfação global ($\hat{\beta}=0,410$, $\rho<0,001$; $\hat{\beta}=0,225$, $\rho<0,05$; $\hat{\beta}=0,341$, $\rho<0,01$; $\hat{\beta}=-0,388$, $\rho<0,01$ respectivamente). Assim, quanto maior a acessibilidade à equipa de saúde, as atitudes comunicacionais e a necessidade de informação maior o nível de satisfação global, por outro lado, a percepção das necessidades de apoio na comunicação influenciam negativamente a satisfação global.

A variância explicada da satisfação com a informação obtida é de 36,9%, em que a acessibilidade telefónica, as atitudes comunicacionais, a necessidade de informação e a necessidade de apoio na comunicação são as variáveis que mais contribuem para estes níveis de explicação.

A variância explicada da satisfação com a interação é de 29,1%, em que ao tempo que foi estabelecido o diagnóstico, o local onde é seguido (Centro de Saúde, Hospital) a acessibilidade telefónica e as atitudes comunicacionais são as que mais contribuem para explicação da satisfação.

A variância explicada da satisfação global é de 24,6%, a acessibilidade à equipa de saúde, as atitudes comunicacionais, a necessidade de informação, a necessidade de apoio e a necessidade de apoio na comunicação são as que mais contribuem para a explicação da satisfação global.

Deste modo, obteve-se suporte parcial para a Hipótese H₃, ou seja, a satisfação com a informação obtida é influenciada positivamente pela acessibilidade telefónica. Além disso, a satisfação global é influenciada positivamente pela acessibilidade à equipa de saúde, confirmando-se H_{3b}. Ao contrário do previsto, a presença de atitudes inibitórias influencia positivamente a satisfação com a informação obtida e com a satisfação global. A acessibilidade telefónica influencia negativamente a satisfação com a interação. E verificou-se ainda, que o conhecimento das necessidades de comunicação influencia negativamente a satisfação, especificamente, a necessidade de informação influencia negativamente a satisfação com a informação obtida, e a necessidade de apoio na comunicação influencia negativamente a satisfação global.

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Tabela 11 – Regressão Hierárquica da satisfação na idade, rendimento mensal, tempo de diagnóstico e de tratamento, local onde é seguido, acessibilidade, atitudes e necessidades comunicacionais

	Satisfação informação obtida	Satisfação com a interação	Satisfação global
	$\hat{\beta}$	$\hat{\beta}$	$\hat{\beta}$
Sexo (masculino)	0,57	0,025	0,000
Idade	-0,040	-0,018	-0,168
Rendimento mensal	-0,183	0,059	0,029
Diagnóstico em anos	0,073	-0,192**	0,002
Onde é seguido (Centro de Saúde)	-0,085	0,477**	0,116
Onde é seguido (Hospital)	-0,324	0,512**	-0,091
Tempo de tratamento	-0,017	0,024	0,045
Acessibilidade à equipa de saúde	-0,081	-0,030	0,410***
Acessibilidade telefónica	0,226**	-0,395***	-0,050
Atitudes Comunicacionais	0,385***	0,218**	0,225*
Necessidade de Informação	-0,359**	0,041	0,341**
Necessidade de Apoio na comunicação	0,248*	0,011	-0,388**
Adj. R-Sq	0,369	0,291	0,246
R-Sq Change	0,444	0,375	0,335
F	5,9205***	4,447***	3,743***

Nota: * Valores significativos para $p < 0,05$, ** Valores significativos para $p < 0,01$ e *** Valores significativos para $p < 0,001$

3.3.2.4 – Informação, ansiedade e stress

Para testar as hipóteses H_4 que supõem: a informação está negativamente relacionada com o stress e ansiedade, procedeu-se a análises de regressão hierárquica, podendo concluir-se que a ansiedade e o stress: adaptação/ajustamento não são explicados significativamente pelas variáveis em análise: os coeficientes de determinação ajustados apresentam valores muito reduzidos não ultrapassando 9,8% (tabela 12).

Tabela 12 – Regressão Hierárquica da ansiedade e stress na idade, escolaridade, rendimento mensal, tempo de diagnóstico e de tratamento, local onde é seguido e necessidades comunicacionais

	Ansiedade	Stress: Adaptação/Ajustamento	Stress: Controlo da doença	Stress: Controlo da Situação
	$\hat{\beta}$	$\hat{\beta}$	$\hat{\beta}$	$\hat{\beta}$
Idade	-0,118	-0,124	-0,210*	-0,042
Escolaridade	-0,235	-0,147	-0,011	-0,367**
Rendimento mensal	-0,089	0,029	-0,172	0,196
Diagnóstico em anos	0,107	0,213*	0,382**	-0,144
Onde é seguido (Centro de Saúde)	0,000	-0,109	-0,305	-0,086
Onde é seguido (Hospital)	-0,033	-0,112	-0,333	0,063
Tempo de tratamento	0,089	0,088	-0,031	-0,177
Necessidade de Informação	0,233	-0,168	0,011	-0,028
Necessidade de Apoio na comunicação	0,028	-0,053	-0,052	0,028
Adj. R-Sq	0,047	0,034	0,080	0,004
R-Sq Change	0,059**	0,040	0,002	0,000
F	3,140**	2,085	0,103*	0,024

Nota: * Valores significativos para $p < 0,05$, ** Valores significativos para $p < 0,01$ e *** Valores significativos para $p < 0,001$

3.3.2.5. Satisfação com a comunicação e auto-eficácia

Por último, para testar a hipótese H_5 , que supõe que a satisfação com a comunicação estabelecida entre as pessoas com asma e a equipa de saúde apresenta efeitos na auto-eficácia da pessoa com asma, realizaram-se análises de regressão linear. Fez-se regressão de cada indicador dos comportamentos de limitação da actividade e da auto-confiança para agir em situações imprevistas da doença sobre a satisfação com a comunicação (tabela 13).

Como se pode observar, as variáveis de controlo explicam uma variância significativa, ou seja, o rendimento mensal, o ser seguido no hospital, apresentam um efeito positivo significativo ($\hat{\beta} = 0,494$, $\rho < 0,001$ e $\hat{\beta} = 0,470$, $\rho < 0,05$) respectivamente, já o tempo de tratamento apresenta um efeito negativamente significativo para a limitação da actividade

O modelo explica cerca de 22,7% da variância da limitação da actividade. A variável controlo rendimento mensal, ser seguido no hospital e o tempo de tratamento são os que contribuem mais para a explicação da limitação da actividade. Assim sendo, quando maior o rendimento mensal das pessoas com asma, seguidas no hospital, menor o nível de limitação da actividade, por outro lado, quanto mais tempo de tratamento apresentam maior o nível de limitação da actividade.

No modelo, o rendimento mensal, a satisfação com a interacção apresentam um efeito positivo significativo ($\hat{\beta} = 0,245$, $\rho < 0,01$; $\hat{\beta} = 0,270$, $\rho < 0,01$ respectivamente). A satisfação global por sua vez apresenta um efeito negativo significativo ($\hat{\beta} = -0,217$, $\rho < 0,01$). O modelo explica cerca de 28% da variância da auto-confiança. A satisfação com a interacção, satisfação global e o rendimento mensal são os que contribuem mais para a explicação da autoconfiança. As pessoas com asma que apresentam um maior nível de satisfação com a interacção e maior rendimento são as que apresentam maior nível de autoconfiança, no entanto as pessoas com maior nível de satisfação global não são as que apresentam maior nível de autoconfiança.

Pelo que se obteve suporte parcial para a hipótese H_5 , ou seja, a satisfação com a interacção influencia positivamente apenas uma das dimensões da auto-eficácia, a auto-confiança.

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Tabela 13- Regressão Hierárquica da limitação da actividade e auto-confiança na idade, rendimento mensal, tempo de diagnóstico e de tratamento, local onde é seguido e satisfação

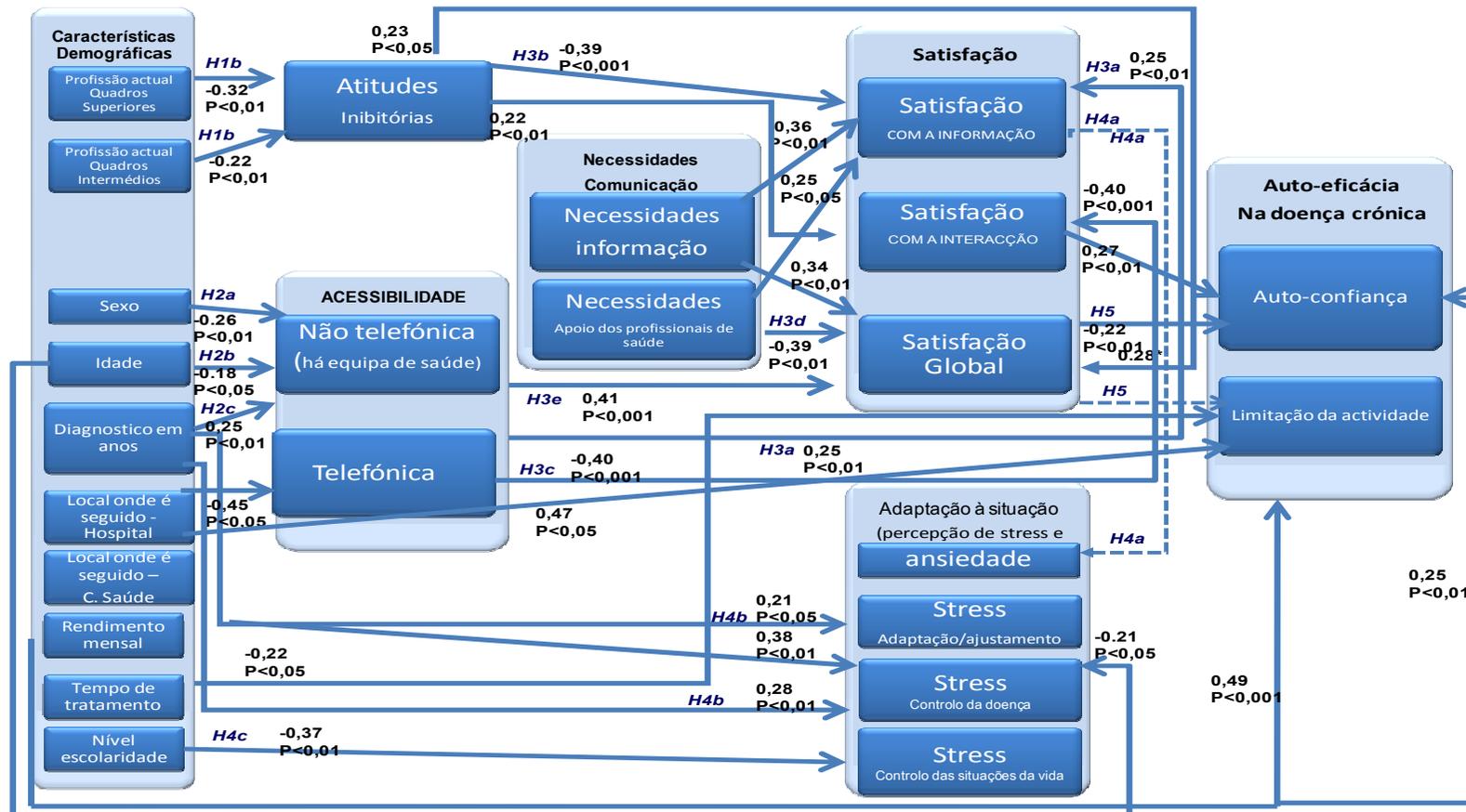
	Limitação da Actividade	Auto-confiança
	$\hat{\beta}$	$\hat{\beta}$
Idade	0,012	0,153
Rendimento mensal	0,494***	0,245**
Diagnóstico em anos	-0,099	0,0171
Onde é seguido (Centro de Saúde)	0,289	0,090
Onde é seguido (Hospital)	0,470*	0,140
Tempo de tratamento	-0,218*	-0,114
Satisfação com a informação obtida	-0,054	-0,148
Satisfação com a interacção	0,064	0,270**
Satisfação Global	-0,051	-0,217**
Adj. R-Sq	0,227	0,282
R-Sq Change	0,13	0,181**
F	0,545	8,490**

Nota: * Valores significativos para $p < 0,05$, ** Valores significativos para $p < 0,01$ e *** Valores significativos para $p < 0,001$

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Na figura 2 é apresentado o modelo estimado explicativo da auto-eficácia na pessoa com asma, com indicação das hipóteses e dos coeficientes de regressão significativos. A discussão destes resultados é feita no capítulo seguinte.

Figura 2 - Modelo estimado da auto-eficácia para a pessoa com asma



CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, CONCLUSÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA O CONHECIMENTO

Neste capítulo procura-se dar sentido aos resultados encontrados com base no estudo efectuado. Por um lado, discutindo os resultados que se consideram mais evidentes, sobretudo aqueles mais pertinentes para as hipóteses formuladas. Por outro lado, relacionando-se estes resultados com o que foi encontrado na literatura. A consecução destas duas finalidades irá ocorrer conjuntamente.

