

AUTO-EFICÁCIA NA CRIANÇA ASMÁTICA

Mafalda Vital Morgado¹, António Pires¹, & José Rosado Pinto²

¹*Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa*

²*Serviço de Imunoalergologia do Hospital D. Estefânia*

RESUMO: O presente estudo tem como objectivos avaliar a auto-eficácia de um grupo de 70 crianças asmáticas e comparar a auto-eficácia em dois grupos etários (8-10 anos, $n=34$ e dos 11-14 anos, $n=36$). Foi utilizado, para medir a auto-eficácia no manejo da asma – “The asthma Self-efficacy Questionnaire” (Lemanek). Encontrou-se adequada fiabilidade para o instrumento. Verificou-se que as expectativas de eficácia, ao nível dos auto-cuidados, são mais elevadas no grupo das crianças mais velhas. Encontrou-se ainda uma relação entre as expectativas de eficácia e a frequência de crises de asma, quanto maior é o sentimento de eficácia menor é a frequência das crises.

Palavras chave: Criança, Asma, Auto-eficácia, Doença crónica.

SELF-EFFICACY IN ASTHMATIC CHILDREN

ABSTRACT: Self-efficacy is evaluated in a group of 70 asthmatic children and two age groups are compared (8 to 10 years old and 11 to 14 years old). Self-efficacy in the management of asthma was measured by “The asthma self-efficacy questionnaire” (Lemanek). Acceptable reliability has been found for the instrument. Self-efficacy beliefs at a self-care level are higher in the group of the older children. We could still find a relationship between self-efficacy beliefs and the asthma crisis frequency, the bigger the feeling of efficacy the fewer are the crisis.

Key words: Asthma, Children, Self-efficacy, Chronic illness.

As doenças crónicas são doenças sem cura e de longa duração que interferem nas actividades habituais dos doentes, ocasionam perturbações sociais e psicológicas e perturbam o seu bem estar e qualidade de vida, que é modificada em função dos sintomas, dos tratamentos e das incapacidades que a doença acarreta. Como a maioria delas evoca emoções, medos, expectativas e justifica tratamentos que podem induzir mal estar, é um factor importante de *stress* na vida do doente e em particular nas crianças, que estão em fase de desenvolvimento físico e psíquico. Nestas a doença crónica constitui um acontecimento traumático que as submete a situações de agressão, tanto internas como externas, que levam ao aumento de sofrimento, dependência e dor (Foliot, 1982). Os doentes crónicos flutuam entre momentos relativamente estáveis e fases de agudização dos sintomas. Isto provoca reacções afectivas, cognitivas e comportamentais muito diversas. Por um lado o doente utiliza todas as suas capacidades para enfrentar a doença, modifica o seu estilo de vida e adere ao tratamento, mas, noutras alturas, é invadido por um sentimento de impotência ou por insuficiente motivação para seguir o tratamento. No âmbito da psicologia da saúde torna-se pertinente investigar os aspectos do funcionamento psicológico que parecem influenciar a adaptação psicológica do sujeito à situação de doença e que condicionam o seu curso. 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 em relação aos pais e aos técnicos de saúde permitindo uma melhor qualidade de vida.

A asma é a doença crónica mais comum na infância. É devida a uma obstrução intermitente e reversível das vias aéreas, de intensidade variável, que pode iniciar-se em

qualquer altura da vida da criança. 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). O esforço e as emoções também podem desencadear ou agravar uma crise asmática.

O tratamento da asma deve ser instituído o mais precocemente possível, para permitir que a criança leve uma vida normal, impedindo a instalação de sequelas que a venham a limitar no futuro. Não existe uma cura para a asma e o objectivo do tratamento é manter o doente assintomático de forma a permitir-lhe uma vida normal. É necessário que o doente compreenda a sua doença, o seu carácter crónico e a necessidade de fazer medicação regular. O sucesso da prevenção na criança asmática passa pela educação do doente e seus familiares, por um plano de actuação terapêutica adequada e uma relação íntima com os médicos e restantes membros da equipa de saúde. A utilização de medicação correcta, o evitamento dos factores desencadeantes, o reconhecimento dos primeiros sinais de crise e a intervenção atempada podem evitar o desencadear de sintomas ou o seu agravamento (Rosado Pinto, 1997).

