

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**CONHECIMENTOS SOBRE A ASMA BRÔNQUICA:  
ADOLESCENTES E SEUS PAIS**

**KNOWLEDGE ABOUT BRONCHIAL ASTHMA:  
ADOLESCENTS AND THEIR PARENTS**

**CONOCIMIENTOS SOBRE EL ASMA BRONQUIAL:  
ADOLESCENTES Y SUS PADRES**

Sílvia Duarte – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8902-9971>

Eunice Santos – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1943-9246>

Sónia Jacob – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0860-782X>

Ermelinda Caldeira – Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora, Évora, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1949-9262>

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Sílvia Duarte – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, Portugal. [silviajduarte@gmail.com](mailto:silviajduarte@gmail.com)

Recebido/Received: 2022-06-28 Aceite/Accepted: 2022-09-19 Publicado/Published: 2022-10-17

DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(2\).556.204-223](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(2).556.204-223)

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.  
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

## RESUMO

---

**Objetivos:** Avaliar os conhecimentos sobre asma brônquica nos adolescentes portadores da doença e dos seus pais através do questionário de dados sociodemográficos e perfil clínico e do questionário “*Asthma Knowledge Questionnaire*”.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório. Numa população de 876 indivíduos, em que 477 são do género masculino e 399 do género feminino, foi selecionada para a nossa população alvo, os adolescentes na faixa etária entre os 10 anos e os 19 anos numa amostra de 77 adolescentes. Destes, 51 são do género masculino e 26 do género feminino. Apenas 29 pais e 29 adolescentes aceitaram participar no estudo.

A recolha de dados foi realizada através de dois questionários “Caracterização sociodemográfico e perfil clínico” (Félix, 2017) o questionário engloba questões relativas às condições habitacionais e de higiene, estilos de vida, fatores de risco, gestão da doença e adesão à terapêutica. E o questionário “*Asthma Knowledge Questionnaire*” (Ho *et al*, 2003), traduzido e adaptado para a população portuguesa (Lopes, Delgado & Ferreira, 2004), que reflete conhecimentos sobre sintomatologia, fatores de risco, tratamento e gestão da asma. Foram utilizadas técnicas de análise descritiva para caracterizar os dados.

**Resultados:** A amostra é composta por 29 adolescentes e 29 pais, sendo que 89,7% dos pais são do género feminino e 10,3% do género masculino. Relativamente aos adolescentes, 27,6% do género feminino e 69% do género masculino. Quanto às habilitações literárias constata-se que a maior parte dos pais tem o ensino secundário (37,9%) e os adolescentes a maioria tem o 2.º Ciclo (37,9%). Os pais apresentam uma média de idade de 45,07 anos e os adolescentes de 14,72. Foi observado que a média das pontuações dos pais e dos adolescentes foi 13,241 e de 12,320, respetivamente. Não existe correlação entre os conhecimentos dos pais e os dos adolescentes constatando-se que, quando os conhecimentos dos pais aumentam os dos filhos também aumentam.

**Conclusão:** Foi observado que existe um défice de conhecimentos tanto da parte dos adolescentes como da parte dos seus pais em diferentes áreas, razão pela qual é imperativo atuar junto dos mesmos, por forma a aumentar os seus conhecimentos e capacidades para atuarem eficaz e precocemente perante os sinais, sintomas e fatores de risco desencadeantes das crises de asma brônquica.

**Palavras-chave:** Adolescentes; Asma Brônquica; Conhecimentos; Pais; Saúde Comunitária.

## ABSTRACT

---

**Objectives:** To evaluate the knowledge about bronchial asthma in adolescents with the disease and their parents, through a questionnaire of sociodemographic data and clinical profile and the “Asthma Knowledge Questionnaire”.

**Methodology:** This is a descriptive and exploratory study. In a population of 876 individuals, in which 477 are male and 399 are female, we selected for our target population, adolescents aged between 10 and 19 years old in a sample of 77 adolescents. Of these, 51 are male and 26 are female. Only 29 parents and 29 adolescents agreed to participate in the study.