4.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo procurou explorar as dimensões da comunicação da pessoa com doença crónica e a equipa de saúde, em consonância com alguns estudos existentes neste domínio (Gionta, 2003 e 2005) e a sua influência na auto-eficácia. A literatura sobre esta matéria recomenda que a comunicação, sendo um fenómeno complexo, deve ser entendida como um estado psicológico e, simultaneamente, como um fenómeno que está relacionado com comportamentos e com variáveis situacionais (Gionta, 2005).

Os resultados obtidos indicaram que a comunicação da pessoa com doença crónica com a equipa é composta por catorze dimensões, a saber: **as atitudes, a acessibilidade aos profissionais de saúde, as necessidades de comunicação, a satisfação com a comunicação e a adaptação psicológica**. Embora o presente estudo tenha como suporte outros estudos existentes na literatura, não se poderá estabelecer uma comparação directa com outros resultados, por exemplo, com os estudos conduzidos por Gionta (2003 e 2005), por variadas razões. Primeiro, o instrumento de medida foi construído com inspiração na literatura e como resultado do estudo exploratório conduzido junto de pessoas com asma. Segundo, por se tentar ajustar ao contexto da patologia, foi dado enfoque a determinados aspectos que, sendo relevantes para esta patologia, se cogitou não terem expressão semelhante noutros contextos. Por outro lado, de acordo com a literatura, diferentes componentes da comunicação podem ter pesos diferentes em diferentes contextos (Pettegrew, 1986 e Teixeira, 2004), dependendo dos níveis de literacia dos indivíduos que compõem a amostra e dependendo dos níveis de dependência estabelecidos entre a equipa e a pessoa com asma. Assim, entendeu-se que a

comunicação assume configurações diferentes em diferentes contextos de análise.

A literatura tem indicado que a comunicação é necessária em determinadas condições, ou seja, faz parte integrante da cultura, influencia e reflecte a forma e o modo como os sentimentos são expressos e como a informação é transmitida (Phipps, 2003).

Relativamente a esta questão, as conclusões dos estudos desenvolvidos por Buckman (1992) e Miranda e Brody (1992) confirmam a importância das relações entre os profissionais de saúde e as pessoas com doença crónica, assim como das percepções das necessidades de comunicação.

Comportamentos menos defensivos por parte das pessoas com doença crónica e comportamentos promotores do envolvimento terapêutico por parte dos profissionais de saúde são mecanismos que influenciam a auto-eficácia. Assim, este estudo sugere que a satisfação com a comunicação nas relações estabelecidas entre profissionais de saúde e pessoas com asma constitui um esforço a ter em conta quando a auto-eficácia constitui um objectivo da mesma. Desta forma, a questão da comunicação nas equipas de saúde torna-se particularmente importante. Por outro lado, dada a importância da interdependência entre a equipa de saúde e a pessoa com doença crónica para atingirem resultados, a importância da satisfação com a comunicação torna-se uma questão central.

Por se considerar que o contexto da asma é específico e que existem especificidades no relacionamento entre as equipas de saúde e as pessoas com asma, considerou-se que as dimensões da satisfação com a comunicação poderiam reflectir essas diferenças. Nesta medida, é pertinente afirmar que as conclusões obtidas neste estudo para as pessoas com asma não são válidas para outras patologias crónicas, não se podendo extrapolar tendências para outros contextos.

Explanadas as razões pelas quais os resultados deste estudo não podem ser comparados directamente com os resultados de outros estudos existentes na literatura, será pertinente discutir os principais resultados obtidos no que diz respeito à dimensionalidade deste constructo: ***A auto-eficácia na asma: Papel da comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde.***

Neste contexto, foram valorizados os comportamentos de acessibilidade. Acredita-se que a influência de alguns dados demográficos (por exemplo a idade e a instrução), a acessibilidade

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

e as atitudes inibitórias para iniciar a comunicação com a equipe de saúde, são variáveis que quando combinadas influenciam a percepção que a pessoa tem das suas necessidades de comunicação. Estas variáveis, por sua vez, influenciam a satisfação com a comunicação estabelecida com a equipa de saúde.

Finalmente, os dados demográficos, a acessibilidade, as atitudes inibitórias, a percepção das necessidades de comunicação encontradas e a satisfação da comunicação influenciam a adaptação psicológica (medidas através de dois indicadores: a percepção de stress e a ansiedade) e condicionam a auto-eficácia da pessoa com asma.

Das hipóteses de investigação definidas, a primeira sugere que as pessoas cuja a profissão actual pertence aos quadros superiores e intermédios têm menos atitudes comunicacionais inibitórias ou medo de iniciar a comunicação com a equipa de saúde, recebeu sustentação nos resultados deste estudo. Isto é consistente com os estudos qualitativos precedentes (Laizner *et al*, 1993; Chesler e Barbarin, 1984) nos termos do relacionamento indirecto entre a profissão, e as atitudes inibitórias.

A segunda hipótese propõe que a acessibilidade à equipa de saúde é explicada pelo sexo, pelo rendimento mensal e pelo tempo de diagnóstico.

Efectivamente a acessibilidade depende, sobretudo, de há quanto tempo foi diagnosticada a asma, ou seja, o número de anos de diagnóstico da asma influencia positivamente a acessibilidade. A pessoa com asma encontra segurança para comunicar com a equipa de saúde de acordo com tempo e experiência que vai adquirindo deste o momento em que lhe é diagnosticada uma doença crónica (Mendes, 2006; Fragoso 2003 e Koszer, 2001).

Também o sexo condiciona o acesso às equipas de saúde e é nas convenções sociais que encontramos essa diferença comportamental implícita na condição de género. Neste estudo verifica-se que os homens são aqueles que consideram ter menor acessibilidade, também sabemos que habitualmente o homem é considerado como um ser mais confiante e com mais conhecimentos (mais culto) o que pode de alguma forma explicar o sentimento dos homens neste estudo.

Na terceira hipótese prediz-se que pessoas com acessibilidade facilitada e ausência de atitudes inibitórias na comunicação estarão mais satisfeitas com a comunicação com a equipa. Esta hipótese foi confirmada. Já antes, o estudo de Gionta (2005) verificou que a acessibilidade à

equipa de saúde e a ausência de atitudes inibitórias contribuem para o aumento da satisfação com a comunicação estabelecida entre pessoas com doença crónica e equipa de saúde.

Estes resultados são consistentes com a teoria de Ajzen do planeamento do comportamento (Fishbein e Ajzen, 1975 e Lima, 1993). A premissa central da teoria de Ajzen é que a intenção de um indivíduo executar um comportamento está influenciada fortemente pelas suas atitudes que, por sua vez, determinam se um comportamento particular será ou não executado. Transpondo este conceito para este estudo, as intenções das pessoas com asma em comunicar com a equipa de saúde são fortemente influenciadas pelas suas inibições ou atitudes de medo. As atitudes inibitórias para iniciar a comunicação com os profissionais de saúde influenciam a satisfação com a informação obtida, assim como a comunicação estabelecida com a equipa de saúde (Morgado *et al*, 2000).

Estes resultados recebem também a sustentação de diversos estudos (Bond, 1982; Krant e Johnson, 1978). Nestes estudos, as pessoas atribuíram ao défice de contacto directo e medo em comunicar com equipa de saúde justificação para a informação limitada e lapsos na compreensão do diagnóstico, do prognóstico e das opções do tratamento.

Na quarta hipótese, prediz-se que a satisfação com a informação obtida influencia negativamente a ansiedade da pessoa com asma, as pessoas com asma com mais tempo de diagnóstico são mais afectadas pelo stress e ainda que, o nível de escolaridade das pessoas com asma influencia o stress vivenciado no seu processo da doença. No modelo em análise estas variáveis não são significativas em oposição aos resultados obtidos nos estudos de Fragoso (2003) e Koszer (2001) em que as pessoas com maior nível de escolaridade apresentam mais stress no controlo da asma.

Na literatura sobre a asma, uma suposição prevalece: quanto mais informação for proporcionada, menores serão os sentimentos da ansiedade e da incerteza, especialmente nas situações de crise. Esta suposição é testada na quarta hipótese. Para tal foram usadas duas variáveis dependentes do ajuste psicológico: ansiedade (Ansiedade Inventário do Beck, 1990) e stress percebido (escala percepção de stress, 1983).

Estes resultados sugerem que mais tempo de diagnóstico poderá possibilitar mais oportunidades de obter informação através de comunicação com a equipa de saúde o que poderá reduzir, nas pessoas com asma, o nível do stress. Isto é consistente com os conceitos

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

teóricos de Cohen (1983) e de Lazarus e Folkman (1984) que no âmbito da comunicação referem que a procura de informação é uma estratégia preliminar nos indivíduos para lidar com um evento stressante (Teixeira, 2004 e Guerra, 2006). Fornece um sentimento de auto-controlo e de auto-ajuda e contribui para reduzir a ansiedade (Mendes, 2005).

Na quinta hipótese prediz-se que a satisfação com a comunicação estabelecida entre as pessoas com asma e a equipa de saúde influencia positivamente a auto-eficácia das pessoas com asma e, efectivamente, se a comunicação for definida como estratégia informativa para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde (Teixeira, 2004) e, aumentar a satisfação com a interacção estabelecida com as equipas de saúde significa aumentar a possibilidade das pessoas se envolverem mais no seu plano terapêutico e desenvolverem comportamentos de auto-eficácia (Ribeiro, 1997, Mendes, 2005 e Franco *et al*, 2007) através do aumento da auto-confiança da pessoa com asma.

Em relação ao rendimento mensal, as pessoas com mais rendimentos apresentam uma expectativa de auto-eficácia significativamente superior em relação às pessoas com menor índice de rendimento mensal. Este facto está de acordo com Klinnert e Lum Lung (1991) que referem uma evolução da autonomia em relação aos comportamentos de saúde, sendo a auto-eficácia um predictor destes comportamentos que deve aumentar com os recursos, como se confirmou (Ribeiro, 1995).

Será que o facto de terem menos crises de asma faz com que se sintam mais eficazes? A pessoa não tem muitas crises e as que tem, são fáceis de controlar, por isso a sua auto-eficácia é elevada. Ao contrário, as que têm mais crises podem já ter vivido crises mais difíceis de controlar, e sabem que nem sempre conseguem manejar a sua doença, por isso as suas expectativas de eficácia são mais baixas. No entanto, também podemos pôr a hipótese, já discutida noutros estudos de que a auto-eficácia mede os comportamentos de saúde adoptados.

Neste caso, uma pessoa que se sente auto-eficaz vai executar mais vezes comportamentos de auto-gestão da sua asma, conseguindo controlá-la (Morgado, Pires e Pinto 2000).

4.2 – PRINCIPAIS CONCLUSÕES DO ESTUDO

Transcorrido um longo percurso, é chegado o momento de procurar responder às questões que orientaram esta pesquisa. A indagação orientadora desta pesquisa, centrou-se na auto-eficácia na asma: papel da comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde.

Apresentam-se, de seguida, as principais conclusões obtidas no estudo e as implicações para a prática e gestão de cuidados. São ainda apresentadas as principais limitações da investigação, bem como algumas sugestões para pesquisas futuras.

A literatura sobre a problemática em estudo recomenda que a comunicação, sendo um fenómeno complexo, deve ser entendido como um estado psicológico, e simultaneamente, deve ser entendido como um fenómeno que está relacionado com comportamentos e com variáveis situacionais (Gionta, 2005). A presente investigação constituiu-se como uma resposta a este apelo da literatura.

O objectivo deste estudo consistiu na análise das variáveis que determinam a auto-eficácia na asma e na análise do impacto desta na comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde, composta por diferentes factores. Este estudo procurou explorar as dimensões da comunicação da pessoa com doença crónica com a equipa de saúde, tal como alguns estudos existentes neste domínio (Gionta, 2003 e 2005). A presente investigação teve como referência o modelo conceptual de Gionta (2003 e 2005).

Dos resultados obtidos neste estudo concluiu-se que a comunicação da pessoa com doença crónica com a equipa de saúde é um constructo multidimensional composto por catorze dimensões relacionadas com: **as atitudes, a acessibilidade aos profissionais de saúde, as necessidades de comunicação, a satisfação com a comunicação e a adaptação psicológica.**

Acredita-se que os resultados deste estudo têm importância do ponto de vista clínico e político, e que tem também implicações para a educação dos profissionais de saúde e pessoas com asma.

Do ponto de vista clínico, o presente estudo demonstra a importância do estabelecimento de uma ligação entre a equipe de saúde e as pessoas com asma para que comunicação seja facilitada, pois é através deste meio que as pessoas adquirem, sobre o seu diagnóstico, opções do tratamento e consciência da necessidade de cuidados.

De acordo com Chesler e Barbarin (1984), esta informação directa entre pessoas com asma e a equipa de saúde permite:

- Decisões optimizadas no auto-cuidado a realizar;
- Antecipação dos efeitos colaterais do tratamento;
- Melhor controlo da vida fora do hospital, tendo uma compreensão realista de doença.