A atitude das crianças perante a doença não é exclusivamente de passividade e resignação, antes pelo contrário também são desencadeados mecanismos específicos de adaptação à doença. Os factores cognitivos têm sido considerados como determinantes muito importantes neste processo de adaptação. A auto-eficácia, enquanto variável cognitiva pode afectar o comportamento, 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. Na sua teoria Bandura entende que conhecer os comportamentos requeridos para obter um certo resultado não é suficiente para promover esse mesmo comportamento. As pessoas devem também 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-se sentir 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 (1993, in Ribeiro, 1997) num estudo realizado com jovens saudáveis verificou que variáveis como auto-conceito, auto-eficácia e locus de controle se correlacionavam com variáveis de saúde. Apesar dos médicos repetidamente darem aos doentes conselhos sobre como devem lidar com a asma, eles ignoram tais conselhos. Às vezes os médicos podem concluir que os pacientes não perceberam as instruções dadas. Contudo o problema nem sempre é a falta de conhecimento sobre o que fazer para lidar com a doença, mas uma perceptiva falta de auto-eficácia em aplicar os conhecimentos. Para O'Leary (1985) as expectativas de eficácia sobre a capacidade de cumprir os procedimentos prescritos e consequentemente de controlar o próprio estado de saúde, parece ser um factor importante para o aumento da adesão dos sujeitos à terapêutica médica aconselhada. Com o crescente conhecimento da importância do papel do doente no manejo de uma doença crónica, a educação emergiu como um componente essencial no tratamento médico da asma na criança (Brasil et al., 1997). Vários programas de auto-cuidados têm sido desenvolvidos e embora usem técnicas diferentes, todos têm um objectivo comum: aumentar as capacidades de manejo tanto para a prevenção como para o tratamento de episódios de asma. Os programas de educação para a saúde em crianças com asma têm-se mostrado eficazes demonstrando um aumento do conhecimento, mudanças no comportamento e diminuição da utilização dos serviços de saúde.

Provou-se que a auto-eficácia se relaciona com comportamentos de saúde em estudos com idosos (Grembowski et al., 1993), em indivíduos com cancro (Cunningham et al., 1991), em indivíduos com diabetes (Aalto et al., 1997; Grey et al., 1998) e em adultos com artrite reumatoide (Tall et al., 1993). Clark et al. (1988) num estudo com crianças asmáticas provaram que a auto-eficácia é um bom predictor de comportamentos de auto-manejo da doença crónica. Colland (1993) desenvolveu um trabalho com crianças asmáticas com capacidades inadequadas para manejar a sua doença e implementou um programa “The behavioral self-management program” de modo a aumentar essas capacidades. Neste programa um dos principais objectivos consistia em aumentar os sentimentos de eficácia das crianças. Os resultados deste trabalho mostraram que as crianças do grupo experimental ficavam menos ansiosas durante um ataque 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 pacientes em controlar a sua doença (asma) estava relacionado com a morbidade da asma. As crianças em idade escolar passam grande parte do tempo afastadas da sua família, na escola ou a brincar com os amigos. Uma criança com asma deve ter a oportunidade de fazer o mesmo, mas para que isso não venha a ser uma experiência traumatizante ela precisa saber o que tem de fazer se começar a ter sintomas, sem entrar em pânico. A criança precisa de saber que na sala de aula não deve ficar ao pé do quadro ou do aquecimento e não deve ter vergonha de o dizer. Nas aulas de educação física a criança muitas vezes precisa de parar ou de tomar medicamento de prevenção de crise de esforço e é necessário que o consiga fazer sem medos (Rosado Pinto, 1994). Este tipo de comportamentos passa também pelo conhecimento da doença por parte do professor que deve autorizar o asmático a tomar os medicamentos, não marginalizando a criança e tendo sempre uma atitude compreensiva. De qualquer modo se uma criança não se sentir capaz de desempenhar este tipo de comportamentos o seu tratamento vai falhar, vai adquirir comportamentos de dependência face às figuras paternas, vai ter mais tendência para faltar à escola, para se afastar das crianças da sua idade, acabando por ter uma má inserção social e um desenvolvimento desadequado. Tendo em conta que a asma é uma das doenças crónicas mais comuns na infância, com um complexo regime terapêutico, nem sempre eficaz, é importante saber qual a confiança que o paciente tem na sua capacidade para controlar a sua doença. No entanto existem poucos estudos sobre auto-eficácia em crianças com asma. Clark e Shope (in Clark et al., 1988) mostraram que existem poucos estudos que descrevam factores psicossociais associados aos comportamentos de saúde de crianças saudáveis e comportamentos de manejo da doença em crianças com doença crónica. Dos estudos existentes a maioria é baseada em dados recolhidos dos pais das crianças. Lewis et al., e Campbell (in Clark et al., 1988) mostraram que as crenças de saúde das crianças diferem das crenças dos pais e das que os pais julgam serem as dos filhos.