Data were collected through two questionnaires “Sociodemographic characterization and clinical profile” (Félix, 2017), which included questions on housing and hygiene conditions, lifestyles, risk factors, disease management, and therapeutic adherence. And the “Asthma Knowledge Questionnaire” (Ho *et al*, 2003), translated and adapted for the Portuguese population (Lopes, Delgado, & Ferreira, 2004), which reflects knowledge about asthma symptoms, risk factors, treatment, and management. Descriptive analysis techniques were used to characterize the data.

**Results:** The sample is composed of 29 adolescents and 29 parents, with 89.7% of parents being female and 10.3% male. Regarding adolescents, 27.6% were female and 69% were male. As for academic qualifications, most of the parents have a high school education (37.9%) and most of the adolescents have a high school education (37.9%). The parents have an average age of 45.07 years and the adolescents, 14.72. We found that the mean scores of parents and adolescents were 13.241 and 12.320, respectively. There is no correlation between the parents' and the adolescents' knowledge, showing that when the parents' knowledge increases, the children's knowledge also increases.

**Conclusion:** We found that there is a knowledge deficit both among adolescents and their parents in different areas, which is why it is imperative to act together with them in order to increase their knowledge and skills to act effectively and early regarding the signs, symptoms and risk factors triggering bronchial asthma attacks.

**Keywords:** Adolescents; Bronchial Asthma; Community Health; Knowledge; Parents.

## RESUMEN

---

**Objetivos:** Evaluar el conocimiento sobre el asma bronquial en adolescentes con la enfermedad y sus padres, a través de un cuestionario de datos sociodemográficos y perfil clínico y el “Cuestionario de Conocimiento sobre el Asma”.

**Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio. En una población de 876 individuos, en la que 477 son hombres y 399 son mujeres, seleccionamos para nuestra población objetivo a adolescentes de entre 10 y 19 años en una muestra de 77 adolescentes. De ellos, 51 son hombres y 26 son mujeres. Sólo 29 padres y 29 adolescentes aceptaron participar en el estudio.

Los datos se recogieron a través de dos cuestionarios “Caracterización sociodemográfica y perfil clínico” (Félix, 2017), que incluían preguntas sobre condiciones de vivienda e higiene, estilos de vida, factores de riesgo, manejo de la enfermedad y adherencia terapéutica. Y el “Cuestionario de conocimientos sobre el asma” (Ho *et al*, 2003), traducido y adaptado para la población portuguesa (Lopes, Delgado y Ferreira, 2004), que refleja los conocimientos sobre los síntomas del asma, los factores de riesgo, el tratamiento y el manejo. Se utilizaron técnicas de análisis descriptivo para caracterizar los datos.

**Resultados:** La muestra está formada por 29 adolescentes y 29 padres, siendo el 89,7% de los padres mujeres y el 10,3% hombres. En cuanto a los adolescentes, el 27,6% eran mujeres y el 69% hombres. En cuanto a las calificaciones académicas, la mayoría de los padres tienen estudios secundarios (37,9%) y la mayoría de los adolescentes tienen estudios secundarios (37,9%). Los padres tienen una edad media de 45,07 años y los adolescentes de 14,72 años. Se comprobó que las puntuaciones medias de los padres y los adolescentes eran de 13,241 y 12,320, respectivamente. No hay correlación entre los conocimientos de los padres y los de los adolescentes, y se comprobó que, cuando aumentan los conocimientos de los padres, también aumentan los de los hijos.

**Conclusión:** Encontramos que tanto los adolescentes como sus padres carecen de conocimientos en diferentes áreas, por lo que es fundamental trabajar con ellos para aumentar sus conocimientos y habilidades para actuar de forma temprana y eficaz frente a los signos, síntomas y factores de riesgo que desencadenan las crisis de asma bronquial.

**Descriptores:** Adolescentes; Asma Bronquial; Conocimientos; Padres; Salud Comunitaria.

## INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias crônicas (DRC), são doenças das vias aéreas e de outras estruturas dos pulmões, sendo as mais importantes a Asma, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e a Síndrome de Apneia do Sono (SAS), pela sua elevada prevalência. Em Portugal, as DRC têm tendência para o aumento da sua prevalência uma vez que são das principais causas de morbilidade e mortalidade<sup>(1)</sup>.