Os resultados do presente estudo sugerem também que, se se estabelecer um diagnóstico de necessidades informativas da pessoa com asma através do contacto directo, a satisfação com a comunicação com a equipa melhora, assim como o seu bem-estar emocional, reduzindo as atitudes comunicacionais inibitórias. Isto, por sua vez, tem implicações para o bem-estar da pessoa. E é consistente com os dados empíricos de que a satisfação com a comunicação entre a equipa de saúde e as pessoas com asma pode promover um relacionamento mais colaborativo e conduzir a uma maior receptividade, por parte das pessoas com asma, às recomendações do seu plano terapêutico (Bond, 1982).

No contexto actual dos cuidados de saúde, estabelecer uma comunicação entre a equipa de saúde e as pessoas com doenças crónicas constitui um desafio importante. Os hospitais estão sob a crescente pressão de fornecer cuidados eficientes a baixos custos enquanto devem, em simultâneo, promover culturas de qualidade. Em consequência, as equipas de saúde estão cada vez menos disponíveis para dedicar tempo (tempo é dinheiro) aos cuidados não imediatos. Isto tem implicações clínicas significativas e tais práticas podem resultar no aumento significativo da ansiedade para pessoas com asma e em erros que tendem a ser praticados em contextos de crise da doença.

4.3 – IMPLICAÇÕES TEÓRICAS

Muitas investigações mostram, através do estudo no âmbito da auto-eficácia (Pereira, e Almeida, 2004; Morgado 1998 e Morgado, Pires e Pinto 2000), que a satisfação com a interacção estabelecida entre pessoas com doença crónica e equipas de saúde pode conduzir a implicações sérias, tanto a nível individual como organizacional. Este estudo contribuiu para compreender que a satisfação com a comunicação influenciava a auto-eficácia da pessoa com asma. Em sintonia com o estudo de Gionta (2003 e 2005), os resultados desta investigação sugerem que a satisfação com a comunicação é influenciada pela percepção da necessidade de informação, acessibilidade e atitudes inibitórias. Acrescenta ainda, que a satisfação com a

comunicação tem um efeito negativo na auto-eficácia na pessoa com asma.

Esta investigação dá alguns contributos para a teoria da auto-eficácia (Bandura 1977, 1992), demonstrando que expectativas de eficácia, ao nível dos auto-cuidados, são mais elevadas nas pessoas com mais rendimentos.

4.4 – IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Os resultados deste estudo apresentam implicações práticas importantes. Sugerem que é essencial estabelecer uma relação entre as equipas de saúde e as pessoas com asma de forma directa e numa relação profundamente humana (Melo, 1999; Pires, 1998), que, desejavelmente, é uma relação de confiança, respeito, abertura e responsabilidade.

Os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica, porque podem influenciar significativamente a avaliação que as pessoas doentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão à terapêutica. Esta avaliação dos cuidados de saúde prestados pelos técnicos baseia-se essencialmente nas competências relacionais dos técnicos de saúde (Teixeira, 2004). De acordo com Chesler e Barbarin (1984), esta troca de informação directa entre pessoas doentes e equipas de saúde ajudam essas pessoas a:

- 1- Tomar decisões sobre a optimização do seu auto-cuidado;
- 2- Antecipar os efeitos laterais do plano terapêutico;
- 3- Controlar melhor a sua vida nos períodos de inter-crise evitando o recurso a organizações de saúde;
- 4- Clarificar procedimentos e o papel de cada profissional de saúde envolvido no seu plano terapêutico.

O presente estudo sugere ainda que diagnosticar as necessidades de informação através do contacto directo pode melhorar a satisfação da comunicação da pessoa com asma com a equipa de saúde, assim como o seu bem-estar emocional melhorando a adaptação/ajustamento à situação de doença crónica. Isto, por sua vez, tem implicações para o bem-estar da pessoa.

O conhecimento empírico suporta ainda que uma comunicação oportuna e apropriada pode melhorar a receptividade da pessoa às recomendações do seu plano terapêutico aumentando a capacidade para o auto-cuidado e por inerência a auto-eficácia (Bond, 1982 e Bandura, 1977 e

1992).

O presente estudo tem o mérito de ter sido realizado num contexto prático e poderá ter repercussões na implementação de boas práticas no âmbito do processo comunicacional entre profissionais de saúde e pessoas com asma de modo a influenciar a forma como é feito o autocontrolo da doença.

Este estudo, atendendo à realidade comunicacional dos nossos dias, destaca a validade de outros meios de comunicação optimizadores da relação terapêutica, que por um lado podem contribuir para aumentar a acessibilidade aos cuidados e às equipas de saúde e, contribuir para construção de instrumentos que influenciem positivamente o *empowerment* da pessoa com asma.

4.5 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados obtidos no presente estudo aconselham algumas reservas nas ilações retiradas. Algumas das principais limitações do estudo prendem-se com questões de ordem metodológica. Uma das limitações óbvias da pesquisa tem a ver com o carácter de conveniência da amostra. O facto de o estudo não ser baseado numa amostra probabilística, coloca fortes restrições à possibilidade de generalizar os resultados aqui encontrados para o universo estudado. O facto dos R^2 ajustado obtidos nas regressões serem baixos condiciona o significado das conclusões. Por estes motivos, os resultados deste estudo impõem uma interpretação cuidadosa e limitada ao contexto da presente pesquisa e, desta forma, algumas cautelas deverão ser tidas em conta aquando da tentativa de extrapolar os resultados obtidos para outros contextos.

Os resultados obtidos poderiam ter tido expressão diferente se tivesse contado com um maior número de respostas. Porém, a especificidade da amostra limitou a abrangência do estudo.

A dificuldade de encontrar consultas da especialidade constituiu uma limitação agravada pela especificidade da amostra e do próprio estudo que recaiu sobre pessoas com asma diagnosticada há mais de um ano em consulta da especialidade. Assim, seria interessante a realização de outros estudos, em diferentes contextos no sentido de permitir análises comparativas.

Uma outra limitação prende-se com a dificuldade de identificar todos os aspectos que interferem com a comunicação entre os doentes e os profissionais. Apesar de nos ser possível identificar alguns dos seus indicadores, parece-nos importante avaliar também outro tipo de dimensões, como os aspectos de personalidade dos doentes e os comportamentos desenvolvidos pelos profissionais.

Os resultados devem também ser interpretados tendo em conta que todos os doentes estavam há mais de um ano nas consultas de pneumologia, o que os coloca fora da primeira fase de adaptação ao tratamento.

Por fim, a informação nacional sobre esta problemática é extremamente limitada, não nos permitindo reconhecer, por exemplo, as condicionantes de ordem cultural inerentes à comunicação, obrigando-nos a recorrer principalmente aos estudos desenvolvidos fora do contexto português.

4.6 – RECOMENDAÇÕES E PISTAS PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

A melhoria dos processos de comunicação que ocorrem na relação entre os técnicos de saúde e os doentes exige uma intervenção multidimensional, sobre os técnicos de saúde e sobre os doentes com a finalidade de desenvolver as suas competências de comunicação.

Há necessidade de *desenvolver as competências comunicacionais dos técnicos de saúde*, principalmente porque a formação universitária dos técnicos de saúde assenta predominantemente nos aspectos biomédicos, técnicos e assistenciais e tende a negligenciar aspectos centrais como a comunicação em saúde, essencial também na humanização dos serviços.

Assim, é desejável aumentar as oportunidades de formação relacionada com competências de comunicação, quer na formação académica, quer na formação pós-graduada e profissional dos técnicos de saúde, nomeadamente no que se refere a:

- Desenvolvimento de competências de comunicação, tais como escuta activa, perguntas abertas e técnicas facilitadoras;
- Treino da assertividade em comunicação;
- Resolução de conflitos e mediação;

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

- Transmissão de informação sobre medidas preventivas e terapêuticas enfatizando mais os comportamentos saudáveis/desejáveis do que os aspectos técnicos;
- Elaboração de *manuals de boas práticas comunicacionais*.

Os técnicos de saúde devem tornar-se cada vez melhores comunicadores e melhores utilizadores das tecnologias de informação.

Importa desenvolver acções destinadas a promover competências de comunicação e mais *empowerment* nas pessoas doentes, quer nos serviços de saúde, quer na comunidade, para que as pessoas com doenças se tornem mais pro-activas na procura de informação sobre saúde.

Os *serviços de saúde* devem promover o aumento do nível de participação da pessoa com asma, ajudando-a a identificar as preocupações ou a fazer previamente uma lista do que quer verbalizar ou perguntar.

A *comunidade* pode contribuir para o desenvolvimento da literacia de saúde através de acções concretas no sentido de promover a acessibilidade à informação.

Importa contudo realçar que não é possível apresentar pacotes ou programas pré-estabelecidos de estratégias, mais ou menos comportamentais, resultantes unicamente das representações exteriores à pessoa com asma, pois a intervenção deverá ter como objectivo final o desenvolvimento da autonomia e da responsabilização individual de cada um pelo seu processo terapêutico.

Tendo em conta a falta de estudos sobre a auto-eficácia nas pessoas com doença crónica, estudos futuros deverão explorar as dimensões da limitação da actividade e auto-confiança, no sentido de avaliar a consistência dessas dimensões.

Uma sugestão para estudos futuros consiste em analisar as diferentes dimensões da auto-eficácia na relação com conhecimento que a pessoa têm sobre a sua doença. Esta vertente não foi abordada em grande profundidade no presente estudo e deveria ser explorada em maior detalhe em futuros estudos. Outra pista para futuros estudos, e a exploração de como os indivíduos percebem a monitorização e vigilância por parte dos profissionais de saúde que pode ser percebida, como falta de confiança, mas como preocupação pelo seu estado de saúde.

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Atendendo ao efeito de desejabilidade social nalguma das questões efectuadas, seria interessante realizar um estudo sobre a percepção que cada pessoa tem da confiança que os profissionais de saúde sentem em si e da confiança que a pessoa sente nos profissionais de saúde e como esta se relaciona com auto-eficácia. Para este tipo de estudo seriam aconselháveis metodologias qualitativas que permitissem analisar o conceito em maior profundidade.

Apesar das limitações que este estudo encerra, os resultados obtidos foram ricos em termos de conclusões sobre as variáveis que determinam auto-eficácia e as implicações da comunicação dos profissionais de saúde ao nível da auto-eficácia. Seria igualmente interessante replicar este estudo noutros contextos e noutras populações. Sem pretender que esta dissertação constitua uma resposta cabal à interrogação fundamental que a orientou, considera-se que a mesma contém indícios que permitem continuar a alimentar o debate e reflexão em torno dos efeitos das variáveis de input na auto-eficácia.