Existe pouca informação no que se refere à responsabilidade que deve ser dada à criança e às capacidades que a criança vai desenvolvendo com a idade que lhe vão permitir uma maior autonomia no manejo da sua doença. Num estudo realizado por Eiser, Tow, e Tripp (1988), com crianças asmáticas entre os 7 e os 16 anos os resultados indicaram que é necessário tornar as crianças mais atentas à sua doença, principalmente no que se refere aos auto-cuidados. Noutro estudo (Kieckhefer, 1995), foram encontradas relações significativas entre o conhecimento que as crianças têm sobre a asma, a quantidade de responsabilidade dada à criança para manejar a sua doença e a sua percepção de eficácia. Um dos aspectos mais difíceis para os pais é determinarem a quantidade de responsabilidade que devem dar aos seus filhos no que respeita ao tratamento e controlo de uma doença crónica. Klinnert e Lum Lung (1991) (in Wamboldt & Gavin, 1998) desenvolveram uma escala sobre as expectativas que devemos considerar nas várias idades em relação aos auto-cuidados na asma. Nesta escala a responsabilidade da criança e a sua autonomia vai aumentando com a idade, desde um nível em que é completamente dependente dos pais, passando por uma altura de aprendizagem em que os pais supervisionam o seu comportamento, até aos 16 anos, altura em que a criança já deve ser totalmente autónoma em relação aos seus comportamentos para a saúde. Torna-se assim importante verificar se as crianças mais velhas apresentam expectativas de eficácia mais elevadas do que as crianças mais novas, no entanto existe pouca informação relativamente a este aspecto.

Com este trabalho pretendemos saber qual expectativa de eficácia da criança no controlo da sua doença (asma). Vamos também comparar a auto-eficácia de um grupo de crianças dos 8 aos 10 anos com outro dos 11 aos 14 anos.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por um total de 70 crianças asmáticas, 37 (53%) do sexo masculino e 33 (47%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 8 e os 14 anos. A escolaridade varia entre o 3º ano e o 9º ano. Todas as crianças foram seleccionadas no Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia.

Material

Escala de Auto-eficácia na Asma – Os instrumentos para avaliar a auto-eficácia têm sido pouco desenvolvidos por se tratar de um conceito que só recentemente tem sido usado para aceder a percepções relacionadas com a saúde. A auto-eficácia tem sido, até agora avaliada 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 e adequado para a população infantil. 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 crianças asmáticas no manejo 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 pais e amigos e também a procura de informação/esclarecimento sobre a doença, como por exemplo perguntar ao médico o que é que precisa.

A escala “*The Asthma Self-efficacy Questionnaire*” é um instrumento de avaliação com 21 itens, 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 decidir que medicação devo usar”; “Sou capaz de verificar se existem situações ou substâncias que me fazem alergia”. De modo a operacionalizar a escolha cada item é seguido de uma escala de Likert, onde 1 (não) corresponde ao menor nível de certeza e 5 (sim) corresponde ao maior nível de certeza. O somatório permite obter o nível de auto-eficácia percebida pelos sujeitos no manejo da asma.

Procedimento

A selecção das crianças foi intencional, tendo como únicos pressupostos o diagnóstico de asma há mais de um ano (confirmado através da consulta dos seus processos médicos) e a idade compreendida entre os 8 e os 14 anos. Após a confirmação do diagnóstico, anotava-se a data em que a criança vinha à consulta de Imunoalergologia, altura em que seria solicitado o preenchimento da escala de auto-eficácia. Foi ainda usada uma folha de identificação onde se anotava a idade da criança, o sexo, a escolaridade, o número de irmãos e respectivo sexo e idade, a profissão da mãe e do pai, informação da existência de asma na família, a idade da primeira crise e a frequência de crises durante o último ano. Devido à idade das crianças mais novas os questionários foram hetero-administrados, procedendo-se da mesma forma para as

mais velhas, para prevenir enviesamentos; ou seja os instrumentos foram aplicados de igual forma para os 70 sujeitos avaliados. No que se refere à folha de identificação e especificamente às três últimas perguntas, “alguém na família tem asma”, “idade da primeira crise” e “frequência de crises durante o ano”, foram respondidas pelo adulto que acompanhava a criança (mãe, pai, avós), já que estas na maioria dos casos não sabiam responder. O preenchimento dos instrumentos demorava em média 15 minutos.

RESULTADOS

Um dos objectivos deste estudo era comparar sujeitos de diferentes idades na auto-eficácia. Para tal construíram-se 2 grupos: o grupo 1 com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos (34 sujeitos – 49%) e o grupo 2 com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos (36 sujeitos – 51%). A idade média da amostra do estudo é 10,7 e o desvio padrão 1,97.

Não existem diferenças significativas entre os 2 grupos na distribuição sexual ($\chi^2=0,24$; $gl=1$; $p=0,62$).

No que se refere à escolaridade, 27 sujeitos frequentam a primária (39%), 18 (26%) frequentam o 5º ou o 6º ano, 19 (27%) frequentam o 7º ou o 8º ano e 6 (8%) frequentam o 9º ano. No grupo dos 8 aos 10 anos a esmagadora maioria (24 sujeitos – 70%) frequenta a escola primária (13 sujeitos – 38% a 3ª classe e 11 sujeitos – 32% a 4ª classe), 10 (30%) frequenta o 5º ano. No grupo dos 11 aos 14 anos 1 sujeito (3%) frequenta a 4ª classe, 6 (17%) frequentam o 5º ano, 7 (18%) o 6º ano, 5 (14%) o 7º ano, 12 (33%) o 8º ano e 5 (14%) o 9º ano.

A maioria dos sujeitos (43 sujeitos – 61%) tem um irmão, 9 (13%) não têm nenhum irmão e 18 (26%) têm mais de um irmão. Não existem diferenças significativas entre os dois grupos no número de irmãos ($\chi^2=0,26$; $gl=2$; $p=0,87$).

Numa primeira fase procurou-se averiguar se a variável dependente auto-eficácia tinha uma distribuição normal, tendo-se recorrido ao teste Shapiro. O teste revelou que a variável tem uma distribuição normal, o que permitiu o recurso às provas paramétricas, em detrimento das não paramétricas.