Desta forma, espera-se ter contribuído para estimular o interesse pela investigação futura sobre a auto-eficácia na pessoa com doença crónica, sobretudo no contexto português onde se constata uma maior escassez de estudos sobre a matéria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abusabha, R. e Achterberg, C. (1997), Review of Self-efficacy and locus of control for nutrition and health related behaviour, *Journal of American Diabetic Association*, 97 (10), 1122-1132.
- Ajzen, I. (1987), Attitudes, Traits, and Actions. Dispositional Prediction of behaviour in Personality and Social Psychology in L. Berkowitz (org.) *Advances in experimental Social Psychology*, (20), New Work: Academic Press.
- Ajzen, I. (1991), The theory of planned behaviour, *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. e Fishbein, M. (1980), *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs: N.J.: Prentice-Hall Inc.
- Almeida, J. e Pinto, J. (1982), *A Investigação nas Ciências Sociais*. 3ª ed. Lisboa, Editorial Presença.
- Almeida, J.P. e Viana, M.C. (1990), Desenvolvimento psicológico da criança com doença crónica. In I. Botelho, J.P., Almeida, M.I.C., Geada, M.R.M., e Justo (Ed.), *A Psicologia nos Serviços de Saúde* (75-86), Lisboa, Apport.
- Amaro, M.J. (2005), “Manual do utilizador do P’ASMA – Programa de Auto-Controlo, Seguimento e Monitorização do Asmático Porto: FMUP” <http://newdbserver.med.up.pt/web/care/pasma/>
- Anderson, K. O., Dowds B. N., Pelletz, R.E., Edwards, W.T. e Peeters-Asdourian, C. (1995), Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain, *Pain* 63, 77-84.
- Araújo, M. (1999), *A Telemática enquanto factor de mudança na área da Saúde - O exemplo do projecto ENN European Neurological Network*. Tese de mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, ISCTE.
- Bandura, A. (1977), Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioural Change, *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1977a), *Social learning theory*, Englewood Cliffs, Prentice-hall.
- Bandura, A. (1989), Human Agency in Social Cognitive Theory, *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1358.
- Bandura, A. (1992), Exercise of Personal Agency through the Self-Efficacy Mechanism. In Ralf Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Through Control of Action*, Washington, USA, Hemisphere Publishing Corporation.
- Barros, L. (2002), *Psicologia pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista* (2ª Ed.), Lisboa, Climepsi Eds.
- Baszanger, I. (1986), Les maladies chroniques et leur ordre négocié in *Revue Française de sociologie*, XXVII (3-27).
- Baszanger, I. (1992), *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Ed. L’Harmattan.
- Beck K.H. e Lund. A.K. (1981), The effects of threat seriousness and personal efficacy upon intentions and behaviour, *J Appl Soc Psychol* 11, 401-15.
- Beck, A. e Steer, R. (1990), *Manual for the Beck Anxiety Inventory*, San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Bennett, P. e Murphy, S. (1999), *Psicologia e promoção da saúde*, Lisboa, Climepsi Eds.
- Blaiss M. S. (1996), Outcomes and specialist – Medical Outcomes, *Trust* 1(2), 1-2.
- Bolander, Verolyn Barnes (1998), *Sorensen e Luckmann- Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*, 1ª Edição, Lisboa, Lusodidacta.
- Bond, S. (1982), Communicating with families of cancer patients 1-The relatives and doctors, In *Nursing Times*, 962-965.
- Bond, S. (1982), Communicating with families of cancer patients 2, The Nurses, In *Nursing Times*, 1027-1029.
- Brazil, K., McLean, L., Abbey, D., e Musselman (1997), The influence of health education on family management of childhood asthma, *Patient Education and Counselling*, 30, 107-118.
- Buckman, R. (1992), How to break bad news: a guide for health care professionals, *Baltimore: The Johns Hopkins University Press*.
- Cameron, C. (1996), *Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens..* Journal of Advanced Nursing. Oxford 244-250.
- Carapinheiro, G. (1993), *Saberes e Poderes no Hospital, Uma sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto, Ed. Afrontamento
- Carneiro-Sampaio, M.M.S. e Grumach, A.S. (1992), *Alergia e Imunologia em pediatria*, São Paulo, Sarvier.
- Carney, R.M., Schechter, K. e Davis, T. (1983), Improving adherence to blood glucose testing in insulin dependent diabetic children, *Behavior Therapy*, 14, 247-254.
- Caro, S. (2002), “Técnicas cognitivo-conductuales para el automanejo en asma bronquial”, <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/5510/>.
- Chesler, M. e Barbarin, O. (1984), Relating to the medical staff: how parents of children with cancer see the issues, In *Health and Social Work*.
- Churchill, G.A. e Peter J.P. (2000), *Marketing: criando valor para o cliente*. São Paulo: Saraiva.
- Clark, N.M., Rosenstock, I.M., Hassan, H., Evans, D., Wasilewski, Y., Feldman, C. e Mellins, R.B (1988), The effect of health beliefs and feelings of self-efficacy on self-management behaviour of children with a chronic disease, *Patient Education and Counseling*, 11, 131-139.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S.G. e Aiken, L.S. (2003), *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*, 3rd Edition. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah: New Jersey.
- Cohen, S., Kamarck, T. e Mermelstein, R. (1983), A global measure of perceived stress, In *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.
- Colland, V.T. (1993), Learning to cope with asthma: A behavioural self-management program for children, *Patient Education and Counseling*, 22, 141-152.
- Costello J. (2001), Asthma The problem and paradox, *Postgraduate Medical Journal*.
- Côté, J., Cartier, A., Robichaud, P., Boutin, H., Malo, J.L., Rouleau, M., Fillion, A., Lavallée, M., Krusky, M. e Bouley, L.P. (1997). Influence of asthma morbidity of asthma education Programs based on self management plans following treatment optimization; *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*; 155:1509-1514
- Davis, H. e Fallwofield, L. (1991), *Counselling and communication in health care*,

Chichester, Willey.

- Deaton, A. e Olbrish, M. (1987), Adaptive non-compliance, Parents as experts and decision makers in the treatment of pediatric asthma patients, *Advances in Developmental Behavioral Pediatrics*, 8, 205-234.
- Derdarian, A. (1987), Informational needs of recently diagnosed cancer patient. A theoretical framework. Part 1. *Cancer Nursing*, 10(2), 107-115.
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2000), *Manual de Boas Práticas na Asma*, Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2000a), *Programa Nacional de Controlo da Asma*, Lisboa.
- Direcção-Geral de Saúde [DGS] (1998), *Carta dos Direitos e Deveres do Doente*, Lisboa.
- Dodier, N. (1983), La maladie et le lieu de travail, *Revue Française de sociologie XXIV* 255-270.
- Dolgin, M.J., Katz, E.R., Doctors, S.R., e Siegel, S.E. (1986), Caregiver's perceptions of medical compliance in adolescents with cancer, *Journal of Adolescents Health Care*, 7, 22-27.
- Edwards, M., e Davis, H. (1997), *Counselling children with chronic medical conditions*, Leicester, UK: B.P.S. Books.
- Farberow, N. (1980), *The many faces of suicide*, New York: McGraw-Hill.
- Ferreira J., Silveira, P. Figueiredo, M.M, Andrade, C. e João, F. (2005), Validação da versão portuguesa da Asthma Quality of life questionnaire de Marks (AQLQ-M), *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol XI n.4 Julho/Agosto.
- Fishbein, M. e Ajzen, I. (1975), *Belief, Attitude, Intention and Behavior: an introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley Foliot, C. (1982), L'expression somatique de l'asthme de l'enfant, *Traité de Psychiatrie de L'enfant et de l'adolescent*, Vol. 2. Paris, Presses Universitaires de France.
- Foliot, C. (1982), L'expression somatique de l'asthme de l'enfant, *Traité de Psychiatrie de L'enfant et de l'adolescent*, Vol. 2. Paris, Presses Universitaires de France.
- Ford, J.K., MacCallum, R.C. e Tait, M. (1986), The application of exploratory factor analysis in applied psychology: A critical review and analysis. *Personnel Psychology*, 39, 291-314.
- Fortin, Marie-Fabienne (2000), *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frago, V. (2003), *A qualidade de vida do doente asmático: uma visão psicológica*, Instituto Superior da Maia (monografia de final de curso).
- Franco, J.N., Branco, J.C.V., Conceição, M.A.F.C., Oliveira, P.A.G. e Azevedo, P.M.D.S. (2007), Adesão ao Regime Terapêutico: Importância da relação enfermeiro-cliente in *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 10 (Abril/Maio/Junho), 19-23.
- Gatchel, R.J. e Turk, D.C. (1999), - *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*, Guilford Press, New York.
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (2001), *Inquérito: teoria e prática*, 4ª ed. Oeiras, Celta.
- Giaquinta, B. (1977), Helping families face the crisis of cancer, In *American Journal of Nursing*. 77, 1585-1588.
- Gil, António Carlos (1991), *Como elaborar projectos de pesquisa*, 3ª ed. São Paulo, Editora Atlas S.A.
- Gionta, Dana A. (2003), *A propose model of medical staff family communication in the contest of cancer: psychometric, model meditational testing*, Dissertation abstract

international, section B, 63, 4417.

■Gionta, Dana A. (2005), *Testing a mediational model of communication among medical staff and families of cancer*. In *Structural equation modelling* 12:3 454-470.

■Global Initiative for Asthma [GINA] (1995), *Pocket guide for asthma management and prevention*. NIH Publication No. 96-3659B; <http://www.efdeportes.com/efd72/asma.htm>.

■Global Initiative for Asthma GINA (2002), *Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, NHLBI/WHO Workshop Report, Bethesda MD: National Institute of Health, publication nº 02-3659; 119-32.

■Gonçalves, M. M., Simões, M. R., Almeida, L. S. e Machado, C. (2003), *Avaliação psicológica - instrumentos validados para a população portuguesa*, 1ª ed. Coimbra, Quarteto Editora.

■Gonseth J., Guallar-Castillán P., Banegas Banegas J.R. e Rodríguez-Artalejo F (2004), The effectiveness of disease management programmers in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports, *European Heart Journal*, 25(18), 1570-1595.

■Gould, H. e Toghill, P. (1981), How should we talk about acute leukemia to adult patients and their families. *British Medical Journal*, 282(6259), 210-212.

■Grawitz, Madeleine (2001), *Méthodes des sciences sociales*, 11e édition, Paris, Éditions Dalloz.

■Greenfield, S., Kaplan, S.H., Ware, J.E. Jr, Yano, E.M., Frank H.J. (1988), Patients Participation in Medical Care: Effects on Blood Sugar Control and Quality of Life in Diabetes, *Journal of General Internal Medicine* 3 (5), 448-57.

■Greenfield, S., Rogers, W., Mangotich, M., Carney, M. F. e Tarlov, A. R. (1995), Outcomes of Patients with Hypertension and Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus Treated by Different Systems and Specialties, Results from the Medical Outcomes Study, *Journal of the American Medical Association* 274(18), 1436-44.

■Guerra, J. (2006), *Gestão da doença: Um novo desafio para os sistemas de saúde. Apontamentos de aulas sobre gestão de doença dadas no mestrado de Gestão de Serviços de Saúde*, ENSP, Lisboa.

■Hakstian, R.A., Rogers, W.T., e Cattell, R.B. (1982), *The behaviour of numbers of factors rules with simulated data*, *Multivariate Behavioral Research*, 17, 193-219.

■Haynes, R.B. (1979), Introduction. In R.B. Haynes, D.W. Taylor, e D.L. Sackett (Eds.), *Compliance in health care*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1-10.

■Hecht, M. (1978), The conceptualization and measurement of interpersonal communication satisfaction. *Human Communication Research*, 4(3), 253-264.

■Hermano, C. e Ferreira, M. M. (1998), *Metodologia de Investigação - Guia para Auto-aprendizagem*, Lisboa, Ed. Universidade Aberta.

■Hesbeen, W. (2000), *Cuidar no hospital - enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*, Loures, Lusociência.

■Hesbeen, W. (2001), *Qualidade em enfermagem - pensamento e acção na perspectiva do cuidar*, Loures, Lusociência.

■Honoré, B. (2002), *A saúde em projecto*, Loures, Lusociência.

■Howell, D.C. (1992). *Statistical methods for psychology*, Belmont, CA: Wadsworth.

■Jennings B., Callahan D. e Caplan A. L., (1988), Ethical challenges of chronic illness, *Hastings Center Report*, 18(1), 1-16.

- Johnson, S.B., Silverstein, J., Rosenbloom, A., Carter, R., e Cunningham, W. (1986), Assessing daily management of childhood diabetes. *Health Psychology*, 5, 545-564.
- Jordan, M.S., Lopes, J.F., Okazaki, E., Komatsu, C.L. e Nemes, M.I.B, (2005), “Revisão aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: Revisão da literatura médica”, http://www.crt.saude.sp.gov.br/publicacoes/tadificil_c1.htm.
- Kim, J.O. e Mueller, C.W. (1978), *Factor analysis, Statistical methods and practical issues*, Beverly Hills, Sage University.
- Koszer, N. (2001), “Una visión psicológica del asma bronquial”, 2º Congresso Virtual de Psiquiatria, <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/5519/>.
- Krant, M. e Johnston, L. (1978), Family members’ perspective of communication in late stage cancer. In *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 8(2), 203-217.
- Kristjanson, L., Atwood, J. e Degner, L. (1995), Validity and reliability of the Family Inventory of Needs (FIN): measuring the care needs of families of advanced cancer patients. *Journal of Nursing Measurements*, 3(2), 109-126.
- La Scala, C.K., Solé, D. e Naspitz, C. (2005), Avaliação de Instrumento para medir qualidade de vida em asmáticos: uso em crianças e adolescentes. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 13(3), 233-242.
- Laizner, A., Yost, L., Barg, F. e McCorkie, R. (1993), Needs of family caregivers of persons with cancer: a review. *Seminars in Oncology Nursing*, 9(2), 114-120.
- Lazarus, R.S. e Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York, Springes.
- Lechner, L. e De Vries, H. (1996), The Dutch cancer information helpline: experience and impact. *Patient Education and Counseling*, 28, 149-157.
- Lee, K.A., Lim, Y.W. e Ng, T.P. (1995), Asthma self care efficacy and morbidity in polyclinic outpatients, *Annual Acad Med Singapore* 24(6), 846-850.
- Lent, R.W. e Maddux, J.E. (1997), Building a socio cognitive bridge between social and counselling psychology, *The Counselling Psychologist*, 25 (2), 240-255.
- Lev, E.L. (1997), Bandura’s theory of self-efficacy, applications to oncology, *Sch. Inq. Nurse Practice* 11(1), 21-37.
- Lima, M.L.P. (1993), Atitudes, In Vala, J. e Monteiro, M. B., *Psicologia social*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lopez, G. e Vázquez (1996), *Factores psicológicos del asma bronquial*, *Revista Cubana de Medicina*, 35(1).
- Lovejoy, N. (1986), Family responses to cancer hospitalization. *Oncology Nursing Forum*, 13(2), 33-37.
- Macintyre, S. e Oldman, D. (1977), *Coping with migraine in Alan Davis and Gordon Horobin ed. Medical Encounters*, London, Croom Holm.
- Marconi, M. e Lakatos, E. (2002), *Técnicas de Pesquisa*, 5ª edição, Editora Atlas S.A.
- Marques, A. (1994), *Reações Emocionais à Doença Grave*, Coimbra, Psiquiatria Clínica.
- Melo, H. (1999), Os aspectos jurídicos dos direitos do doente, In *Aspectos éticos das pessoas em situação de doença*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda, 95-116
- Mendes, F.P (2006), Clínica da asma grave, *Revista Portuguesa Imunoalergologia*, 14 (Supl 2), 63-72
- Mendes, F.P (2005), Doenças crónicas, A prioridade de gerir a doença e negociar os cuidados, *Pensar enfermagem*, 9(1), 42-47.
- Mesquita, A.C. (2002), *Empowerment na doença crónica, um estudo de caso*, Tese de

Mestrado apresentada ao ISCTE.