Efectuou-se o cálculo das frequências das respostas dos dois grupos (8-10 anos e 11-14 anos) às questões “Alguém na família tem asma?”; “Teve a primeira crise de asma com que idade?”; “Qual a frequência de crises de asma durante o ano?”. Tanto no grupo com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos, como no grupo com idades entre os 11 e os 14 anos, a esmagadora maioria dos sujeitos tem asma na família. No grupo 8-10 anos 27 sujeitos têm asma na família (79%), no grupo 11-14 anos 26 sujeitos têm asma na família (72%). Não existem diferenças significativas entre os dois grupos nesta questão ($\chi^2=0,49$, $gl=2$, $p=0,48$). No grupo com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos, 10 (29%) tiveram a sua primeira crise de asma antes de completar 1 ano de idade, 16 (47%) tiveram a sua primeira crise entre 1 e 4 anos de idade e 8 (24%) entre os 5 e os 8 anos de idade. No grupo com idades entre os 11 e os 14 anos, 7 (19%) tiveram a sua primeira crise antes de completar 1 ano de idade, 14 (39%) entre 1 e 4 anos de idade, 6 (17%) entre os 5 e os 8 anos de idade e 9 (25%) entre os 9 e os 13 anos de idade. No grupo com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos, 8 (23%) não tiveram nenhuma crise de asma durante o último ano, 17 (50%) tiveram 1 a 2 crises, 3 (9%) tiveram 4 a 5 crises e 6 (18%) tiveram mais de 5 crises. No grupo com idades entre os 11 e os 14 anos, 8 (22%) não tiveram nenhuma crise durante o último ano, 19 (53%) tiveram 1 a 2 crises, 4 (11%) tiveram 4 a 5 crises e 5 (14%) tiveram mais de 5 crises no último ano. Não existem diferenças significativas entre os dois grupos nesta questão ($\chi^2=0,28$, $gl=3$, $p=0,96$).

Análise factorial à escala de auto-eficácia

Os itens da escala de auto-eficácia foram submetidos a uma análise de componentes principais com rotação varimax, tendo sido seleccionados os itens com saturações factoriais

iguais ou superiores a 0,42 em módulo. Foram assim afastados 2 itens (item 9 e item 21) considerados não significativos ou ambíguos, e encontrados 3 factores, responsáveis por 40% da variância total.

Quadro 1

Análise de componentes principais com rotação varimax – Escala de auto-eficácia

		Factor 1	Factor 2	Factor 3
Q1	“Decidir quando devo usar a medicação se estou com falta de ar”	0,74	-0,13	0,02
Q4	“Decidir quantas inalações dou quando estou com falta de ar”	0,62	-0,05	-0,00
Q5	“Dizer ao professor de educação física que tenho de parar porque estou com falta de ar”	0,42		
Q8	“Pedir ajuda quando estou com falta de ar”	0,47	0,07	-0,35
Q10	“Decidir que medicação devo usar”	0,64	-0,09	0,29
Q12	“Ter a certeza que a crise de asma não piora”	0,51	0,15	-0,13
Q18	“Decidir quando estou em crise, qual a altura em que devo tomar a medicação de crise (SOS)”	0,70	0,20	0,25
Q20	“Decidir se tomo a medicação diariamente”	0,53	-0,10	0,34
Q2	“Explicar como me sinto quando estou com falta de ar”	0,02	0,51	0,05
Q3	“Verificar se existem situações ou substâncias que me fazem alergia”	0,24	0,42	-0,15
Q11	“Pedir ajuda quando me sinto doente”	-0,07	0,89	0,06
Q14	“Pedir ajuda necessária aos meus pais e amigos”	0,04	0,83	-0,04
Q6	“Decidir se posso ficar a dormir fora de casa”	0,24	0,29	0,46
Q7	“Perguntar ao médico o que é que preciso”	0,32	-0,12	0,48
Q13	“Falar com o médico sobre a mudança de medicação”	0,35	0,14	0,42
Q15	“Ser capaz de controlar a minha asma”	0,26	-0,00	0,54
Q16	“Discutir com o médico sobre o que não concordo com ele”	0,19	-0,15	0,65
Q17	“Explicar ao médico como estou”	-0,13	0,22	0,52
Q19	“Pensar numa solução para os problemas”	-0,03	0,12	0,54
Q9	“Falar com estranhos durante uma festa”	0,09	-0,31	0,27
Q21	“Decidir que desportos quero fazer”	0,16	0,15	-0,03

Factor 1, inclui os itens 1; 4; 5; 8; 10; 12; 18 e 20 e designámo-lo por auto-eficácia a nível dos auto-cuidados. Exemplo: “Sou capaz de, decidir quando devo usar a medicação se estou com falta de ar”.

Factor 2, inclui os itens 2; 3; 11; 14, que designámos auto-eficácia a nível do pedido de ajuda. Exemplo: “Sou capaz de pedir ajuda quando me sinto doente”.

Factor 3, inclui os itens 6; 7; 13; 15; 16; 17; 19, designámo-lo, auto-eficácia a nível da procura de informação/esclarecimentos sobre a doença. Exemplo: “Sou capaz de, falar com o médico sobre a mudança da medicação”.

O somatório dos valores obtidos em cada uma das três sub-escalas permite obter o nível de auto-eficácia percebida pelos sujeitos em cada uma das áreas acima referidas. As respostas aos itens apresentam na sua maioria uma média elevada, o que significa que em todas as questões analisadas a auto-eficácia é elevada. Da mesma forma, o total da escala, assim como, os três factores também apresentam médias elevadas (Morgado, 1998).

Os Alphas de Cronbach encontrados para o total da escala de auto-eficácia (0,72) e para o factor 1 da escala (0,74), revelam uma consistência interna aceitável, mas no limite. Para o factor 2 e 3 (0,65 e 0,67) os alphas são baixos.

Comparação da auto-eficácia nos dois grupos

O grupo de crianças estudadas ($N=70$) apresenta uma $M=3,78$ para o total da escala de auto-eficácia e um $M=1,5$ para a auto-eficácia ao nível dos auto-cuidados (factor 1).

O grupo com idades entre os 11 e os 14 anos revelou uma auto-eficácia total significativamente superior à do grupo com idades entre os 8 e os 10 anos, com a média respectiva de $\bar{M}=82,52$ e $\bar{M}=76,00$ ($t(69)=-2,37$, $p<0,05$). O grupo com idades entre os 11 e os 14 anos, também revelou uma auto-eficácia a nível dos auto-cuidados (factor 1) significativamente superior ($\bar{M}=33,25$) à do grupo com idades entre os 8 e os 10 anos ($\bar{M}=29,64$) ($t(69)=-2,37$, $p<0,05$).

Relação entre frequência de crises de asma e auto-eficácia

Procurou-se também investigar a existência de relação entre o número de crises de asma no último ano e a auto-eficácia, para tal recorreu-se à correlação de Pearson. Existe uma correlação significativa entre o total da escala de auto-eficácia e a frequência de crises de asma ($r=-0,38$) ($p<0,05$). Quanto maior é a auto-eficácia global menos frequentes são as crises de asma.

DISCUSSÃO

Em relação à escala de auto-eficácia, a análise factorial revelou três factores responsáveis por 40% da variância total e valores de consistência interna aceitáveis para o total e para o factor 1 da escala. A escala de auto-eficácia merece ser melhorada visto dois dos factores encontrados terem uma consistência interna baixa. Este facto poderá ser ultrapassado nomeadamente através do aumento do número de itens da escala, já que esta apresenta um número reduzido de questões.

Em relação à comparação entre os dois grupos, quanto à auto-eficácia, as crianças mais velhas apresentam uma expectativa de auto-eficácia significativamente superior à das crianças mais novas, no que se refere ao factor 1 da escala de auto-eficácia, auto-eficácia ao nível dos auto-cuidados. Este facto está de acordo com Klinnert e Lum Lung (1991, in Wamboldt & Gavin) que referem uma evolução da autonomia da criança em relação aos comportamentos de saúde, se a auto-eficácia é um predictor destes comportamentos ela também deve aumentar com a idade, como se confirmou. Da mesma forma um desenvolvimento cognitivo mais complexo implica uma maior compreensão entre saúde, doenças e comportamento (Ribeiro, 1995).