- Miranda J. e Brody R.V. (1992), Communicating bad news, *Western Journal of Medicine* 156(1), 83-85.
- Morgado, M.V. (1998), *Auto-eficácia e Qualidade de Vida na Criança Asmática*, Monografia de Licenciatura em Psicologia clínica, ISPA.
- Morgado, M.V., Pires, A. e Pinto, J.R. (2000), Auto-eficácia na Criança Asmática in *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 121-128.
- Nemes, M.I.B., Melchior R., Jordan M.S., Okazaki E. e Komatsu C.L (2005), The World Bank. Confronting Aids, Public Priorities in “A Global Epidemic”, Oxford University Press, 1997, http://www.crt.saude.sp.gov.br/publicacoes/tadificil_c4.htm.
- Newacheck, P.W., e Halfon, N. (1998), Prevalence and impact of disabling and chronic conditions in childhood, *American Journal of Public Health*, 88: 610-617.
- Northouse, L. (1984), The impact of cancer on the family: an overview in *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14(3), 215-242.
- Northouse, P. e Northouse, L. (1992), *Health Communication, Strategies for health professionals*, Norwalk, CT, Appleton & Lange.
- Northouse, P. e Northouse, L. (1987), Communication and cancer, Issues confronting patients, health professionals and family members, in *Journal of Psychosocial Oncology*, 5(3), 17-46.
- Nunnally, J.C. (1970), *Introducción a la medicina psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- O’Leary, A. (1985), Self-efficacy and Health, *Behavior Research Therapy*, 23(4), 437-451.
- O’Leary, A. O. (1992), Self efficacy and health, Behavioural and stress-physiological mediation, *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 229-245.
- Ogden, J. (1999), *Psicologia da Saúde*, Lisboa, Climepsi Editores.
- Oliveira, A. e Graveto, J. (2004), Comunicação: um verdadeiro meio da essência de ser enfermeiro, *Pensar enfermagem*, 8(1), 35-37.
- Ordem de Enfermeiros (2004), Dos Resumos mínimos de dados de enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido, *Suplemento da Revista da OE Lisboa*, 13, 13-24.
- Ouakinin, S.R.S. (2000), *Psicoimunologia e SIDA: factores psicossociais, parâmetros imunológicos e evolução da infecção da infecção pelo VIH1*, Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Paiva, V., Leme, B., Nigro, R. e Caraciolo, J. (2005), “Lidando com a adesão - A experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo” http://www.crt.saude.sp.gov.br/publicacoes/tadificil_c2.htm.
- Pereira, M. G. e Almeida, P. (2004), Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala, *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 585-595.
- Pettegrew, L. (1986), How patients communicate about their illness in *Human Communication Research*, 12(3), 376-394.
- Phipps, S. e DeCuir-Whalley, S. (1990), Adherence issues in pediatric bone marrow transplantation, *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 459-475.
- Phipps, S.M. (2003), *Enfermagem Médico-cirúrgica conceitos e prática clínica – vol I. Lusociencia*.
- Pinto, V.F. (1995), Ética na relação médico-doente. in *O consentimento informado – Actas do I seminário promovido pelo conselho nacional de ética para as ciências da vida*, Lisboa,

Imprensa Nacional Casa da Moeda, 33-41

- Pires, A.P (1998), *Comunicação de más notícias*, <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n4/202.html>.
- Pires, D. (1998), *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*, São Paulo: Annablume.
- Plácido, J.L. (2004), A asma a nível nacional e mundial: perspectivas actuais e tendências de evolução, *Revista Portuguesa de clínica Geral*, 20, 583-587.
- Polit, D. e Hungler, B. (1995), *Essential of nursing research: methods appraisal and utilization*, Philadelphia, J. B: Lippincott Company.
- Prochaska, J.O., DiClementi, C.C. e Norcross, J.C. (1992), In search of how people change: Applications to addictive behaviours, *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L.V. (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 2ª edição revista e aumentada, Lisboa, Gradiva.
- Redman, B.K. (2002), *A prática da educação para a saúde*, 9º Ed. , Loures, Lusociência.
- Ribeiro, J.L.P. (1997), A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (253-273)*, Lisboa, ISPA.
- Ribeiro, J.L.P. (1998), *Psicologia e Saúde*, Lisboa, ISPA.
- Ricou, M. (2004), *Ética e Psicologia: Uma prática integrada*, Coimbra, Gráfica de Coimbra.
- Ricou, M., Salgado, J., Alves, C., Duarte, I., Teixeira, Z., Barrias, J. e Nunes, R. (2004), A comunicação e a alteração de comportamentos, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 131-144.
- Rosado Pinto, J. (1997), *Que fazer na asma? Asma na criança*, Lisboa, Permanyer.
- Safran, M.R., Kess, D.B. e Van Camp, S.P. (2002), *Manual de Medicina Esportiva*, 19ª edição Brasil, ed. Manole.
- Santos, C.P. (2005), “Aderência ao tratamento anti-retroviral em Aids: Revisão da literatura médica e Aderência ao tratamento anti-retroviral: Resultados preliminares e reflexões da experiência em um serviço universitário - Caso da AIDS” http://www.crt.saude.sp.gov.br/publicacoes/tadifcil_c4.htm.
- Santos, M. C. (2005), Adesão em pediatria – do modelo biomédico ao modelo transaccional: contribuições para a intervenção dos profissionais de saúde in *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 145-156.
- Santos, P.A. (2005), *O familiar cuidador em ambiente domiciliário sobrecarga física emocional e social*, Tese de Mestrado apresentada à ENSP.
- Silva, A.S. e Pinto, J.M (1997), *Metodologia das ciências sociais*. 9ªed. Porto, Edições Afrontamento.
- Sousa, M.R (2003), *Estudo dos Conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*, Tese de Mestrado apresentada na Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.
- Sousa, J. C. (2005), A doença crónica e o desafio da comorbilidade in *Revista Portuguesa de Clínica*, 21:533-534
- Stewart, M. e Roter, D. (1989), *Communicating with Medical Patients*, Newbury Park, California: Sage Publications Inc.
- Strauss, A. (1978), *Negotiations, varieties, contexts, process and social order*, San Francisc, Ed. Jossey-ass.

- Strauss e Glasser, B. (1975), *Chronic illness and quality of life*, Saint-Louis, Ed. C.V. Mosby Company.
- Teixeira, J.A.C. (2004), “Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. Aná. Psicológica”. http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021&lng=pt&rm=iso. ISSN 0870-8231.
- Teixeira, L.R. (1990), *Efeitos de um programa de actividades físicas para criança asmática, avaliados por provas de função pulmonar*. São Paulo ed. Manole.
- Thorne, S (1993), *Negotiating health care. The social context of chronic illness*. Newbury: Ed. Sage Publications.
- Tobin, D.L., Wigal, J.K., Winder, J.A., Holroyd, K.A. e Creer, T.L. (1987), The Asthma Self-Efficacy Scale, *Annals of Allergy*, 59, 273-277.
- Tresolini, C. e Stritter, F. (1994), An Analysis of Learning Experiences Contributing to Medical Students Self-Efficacy in Conducting Patient Education for Health Promotion, *Advances in health sciences education* 6:247-254.
- Tunala, L., Paiva, V., Ventura-Filipe, E., Santos, T.L.L., Santos, N. e Hearst, N. (2005), “Lidando com fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados da saúde” http://www.crt.saude.sp.gov.br/publicacoes/tadificil_c3.htm.
- Wagner, E.H. (1996), The promise and performance of HMO’s in improving outcomes in older adults, *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(10):251-1257.
- Wamboldt e Gavin (1998), *Pulmonary Disorders* in R.T. Ammerman e J.V. Campo (Eds.), *Handbook of Paediatric Psychology and Psychiatry* (vol I: 266-297) New York: Plenum Press.
- Welch, D. (1981), Planning nursing interventions for family members of adult cancer patients in *Cancer Nursing*, 365-370.
- WHO (1997), *Fourth International Conference on Health Promotion: new partners for a new era*. Jakarta.
- WHO (2001), *Innovative care for chronic conditions*, Meeting Report.
- Wilson (1989), *Research in nursing*, Red Wood city, Addison Wesley.
- Witt, A. (1981), *Pesquisa de enfermagem*, Lisboa, Associação Católica de Enfermagem e Profissionais de Saúde.
- Wright, K. e Dyck, S. (1984), Expressed concerns of adult cancer patients’ family members in *Cancer Nursing*. 7 (5), 371-374.

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



Tema da Tese: Auto-eficácia na asma: papel da comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde

Objectivo: Aplicar um modelo de referência para a comunicação entre profissionais de saúde e os doentes

Mestranda: Helena Castelão Figueira Carlos Pestana

Orientadora: Elizabeth Reis

QUESTIONÁRIO SOBRE A OPINIÃO DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS DOENTES ASMÁTICOS

Este questionário pretende saber a opinião sobre a forma como se processa a comunicação entre os profissionais de saúde e o doente, o seu preenchimento terá uma duração cerca de 30 minutos.

Neste sentido solicita-se a sua melhor colaboração para o preenchimento do questionário em anexo.

O esclarecimento de dúvidas pode ser efectuado através do e-mail: hcpestana@gmail.com

A resposta ao questionário é confidencial e a respectiva informação será tratada de forma agregada.

Esta informação será exclusivamente utilizada para propósitos de investigação, no contexto do desenvolvimento de uma tese de mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do INDEG/ISCTE.

Antecipadamente agradecemos a sua colaboração

Helena Pestana

Lisboa, Junho de 2006

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

I - Dados Pessoais

1 -Sexo: Masculino Feminino

2 -Idade Anos

3 - Raça: Caucasiano Asiáticos Negro Outra. Qual? _____

4 Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Divorciado(a)/separado(a)

5 - Escolaridade 1 ou 2º ciclo 9ºano 12º ano Bacharelato Licenciatura

6 Rendimento mensal Até 500 € 501 a 1 000€ 1 001 a 2 000€ 2 001 a 3 000€ Mais de 3 000€

7 Profissão actual

II - A Asma

1 - Há quanto tempo lhe foi diagnosticado "ASMA"? Semanas Meses Anos

2 - Em que local é habitualmente acompanhado? Centro de Saúde Consulta de um Hospital Clínica/Consultório privado
 Outro Não tenho local habitual

3 - Há quanto tempo é acompanhado no tratamento da Asma? Alguns dias 1 Semana ou mais 2-4 Semanas
 3-5 Meses 6 Meses a 1 ano > 1 Ano

4- Assinale com uma a resposta que corresponde a sua situação/opinião actual

	Nenhuma vez ① ▼	1 vez ② ▼	2 vezes ③ ▼	Entre 3 a 6 vezes ④ ▼	Mais de 6 vezes ⑤ ▼
a) Nos últimos 12 meses, quantas vezes fui a consultas marcadas para avaliação ("de rotina") da asma?					
b) Nos últimos 12 meses, quantas vezes fui a consultas não previamente marcadas por agravamento da asma ?					
c) Nos últimos 12 meses, quantas vezes fui a uma urgência por causa da asma ou problemas respiratórios?					
d) Nos últimos 12 meses, quantas vezes tive de ficar internado no hospital por causa da asma ou problemas respiratórios (sem ser na urgência)?					

5 - Acha que...

	Sim ① ▼	Não ② ▼	Não sei ③ ▼
a) A sua asma esteve controlada nas últimas 2 semanas?			
b) Tomou os seus medicamentos para a asma como lhe foram recomendados?			
c) Os seus medicamentos são úteis para o controlo da sua asma?			

6 - O seu médico...

	Sim ① ▼	Não ② ▼	Não sei ③ ▼
a) Faz com que você participe nas decisões sobre o seu tratamento para a asma?			
b) Sabe como você prefere tomar os seus medicamentos para a asma?			

7 -Nos últimos 12 meses, o seu médico explicou-lhe a forma como deveria tomar os seus medicamentos para a asma?

	Sim ① ▼	Não ② ▼	Não sei ③ ▼
8 - Tem um plano de tratamento escrito para a asma, dado pelo seu médico, sobre:			
a) Como tomar os medicamentos para a asma, nos dias em que não está com crise de asma?			
b) O que deve fazer durante uma crise de asma?			

9 -O seu médico receitou-lhe algum tratamento para asma, por exemplo um inalador ("bomba") ou comprimido, que não é para alívio rápido dos sintomas, mas que é utilizado para controlar/prevenir a sua asma?

	Sim ① ▼	Não ② ▼	Não sei ③ ▼
10 - Por vezes descuida-se em relação a tomar medicamentos da asma?			
11 - Quando se sente melhor, às vezes, pára de tomar os medicamentos da asma?			
12 - Quando se sente mal com os medicamentos da asma pára de os tomar?			
13- Está insatisfeito com alguma parte do seu tratamento actual para a asma?			

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

14 – Genericamente considera a sua doença: Nada stressante Pouco stressante
 Moderadamente stressante Muito stressante Extremamente stressante

15 – Assinale até que ponto é que se sentiu limitado/a durante as 2 últimas semanas ao desempenhar estas actividades, por ter asma?	Completamente limitado ① ▼	Extremamente limitado ① ▼	Muito limitado ② ▼	Moderadamente limitado ③ ▼	Pouco limitado ④ ▼	Muito Pouco limitado ⑤ ▼	Nada limitado ⑥ ▼
a) Actividades intensas (tais como ter de se apressar, fazer ginástica, correr pelas escadas, praticar desporto)							
b) Actividades moderadas (tais como andar a pé, fazer o trabalho doméstico, tratar do jardim ou quintal, ir às compras, subir escadas)							
c) Actividades sociais (tais como falar, brincar com animais, brincar com crianças ou pegar ao colo, visitar amigos ou família)							
d) Actividades relacionadas com a sua profissão (tarefas que tem de desempenhar no trabalho)							

16 - Indique por favor, qual o grau de confiança na sua capacidade de fazer tarefas relacionadas com a sua asma.	Nada confiante ① ▼	Pouco confiante ① ▼	Algo confiante ② ▼	Confiante Às vezes ③ ▼	Confiante ④ ▼	Muitíssimo confiante ⑤ ▼
a) Sou capaz de evitar que o cansaço provocado pela asma me impeça de fazer as coisas que quero						
b) Sou capaz de evitar que os sintomas e os problemas da saúde provocados pela asma me impeçam de fazer as coisas que quero						
c) Sou capaz de evitar que os problemas emocionais provocados pela asma me impeçam de fazer as coisas que quero						
d) Sou capaz de fazer correctamente os medicamentos (bombas) para controlar a asma						
e) Sou capaz de medir o meu DEMI ou os sintomas de asma em casa						
f) Sou capaz de modificar os medicamentos a tomar conforme o plano prescrito pelo médico						
g) Sou capaz de evitar as causas que agravam a minha asma						
h) Sou capaz de perceber que a minha asma está piorar e tomar as medidas para controlar						

Indique se concorda ou discorda com cada uma das frases

	Concordo ① ▼	Não concordo ② ▼	Não sei ③ ▼
17 - A asma é:			
a) Uma doença que só existe quando há crises.			
b) Uma doença contagiosa.			
c) Uma doença inflamatória dos brônquios.			
d) Uma doença emocional ou psicológica.			
18 - Os medicamentos usados para alívio rápido dos sintomas (broncodilatadores):			
a) Reduzem a inflamação nos pulmões.			
b) Podem ser usados até 16 vezes por dia.			
c) São os únicos medicamentos necessários para a maioria dos asmáticos.			
19 - Os medicamentos de controlo ou preventivos inalados (anti-inflamatórios):			
a) Mesmo fora das crises, são necessários diariamente.			
b) Causam dependência.			
c) Não são seguros mas são úteis em alguns doentes.			
20 - As regras para o quarto e cama dos doentes asmáticos alérgicos aos ácaros):			
a) Colchão e almofada devem ser protegidos por capas anti ácaros.			
b) Arejar a cama e o quarto aumenta os ácaros e piora a asma.			
21 - O aparelho que mede o DEMI (debitómetro ou Peak flow meter):			
a) Mede a velocidade com que o ar sai dos pulmões.			
b) Pode ajudar a detectar o início de uma crise e a evitá-la.			

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

22 – Cumpre sempre as indicações dadas pelos profissionais de saúde relativamente à Asma? Se **não**, porquê?

Sim Não, porquê? _____

23 – Já recorreu ao Serviço de Urgência por causa da ASMA? Se **sim**, quantas vezes e há quanto tempo?

Não. Sim. Quantas vezes Há quanto tempo? _____
 Enumere 3 dos sintomas que o levaram ao Serviço de Urgência? _____

24 Assinale com uma a resposta que corresponde a sua situação/opinião actual

	Mau ① ▼	Pouco Satisfatório ② ▼	Satisfatório ③ ▼	Bom ④ ▼	Excelente ⑤ ▼
a) Como classificaria o seu estado físico de saúde actualmente?					
b) Como classificaria o seu estado psicológico actualmente?					

III- Acessibilidade

1 - Qual a razão da sua vinda ao médico? Avaliação de rotina Tratamento relacionado com a medicação
 Agudização das crises Outra (especifique) _____

2 - Teve oportunidade de falar com o médico ou com os enfermeiros (fora do tempo de consulta) pelo menos uma vez desde que recorre a esta consulta? Não Sim

3 - Assinale com uma a resposta que corresponde a sua situação/opinião actual

	Quase sempre disponível ① ▼	Frequentemente disponível ② ▼	Algumas vezes disponível ③ ▼	Raramente disponível ④ ▼	Nunca disponível ⑤ ▼
a) Os médicos estiveram geralmente disponíveis para responder a qualquer das minhas questões.					
b) Os enfermeiros estiveram geralmente disponíveis para responder a qualquer das minhas questões.					
c) O médico esteve disponível para falar pessoalmente.					
d) O enfermeiro esteve disponível para falar pessoalmente.					
e) Tenho a possibilidade de entrar em contacto com o médico telefonicamente.					
f) Geralmente o médico respondeu aos meus telefonemas oportunamente.					

4 - As seguintes questões pretendem conhecer a experiência que tem do contacto (telefónico ou pessoal) com os profissionais de saúde. Recorde um momento que considere representar o nível do contacto que tem com os profissionais de saúde.

	Nunca ① ▼	Uma vez ② ▼	Uma vez semana ③ ▼	Várias vezes /semana ④ ▼	Diariamente ⑤ ▼
a) Nas últimas 2 semanas, com que frequência falou pessoalmente com o médico?					
b) Nas últimas 2 semanas, com que frequência falou telefonicamente com o seu médico?					

5 - Desde o seu diagnóstico quantas vezes se encontrou com o seu médico?

6 - Genericamente, quantos desses encontros diria terem sido "casuais"?

7 Alguns desses encontros forma programados com antecedência? Não. Sim. Se sim quantos? _____

8 Genericamente, quando o médico fala consigo sente que lhe dedica o tempo necessário? Muito tempo Tempo adequado
 Pouco tempo Muito pouco tempo

9 Genericamente, quando os enfermeiros falam consigo sente que lhe dedicam o tempo necessário? Muito tempo Tempo adequado
 Pouco tempo Muito pouco tempo

10 - Qual o seu grau de satisfação com a quantidade de contactos que teve com:

	Muito Satisfeito ① ▼	Moderadamente satisfeito ② ▼	Algo Satisfeito ③ ▼	Moderadamente e insatisfeito ④ ▼	Muito Insatisfeito ⑤ ▼
a) O médico envolvido no seu plano terapêutico?					
b) Os enfermeiros envolvidos no seu plano terapêutico?					

IV - Comunicação com os profissionais de saúde

As seguintes questões foram projectadas para avaliar os sentimentos e os pensamentos que os doentes podem experimentar no seu contacto com a equipa de saúde. Indique o seu grau de concordância com cada uma delas.

1 - Assinale com uma <input checked="" type="checkbox"/> a resposta que corresponde a sua situação/opinião actual	Discordo Muito ① ▼	Discordo ② ▼	Não Concordo Nem Discordo ③ ▼	Concordo ④ ▼	Concordo Muito ⑤ ▼
a) Eu hesito nas perguntas a fazer aos profissionais de saúde porque não os quero incomodar.					
b) Eu não sei como abordar o meu médico/enfermeiro.					
c) Eu receio o que o médico poderá dizer sobre o meu estado.					
d) Eu sinto-me confortável ao abordar os médicos para lhes colocar questões ou expressar preocupações.					
e) Eu sinto-me confortável ao abordar os enfermeiros para lhes colocar questões ou expressar preocupações.					
f) Eu sinto que nada do que sei ou do que disser fará diferença na maneira como os cuidados do médico serão prestados.					
g) Eu sinto-me mais confortável se for o meu familiar a colocar as questões ou a expressar preocupações ao médico/enfermeiros.					

V - Necessidades de comunicação com a equipa de saúde

1 - Quanto importante é para si cada uma das seguintes necessidade	Nada Importante ① ▼	Pouco importante ② ▼	Moderadamente importante ③ ▼	Muito importante ④ ▼	Extremamente importante ⑤ ▼
a) Ter as minhas questões respondidas honestamente.					
b) Conhecer factos específicos a respeito do meu prognóstico.					
c) Sentir que se preocupam genuinamente com a minha situação.					
d) Ser informado das alterações da minha situação.					
e) Saber exactamente o que me está a ser feito.					
f) Saber qual o tratamento que estou a receber.					
g) Receber explicações em termos que eu entenda.					
h) Ser informado sobre as alterações que estão a ser efectuadas ao meu plano terapêutico.					
i) Sentir que há esperança.					
j) Ter a certeza que estou a receber o melhor tratamento possível.					
k) Saber os sintomas que podem ser causados pela doença ou pelo tratamento.					
l) Saber quando esperar que os sintomas ocorram.					
m) Conhecer os resultados prováveis da doença.					
n) Saber porque é que as coisas são feitas.					
o) Saber os nomes dos profissionais de saúde envolvidos no meu tratamento.					
p) Ter informação sobre o que fazer em casa.					
q) Sentir-me aceite pelos profissionais de saúde.					
r) Sentir que os profissionais de saúde valorizam as minhas sugestões e preocupações.					
s) Ter os profissionais de saúde a conversar abertamente comigo acerca da minha situação clínica.					
t) Saber quem poderia ajudar-me com os meus problemas.					
u) Ser informado sobre a minha situação em linguagem que eu posso facilmente compreender.					
v) Ter informação suficiente dos profissionais de saúde de modo a tomar as decisões apropriadas.					
w) Ser informado pelos profissionais de saúde sem demasiado termos técnicos.					
x) Ter alguém preocupado com a minha saúde.					
y) Que os profissionais de saúde falem comigo honestamente sobre a minha situação.					

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

2 - Até que ponto obteve resposta às suas necessidades	Nada correspondida ① ▼	Pouco correspondida ② ▼	Moderadamente correspondida ③ ▼	Correspondida quase na totalidade ④ ▼	Correspondida na Totalidade ⑤ ▼
a) Ter as minhas questões respondidas honestamente.					
b) Conhecer factos específicos a respeito do meu prognóstico.					
c) Sentir que se preocupam genuinamente com a minha situação.					
d) Ser informado das alterações da minha situação.					
e) Saber exactamente o que me está a ser feito.					
f) Saber qual o tratamento que estou a receber.					
g) Receber explicações em termos que eu entenda.					
h) Ser informado sobre as alterações que estão a ser efectuadas ao meu plano terapêutico.					
i) Sentir que há esperança.					
j) Ter a certeza que estou a receber o melhor tratamento possível.					
k) Saber os sintomas que podem ser causados pela doença ou pelo tratamento.					
l) Saber quando esperar que os sintomas ocorram.					
m) Conhecer os resultados prováveis da doença.					
n) Saber porque é que as coisas são feitas.					
o) Saber os nomes dos profissionais de saúde envolvidos no meu tratamento.					
p) Ter informação sobre o que fazer em casa.					
q) Sentir-me aceite pelos profissionais de saúde.					
r) Sentir que os profissionais de saúde valorizam as minhas sugestões e preocupações.					
s) Ter os profissionais de saúde a conversar abertamente comigo acerca da minha situação clínica.					
t) Saber quem poderia ajudar-me com os meus problemas.					
u) Ser informado sobre a minha situação em linguagem que eu posso facilmente compreender.					
v) Ter informação suficiente dos profissionais de saúde de modo a tomar as decisões apropriadas.					
w) Ser informado pelos profissionais de saúde sem demasiado termos técnicos.					
x) Ter alguém preocupado com a minha saúde.					
y) Que os profissionais de saúde falem comigo honestamente sobre a minha situação.					

3 - Quem na equipa de profissionais de saúde o mantém informado sobre os cuidados que lhe são prestados?

4 - Quem na equipa de profissionais de saúde o mantém informado sobre os cuidados que lhe são prestados?

Médicos Enfermeiros Outros, Quem? _____

VI- Ansiedade

Secção 1 Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz

(X) o algarismo a que melhor indica **como se sente neste momento**.

Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira **como se sente agora**.

	Nada ① ▼	Um pouco ② ▼	Moderadamente ③ ▼	Muito ④ ▼
1. Sinto-me calmo.				
2. Sinto-me seguro.				
3. Estou tenso.				
4. Sinto-me cansado.				
5. Sinto-me à vontade.				
6. Sinto-me perturbado.				
7. Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças.				
8. Sinto-me satisfeito.				
9. Sinto-me amedrontado.				
10. Sinto-me confortável.				
11. Sinto-me auto-confiante.				
12. Sinto-me nervosa.				
13. Sinto-me trémulo.				
14. Sinto-me indeciso.				
15. Sinto-me descontraído.				
16. Sinto-me contente.				
17. Estou preocupado.				
18. Sinto-me confuso.				
19. Sinto-me firme.				
20. Sinto-me bem.				

Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo que melhor indica **como se sente habitualmente**.

	Nada ① ▼	Um pouco ② ▼	Moderadamente ③ ▼	Muito ④ ▼
21. Sinto-me calmo.				
22. Sinto-me seguro.				
23. Estou tenso.				
24. Sinto-me cansado.				
25. Sinto-me à vontade.				
26. Sinto-me perturbado.				
27. Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças.				
28. Sinto-me satisfeito.				
29. Sinto-me amedrontado.				
30. Sinto-me confortável.				
31. Sinto-me auto-confiante.				
32. Sinto-me nervosa.				
33. Sinto-me trémulo.				
34. Sinto-me indeciso.				
35. Sinto-me descontraído.				
36. Sinto-me contente.				
37. Estou preocupado.				
38. Sinto-me confuso.				
39. Sinto-me firme.				
40. Sinto-me bem.				

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Secção 2 - As questões que se seguem abordam os seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Deverá responder rapidamente a cada pergunta, indicando o valor que melhor se adequar.

No último mês:	Nunca ① ▼	Quase nunca ② ▼	Algumas vezes ③ ▼	Muitas vezes ④ ▼	Sempre ⑤ ▼
1. O esquema terapêutico foi frequentemente alterado por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2. Com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes na sua doença?					
3. Com que frequência sentiu que estava nervoso e "stressado"?					
4. Com que frequência sentiu que se adaptou bem às alterações que ocorreram na sua vida?					
5. Com que frequência sentiu que estava a lidar eficazmente com as mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?					
6. Com que frequência sentiu que tinha confiança na sua habilidade para lidar com os seus problemas pessoais?					
7. Com que frequência sentiu que as coisas corriam como desejava?					
8. Com que frequência sentiu que não poderia lidar com todas as coisas que teve de fazer?					
9. Com que frequência sentiu que controlou bem as frustrações na sua vida?					
10. Com que frequência sentiu que tinha controlo absoluto sobre a sua vida?					
11. Com que frequência sentiu que estava irritado por causa das coisas saírem fora do seu controlo?					
12. Com que frequência sentiu que pensou sobre as coisas que teve que realizar?					
13. Com que frequência sentiu que as dificuldades estavam a acumular-se, e que pela sua quantidade não conseguiria superá-las?					

14- Assinale a hipótese que mais se adequa à experiência da doença neste momento.

Nada stressante Pouco stressante Moderadamente stressante Muito stressante Extremamente stressante

VII- Satisfação com a comunicação da equipa de saúde

Por um momento pense nas conversas que teve com o seu médico recentemente, descreva assim o que considera habitual nessas conversas. Use a escala abaixo para indicar o grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações.

	Discordo Totalmente ① ▼	Discordo ② ▼	Concordo ③ ▼	Concordo Totalmente ④
1. O médico fez-me saber que eu estava a comunicar eficazmente.				
2. O médico demonstrou muito interesse no que eu tinha para dizer.				
3. Eu gostaria de ter uma outra conversa como essa.				
4. Fiquei descontente com esta conversa.				
5. Senti que durante essa conversa eu era capaz de apresentar-me como gostaria que os outros me vissem.				
6. O médico demonstrou entender o que eu disse.				
7. Fiquei muito satisfeito com esta conversa.				
8. Nada foi conseguido.				
9. Senti que poderia falar sobre qualquer coisa com o médico.				
10. O médico não forneceu razões para o que estava a dizer.				
11. Não apreciei a conversa.				
12. Ambos dissemos o que queríamos.				
13. A conversa fluiu naturalmente.				
14. Conversámos sobre algo em que eu não estava interessado.				

	Muito satisfeito ① ▼	Moderadamente satisfeito ② ▼	Algo satisfeito ③ ▼	Algo insatisfeito ④ ▼	Moderadamente insatisfeito ⑤ ▼	Muito insatisfeito ⑥ ▼
15. No global, como define o grau de satisfação relativamente à comunicação estabelecida com os médicos envolvidos?						
16. No global, como define o grau de satisfação relativamente à comunicação estabelecida com os enfermeiros envolvidos?						

ANEXO II - PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS NÃO INCLUIDOS NO TEXTO

Escala de acessibilidade

A importância da acessibilidade na comunicação da equipa de saúde - família foi evidenciada pela teoria da comunicação e pela bibliografia (Northouse e Northouse, 1992) com citações frequentes na literatura de que a acessibilidade limitada à equipa de saúde é uma barreira na informação adquirida pela família.

As proposições são colocadas sob a forma de escala de likert ou método de classes adicionadas, permitindo-se assim, estudar a estruturação das opiniões entre elas e avaliar a posição dos sujeitos em função desta estrutura interna, e não por referência a juízos. As proposições 1 e 2 são constituídas por perguntas fechadas de escolha múltipla. A proposição 3, com 6 sub questões foram apresentadas cinco posições alternativas, com pontuações diferentes, (em que 1= Quase sempre disponível; 2= Frequentemente disponível; 3= Algumas vezes disponível; 4= Raramente disponível e 5= Nunca disponível). No caso da pergunta 4 com 2 sub questões o valor 1 corresponde a “nunca”; o 2 a “uma vez”, o 3 a “uma vez/semana” o 4 a “várias vezes/semana” e o 5 a “diariamente”.

As proposições 5 e 6 são constituídas por perguntas abertas que serão posteriormente codificadas.

Nas perguntas 8 e 9 foram apresentadas quatro posições alternativas, com pontuações diferentes, em que o 1 corresponde a “muito tempo”, o 2 a “tempo adequado”, o 3 a “tempo suficiente” e o 4 a “pouco tempo”. Relativamente à questão 10 com 2 sub questões foram apresentadas cinco posições alternativas, com pontuações diferentes, em que o 1 corresponde a “muito satisfeito”, o 2 a “moderadamente satisfeito”, o 3 a “algo satisfeito”, o 4 a “moderadamente insatisfeito” e o 5 a “muito insatisfeito”.

Escala de atitudes

Na terceira parte é aplicada uma escala de atitudes (*Communicating with Medical Staff - FACS*) desenvolvida por Gionta com um α cronbach=0.77 (Gionta *et al*, 2005:46), que avalia as **atitudes** doente para comunicar com a equipa de saúde. Os interesses manifestados podem dar suporte à hipótese de importância da habilidade dos membros da família para iniciar a satisfação das suas necessidades informativas e de comunicação com a equipa de saúde (Bond 1982, Hughes 1982). A escala de atitudes consiste numa escala de atitudes tipo “Likert”, onde

é apresentada 1 preposição com 7 sub questões com cinco posições alternativas e com pontuações diferentes, (em que 1= discordo muito; 2= discordo; 3= não concordo nem discordo; 4= concordo e 5= concordo muito).

Escala de avaliação das necessidades de comunicação com a equipa de saúde

A escala de avaliação das **necessidades de comunicação com a equipa de saúde**, *Family Inventory of Needs* (FIN: Kristjanson, 1995) é um instrumento consiste numa escala de atitudes tipo “likert”, onde foi apresentada 1 preposição com 25 sub questões com cinco posições alternativas, com pontuações diferentes variando entre 1 e 5 (em que 1= nada importante “necessidade “não totalmente conhecida”; 2= pouco importante; 3= moderadamente importante; 4= muito importante e 5= extremamente importante necessidade “conhecida totalmente”). A preposição 2 com 25 sub questões apresenta cinco posições alternativas, com scores diferentes, variando entre 1 e 5 (em que 1= nada correspondida; 2= pouco correspondida; 3= moderadamente correspondida; 4= correspondida quase na totalidade e 5= correspondida na totalidade).

A proposição 3 é uma pergunta aberta que será posteriormente codificada. A preposição 4 é constituída por uma pergunta fechada, completada por pergunta aberta que será posteriormente codificada. A escala original (Kristjanson *et al*, 1995) tem um alfa Cronbach’s = 0,83, a adaptação efectuada por Gionta *et al* em 2002 (Gionta *et al*, 2005:460) com um *alfa Cronbach’s* = 0,97.

Escala de ansiedade

Pretende-se de uma forma directa avaliar a **ansiedade** face a auto-eficácia na doença crónica na bibliografia (para doentes adultos do foro da psiquiatria -Beck *et al*, 1988; Beck e Boi, 1991; Fydrich, Dowdall e Chambless, 1992, para doentes do foro da medicina -Wetherall e Arean, 1997-, para doentes adolescentes - Alegre, Aruffo, Balsa e Livingston, 1993, através da escala de ansiedade de BECK originalmente com 21 itens (BAI: Beck e Boi, 1990). A variável ansiedade foi operacionalizada através do *State Trait Anxiety Test* (STAI – forma Y).

Este inventário surgiu em 1970 pela mão de Spielberg, Gorsuch e Lushene com a finalidade de permitir uma auto-avaliação simultânea da ansiedade “Estado” e da ansiedade “Traço”.

Esta forma Y derivou do questionário original, forma X e avalia a ansiedade estado e traço

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

através de duas sub-escalas, cada uma com 20 itens.

Trata-se de um questionário de auto-administração sendo as respostas formuladas em função de uma escala likert com 4 opções, podendo o resultado ser cotado de 1 (nada) a 4 (muito).

A sub-escala “Estado” foi aplicada em primeiro lugar e só após esta a sub-escala “Traço”, para evitar uma possível “influência do sentimento despertado pela aplicação da segunda escala na primeira” (Gonçalves, 2003:60).

A cotação de cada item é de 1 a 4 sendo que 10 itens na escala “Estado” e 9 na escala “Traço” têm cotação inversa. O total obtém-se com a soma dos diferentes itens e varia entre 80 e 20.

A validade interna dada pelo *Alpha Chronbach* varia entre 0.80 e 0.90 e foi validada para a população Portuguesa por Baptista em 1986 (Ouakinin, 2000).

Escala de percepção do stress

A *Perceived Stress Scale* - PSS, é uma escala que avalia a percepção de stress e foi desenvolvida por Cohen *et al*, (1983). Esta escala é um instrumento de self-report do tipo likert e, foi projectada para medir em que grau um indivíduo, no último mês, percebe as situações da sua vida como stressantes. Para as proposições 1 a 13 foram apresentadas cinco posições alternativas, com pontuações diferentes, variando entre 1 e 5 (em que 1= nunca; 2= quase nunca; 3=algumas vezes; 4= muitas vezes e 5= sempre). Para a proposição 14 foram apresentadas cinco posições alternativas, com pontuações diferentes, variando entre 1 e 5, em que o 1 representa “nada stressante”, o 2 “pouco stressante”, o 3 “moderadamente stressante”, o 4 “muito stressante”, e o 5 “extremamente stressante”, com *alfa Cronbach's* =0,85 (Gionta *et al*, 2005:460). O total do score da PSS é obtido através de reversão dos itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 3 (1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1) e sub consequentemente a soma dos 14 itens. Para valores elevados corresponde um elevado nível de percepção de stress. Seguindo as *guidlines* dos autores da escala é possível utilizar uma versão mais curta a PSS-13 e PSS-10. Seguindo as recomendações de Gionta (2005) utiliza-se a versão PSS-13

Escala da satisfação da comunicação com a equipa de saúde

Para medir a satisfação do doente com a comunicação da equipa de saúde, foi usado o instrumento da satisfação da comunicação de Hecht (Com-Sat: 1978). Este instrumento foi

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

revisito Gionta *et al* (2005) passando de uma escala com 19 preposições para uma escala com 14 preposições. Para as primeiras 7 preposições foram apresentadas quatro posições alternativas, com pontuações diferentes, variando entre 1 e 4, (em que 1= discordo totalmente; 2= discordo; 3=concordo e 4=concordo totalmente). Valores elevados correspondem um elevado nível de satisfação do doente com a comunicação com a equipa de saúde.

Para as perguntas 15 e 16 foram apresentadas seis posições alternativas, com pontuações diferentes, variando entre 1 e 6, em que o 1 corresponde a “muito satisfeito” o 2 a “moderadamente satisfeito”, o 3 a “algo satisfeito”, o 4 a “algo insatisfeito”, o 5 a “moderadamente insatisfeito” e o 6 a “muito insatisfeito”. O coeficiente *Spearman-Brown* era 0,90 para a versão de 19-itens deste instrumento no contexto recordado do tratamento, de 0,97 para conhecidos e de 0,93 para desconhecidos (Gionta *et al*, 2005:461).