Quando relacionámos a frequência das crises de asma com a auto-eficácia verificámos que as crianças com uma auto-eficácia global mais elevada apresentam menos crises de asma. Será que é o facto de terem menos crises de asma que faz com que se sintam mais eficazes? A criança 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, 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 criança que se sente auto-eficaz, vai executar mais vezes comportamentos de manejo da sua asma, conseguindo controlá-la.

REFERÊNCIAS

- Aalto, A.M., Uutela, A., & Aro, A.R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: Disease-related and psychosocial correlates. *Patient Education and Counseling* 30 (3), 215-25.
- Almeida, J.P., & Viana, M.C. (1990). Desenvolvimento psicológico da criança com doença crónica. In I. Botelho, J.P. Almeida, M.I.C. Geada, & M.R.M. Justo (Ed.), *A Psicologia nos Serviços de Saúde* (pp. 75-86). Lisboa: Apport.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.

- Brazil, K., McLean, L., Abbey, D., & Musselman (1997). The influence of health education on family management of childhood asthma. *Patient Education and Counseling*, 30, 107-118.
- Clark, N.M., Rosenstock, I.M., Hassan, H., Evans, D., Wasilewski, Y., Feldman, C., & Mellins, R.B. (1988). The effect of health beliefs and feelings of self-efficacy on self-management behavior of children with a chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 11, 131-139.
- Colland, V.T. (1993). Learning to cope with asthma: A behavioural self-management program for children. *Patient Education and Counseling*, 22, 141-152.
- Cunningham, A.J., Lockwood, G.A., & Cunningham, J.A. (1991). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling* 17 (1), 71-8.
- Eiser, C., Town, C., & Tripp, J.H. (1988). Illness experience and related knowledge amongst children with asthma. *Child Care Health Development*, 14 (1), 11-24.
- 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.
- Graetz, B., & Shute, R. (1994). Assesment of peer relationships in children with asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 20 (2), 205-216.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E., & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Social Behavior* 34 (2), 89-104.
- Grey, M., Boland, E.A., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S., & Tamborlane, W.V. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 21 (6), 909-914.
- Kieckhefer, G.M., & Spitzer, A. (1995). School-age children's understanding of the relations between their behavior and their asthma management. *Clinical Nurse Research*, 4 (2), 149-67.
- Lee, K.A., Lim, Y.W., & Ng, T.P. (1995). Asthma self care efficacy and morbidity in polyclinic outpatients. *Annual Acad Med Singapore* 24 (6), 846-50.
- Lemanek, K.L. Comunicação Pessoal. Available.
- Morgado, M.V. (1998). *Auto-eficácia e Qualidade de Vida na Criança Asmática*. Monografia de Licenciatura em Psicologia clínica. Lisboa: ISPA.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and Health. *Behavior Research Therapy*, 23 (4), 437-451.
- Ribeiro, J.L.P. (1995). Questões Acerca da Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças. In L.S. Leandro, M.S. Araújo, M.C. Vila-Chã, & M.H. Oliveira (Eds), *Convenção Annual da Apport/95 - Áreas de intervenção e compromissos sociais do Psicólogo*. Lisboa: Apport.
- 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 (pp. 253-273). Lisboa: ISPA.
- Rosado Pinto, J. (1997). *Que fazer na asma? Asma na criança*. Lisboa: Permanyer.
- Rosado Pinto, J. (1994). *A criança asmática: Uma criança como as outras*. Sandoz.
- Tall, E., Rasker, J., Seydel, E., & Wiegman, O. (1993). Health Status: adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with Rheumatoid Arthritis. *Patient Education and Counseling*, 20, 63-76.
- Tobin, D.L., Wigal, J.K., Winder, J.A., Holroyd, K.A., & Creer, T.L. (1987). The "Asthma Self-Efficacy Scale". *Annals of Allergy*, 59, 273-277.
- Wamboldt, M.Z., & Gavin, L. (1998). Pulmonary Disorders. In R.T. Ammerman & J.V. Campo (Eds.), *Handbook of Pediatric Psychology and Psychiatry* (vol. I, pp. 266-297). New York: Plenum Press.