De forma a obter um maior rigor científico nos dados colhidos para a realização do estudo e, atendendo a que este questionário é uma tradução de um original em língua inglesa, aplicado a familiares de doentes do foro oncológico, onde se efectuaram algumas alterações de forma a garantir o valor semântico do instrumento original.

Escala de auto-eficácia

Os instrumentos para avaliar a auto-eficácia têm sido pouco desenvolvidos por se tratar de um conceito que só recentemente tem sido usado para aceder a percepções relacionadas com a saúde. A auto-eficácia tem sido, até agora avaliada apenas para alguns problemas específicos (Tobin, 1987), tais como deixar de fumar, sentir e controlar a dor, controlar o peso, convalescença de um enfarto do miocárdio e a adesão a programas de saúde preventivos. Como as expectativas de eficácia são específicas para cada comportamento emergiu a necessidade de desenvolver um instrumento específico para a sua avaliação em sujeitos com asma. Assim neste estudo usámos uma escala de auto-eficácia desenvolvida por Kathleen L. Lemanek, “*The Asthma Self-efficacy Questionnaire*”. Desconhecem-se as características métricas desta escala, que ainda não foram estudadas, mas esta já foi utilizada pela autora em contextos clínicos. Esta escala foi a escolhida visto dar mais informações sobre a eficácia das pessoas com asma no controlo da sua doença, incluindo auto-cuidados, por exemplo decidir o número de inalações que deve fazer quando está com falta de ar, ou pedir a ajuda necessária aos profissionais de saúde e também a procura de informação/esclarecimento sobre a doença.

A escala “*The Asthma Self-efficacy Questionnaire*” é um instrumento de avaliação com 21

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

items, no qual os sujeitos para cada item, devem assinalar o valor correspondente ao seu nível de certeza, quanto à realização da tarefa específica apresentada. Por exemplo, “Sou capaz de evitar que o cansaço provocado pela asma me impeça de fazer as coisas que quero”. De modo a operacionalizar a escolha cada item é seguido de uma escala de likert, onde 0 (nada confiante) corresponde ao menor nível de confiança e 5 (muitíssimo confiante) corresponde ao maior nível de confiança. Só foram utilizados 8 itens, que pois eram os únicos relacionados com o grau de confiança para realizar as tarefas em pessoas adultas com asma. A escala de limitação da actividade foi extraída do projecto “P’asma” em 2006. É exemplo de item, “Actividades intensas (tais como ter de se apressar, fazer ginástica, correr pelas escadas, praticar desporto)”. De modo a operacionalizar a escolha cada item é seguido de uma escala de likert, onde 0 (completamente limitado) corresponde ao maior nível de limitação e 6 (nada limitado) corresponde ao menor nível de limitação.

ANEXO III – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do projecto: *Auto-eficácia na asma: papel da comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde*

Investigadora: Enfermeira especialista de Enfermagem de Reabilitação - Helena Castelão Figueira Carlos Pestana

Orientadora: Professora Doutora Elisabeth Reis

Objectivo do estudo: Pretende-se conhecer melhor o processo de “*comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes crónicos*” com o objectivo de identificar os factores que influenciam a comunicação entre doentes crónicos e profissionais de saúde e, sobre a repercussão do processo de comunicação na auto eficácia da asma.

Procedimento:

A participação neste projecto far-se-á através do preenchimento do questionário (cujo guião se anexa).

A informação obtida no referido questionário, será tratada de forma confidencial, sendo utilizada para fins estatísticos, ao abrigo da Lei de Protecção de Dados Pessoais nº 67/98.

A participação no estudo é de carácter voluntário, podendo a qualquer momento negar o consentimento.

Declaro ter percebido a informação que me foi dada sobre a natureza do estudo. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste projecto.

_____/_____/_____
Assinatura do Participante

ANEXO IV – TABELAS DE RESULTADOS NÃO INCLUIDOS NO TEXTO

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Tabela 14 – Caracterização da amostra

VARIABLES		Amostra	
		n	%
<i>Total</i>		122	100
Organização	Hospital Santa Marta	43	35,2
	Hospital Santa Maria	19	15,6
	Hospital Pulido Valente	38	31,1
	Hospital de Nossa Sr. Do Rosário	22	18,0
Sexo	Masculino	37	30,3
	Feminino	85	69,7
Escalão Etário	≤20 anos	13	10,7
]20-30 Anos]	65	53,3
]30-40 Anos]	23	18,9
]40-50 Anos]	16	13,1
	>50 anos	5	4,1
Raça	Caucasiana	103	84,4
	Asiática	1	0,8
	Negra	18	14,8
Estado Civil	Solteiro/a	50	41,0
	Casado/a	40	32,8
	Viúvo/a	11	9,0
	Divorciado/Separado(a)	21	17,2
Escolaridade	1º ou 2º ciclo	11	9,0
	9º ano	23	18,9
	12º ano	45	36,9
	Bacharelato	10	8,2
	Licenciatura	33	27,0
Rendimento Mensal (missing value 20-16,4%)	Até 500 €	16	15,7
	501 a 1000 €	26	21,3
	1001 a 2000 €	48	39,3
	2001 a 3000 €	11	9,0
	Mais de 3000 €	1	0,8
Profissão (missing value 22-18%)	Membros das forças armadas	1	0,8
	Tabelas superiores da administração pública, dirigentes	4	3,3
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	19	15,6
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	4	3,3
	Pessoal administrativo e similares	21	17,2
	Pessoal dos serviços e vendedores	18	14,8
	Operários, artífices e trabalhadores similares	2	1,6
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	2	1,6
	Trabalhadores não qualificados	1	0,8
	Outros (aposentados, desempregados e estudantes)	28	23,0
	Local de acompanhamento	Não tenho local habitual	1
Centro de Saúde		12	9,8
Consulta de um Hospital		106	86,9
Clínica ou Consultório Privado		2	1,6
Outro		1	0,8
Tempo de tratamento no local actual	Alguns dias	3	2,5
	3 - 5 meses	2	1,6
	6 meses - 1 ano	2	1,6
	> 1 ano	115	94,3

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Tabela 15 – Caracterização da patologia no último ano

VARIAVEIS		Amostra	
		n	%
<i>Total</i>		122	100
Nos últimos 12 meses, quantas vezes fui a consultas marcadas para avaliação ("de rotina") da asma?			
Nenhuma Vez		6	4,9
1 Vez		19	15,6
2 Vezes		71	58,2
3 - 6 Vezes		24	19,7
> 6 Vezes		2	1,6
Nos últimos 12 meses, quantas vezes fui a consultas não previamente marcadas por agravamento da asma?			
Nenhuma Vez		95	77,9
1 Vez		14	11,5
2 Vezes		11	9,0
> 6 Vezes		2	1,6
Nos últimos 12 meses, quantas vezes fui a uma urgência por causa da asma ou problemas respiratórios?			
Nenhuma Vez		98	80,3
1 Vez		16	13,1
2 Vezes		4	3,3
3 - 6 Vezes		2	1,6
> 6 Vezes		2	1,6
Nos últimos 12 meses, quantas vezes tive de ficar internado no hospital por causa da asma ou problemas respiratórios (sem ser na urgência)?			
Nenhuma Vez		120	98,4
1 Vez		2	1,6

Tabela 16 – Caracterização da asma relativamente ao stress

VARIAVEIS		Amostra	
		n	%
<i>Total</i>		122	100
Considera a sua doença : Asma	Nada Stressante	15	12,3
	Pouco Stressante	39	32,0
	Moderadamente Stressante	43	35,2
	Muito Stressante	23	18,9
	Extremamente Stressante	2	1,6

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Tabela 17 – Caracterização do controlo sobre a asma nas últimas 2 semanas

VARIAVEIS	Amostra	
	n	%
<i>Total</i>	122	100
A sua asma esteve controlada nas últimas 2 semanas?		
Sim	115	94,3
Não	7	5,7
Tomou os seus medicamentos para a asma como lhe foram recomendados?		
Sim	108	88,5
Não	14	11,5
Os seus medicamentos são úteis para o controlo da sua asma?		
Sim	108	88,5
Não sei	14	11,5
Faz com que você participe nas decisões sobre o seu tratamento para a asma?		
Sim	90	73,8
Não	27	22,1
Não sei	5	4,1
Sabe como você prefere tomar os seus medicamentos para a asma?		
Sim	78	63,9
Não	27	22,1
Não sei	17	13,9
Nos últimos 12 meses, o seu médico explicou-lhe a forma como deveria tomar os seus medicamentos para a asma?		
Sim	97	79,5
Não	23	18,9
Não sei	2	1,6
Como tomar os medicamentos para a asma, nos dias em que não está com crise de asma?		
Sim	84	68,9
Não	38	31,1
O que deve fazer durante uma crise de asma?		
Sim	83	68,0
Não	38	31,1
Não sei	1	0,8
O seu médico receitou-lhe algum tratamento para asma, por exemplo um inalador ("bomba") ou comprimido, que não é para alívio rápido dos sintomas, mas que é utilizado para controlar/prevenir a sua asma		
Sim	107	87,7
Não	13	10,7
Não sei	2	1,6
Por vezes descuida-se em relação a tomar medicamentos da asma?		
Sim	61	50,0
Não	61	50,0
Quando se sente melhor, às vezes, pára de tomar os medicamentos da asma?		
Sim	52	42,6
Não	70	57,4
Quando se sente mal com os medicamentos da asma pára de os tomar?		
Sim	25	20,5
Não	93	76,2
Não sei	4	3,3
Está insatisfeito com alguma parte do seu tratamento actual para a asma?		
Sim	8	6,6
Não	112	91,8
Não sei	2	1,6

A AUTO-EFICÁCIA NA ASMA

Tabela 18 – Caracterização dos conhecimentos sobre a asma e seu tratamento

VARIAVEIS	Amostra	
	n	%
<i>Total</i>	122	100
A asma é uma doença que só existe quando há crises	Concordo	29 23,8
	Não Concordo	92 75,4
	Não sei	1 ,8
A asma é uma doença contagiosa	Concordo	6 4,9
	Não Concordo	116 95,1
A asma é uma doença inflamatória dos brônquios (missing value 1-0.8%)	Concordo	98 80,3
	Não Concordo	16 13,1
	Não sei	7 5,7
A asma é uma doença emocional ou psicológica	Concordo	51 41,8
	Não Concordo	50 41,0
	Não sei	21 17,2
Os medicamentos usados para alívio rápido dos sintomas (broncodilatadores) Reduzem a inflamação nos pulmões	Concordo	88 72,1
	Não Concordo	20 16,4
	Não sei	14 11,5
Os medicamentos usados para alívio rápido dos sintomas (broncodilatadores) Podem ser usados até 16 vezes por dia	Concordo	9 7,4
	Não Concordo	104 85,2
	Não sei	9 7,4
Os medicamentos usados para alívio rápido dos sintomas (broncodilatadores) São os únicos medicamentos necessários para a maioria dos asmáticos	Concordo	25 20,5
	Não Concordo	52 42,6
	Não sei	45 36,9
Os medicamentos de controlo ou preventivos inalados (anti-inflamatórios) mesmo fora das crises, são necessários diariamente.	Concordo	95 77,9
	Não Concordo	21 17,2
	Não sei	6 4,9
Os medicamentos de controlo ou preventivos inalados (anti-inflamatórios) Causam dependência	Concordo	45 36,9
	Não Concordo	61 50,0
	Não sei	16 13,1
Os medicamentos de controlo ou preventivos inalados (anti-inflamatórios). Não são seguros mas são úteis em alguns doentes	Concordo	15 12,3
	Não Concordo	77 63,1
	Não sei	30 24,6
As regras para o quarto e cama dos doentes asmáticos alérgicos aos ácaros): Colchão e almofada devem ser protegidos por capas anti ácaros	Concordo	102 83,6
	Não Concordo	14 11,5
	Não sei	6 4,9
As regras para o quarto e cama dos doentes asmáticos alérgicos aos ácaros): Arejar a cama e o quarto aumenta os ácaros e piora a asma	Concordo	22 18,0
	Não Concordo	90 73,8
	Não sei	10 8,2
O aparelho que mede o DEMI (debitómetro ou Peak flow meter): Mede a velocidade com que o ar sai dos pulmões	Concordo	66 54,1
	Não Concordo	11 9,0
	Não sei	45 36,9
O aparelho que mede o DEMI (debitómetro ou Peak flow meter): Pode ajudar a detectar o início de uma crise e a evitá-la	Concordo	46 37,7
	Não Concordo	31 25,4
	Não sei	45 36,9

Tabela 19 – Caracterização das indicações dos profissionais

VARIAVEIS	Amostra	
	n	%
<i>Total</i>	122	100
Cumpe sempre as indicações dadas pelos profissionais de saúde relativamente à Asma?	Sim	90 73,8
	Não	32 26,2