A asma é uma doença respiratória crônica que afeta cerca de 1 a 18% da população em vários países. É geralmente caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas causando sintomas respiratórios, tais como, sibilo, aperto no peito, opressão torácica. Estes sintomas podem variar com o tempo e em intensidade e podem ainda tornar-se persistentes devido a limitação do fluxo de ar<sup>(2)</sup>.

De acordo com o Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) a asma é uma problemática que necessita de uma intervenção por forma a aumentar a adesão ao regime terapêutico e evitar idas à urgência por descontrolo sintomático<sup>(3)</sup>.

Assim, é imperativo atuar junto desta população para que precocemente se minimizem os fatores de risco e, simultaneamente se minimizem sintomas para o surgimento de novas crises, de modo a contribuir para uma adesão adequada ao regime terapêutico. É, desta forma, prioritária uma avaliação de conhecimentos sobre a patologia em causa, tanto por parte dos adolescentes como dos seus pais, com recurso a intervenções efetivas que promovam ganhos em saúde nesta população.

Para realização deste estudo foi imprescindível conhecer a prevalência da problemática em questão, de forma a garantir um melhor controlo dos sintomas e o surgimento de novas crises. A finalidade será contribuir para uma maior adesão adequada ao regime terapêutico, deste modo, obter ganhos em saúde resultantes de adequadas intervenções de enfermagem.

A fundamentação teórica foi elaborada recorrendo à mais recente evidência científica encontrada nas fontes nacionais e internacionais, nomeadamente a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SSP), a Fundação Europeia do Pulmão, a Direção Geral de Saúde (DGS) e das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) através do Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização. Foi possível observar na maioria dos estudos a premente necessidade de uma intervenção abrangente ao nível das doenças respiratórias, especificamente na asma, por forma a

permitir a compreensão da problemática, capacitar os doentes e familiares para minimizar as crises e evitar idas desnecessárias aos serviços de urgência.

A adolescência é uma etapa do percurso de vida complexa, na medida em que é vivenciada de forma diferente, muito relacionada com a sua maturidade física, emocional e cognitiva. Sendo esta uma fase de grande complexidade e de grande exigência para o adolescente, a presença de uma doença crónica como o é a Asma, pode acarretar maior nível de perturbação, com impacto, quer no seu desenvolvimento, quer na sua qualidade de vida. Preconiza-se que os adolescentes possuam os conhecimentos adequados sobre a doença, controle dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, por forma realizar uma questão adequada desta patologia.

Assim, este estudo objetiva avaliar os conhecimentos sobre asma brônquica nos adolescentes e nos seus pais, cujos resultados serão utilizados para, posteriormente, se identificarem necessidades de intervenção em saúde, quer individualmente ou em grupo.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---

A asma é uma doença respiratória que causa inflamação e edema nas vias aéreas, que por sua vez diminui a passagem do ar para os pulmões<sup>(4)</sup>.

As doenças respiratórias crónicas são caracterizadas pela alteração do estado normal das vias aéreas ou das restantes estruturas do pulmão. Habitualmente as doenças respiratórias mais frequentes são a DPOC e a Asma<sup>(5)</sup>.

A Asma é uma das principais doenças não transmissíveis mais comum entre as crianças e adolescentes. Esta caracteriza-se sobretudo pela dificuldade respiratória, pieira, tosse, cansaço e sensação de pressão do tórax. Estes sintomas variam quanto à sua gravidade e frequência de doente para doente, piorando durante a atividade física ou à noite, provocando assim cansaço diurno e défice de rendimento na atividade escolar<sup>(4)</sup>.

A prevalência das doenças respiratórias crónicas em Portugal ronda os 40%, com tendência a aumentar. No que respeita à asma, essa mesma prevalência é de 10% em Portugal, sendo o internamento hospitalar bastante frequente<sup>(5)</sup>.

Os fatores de risco que influenciam o desenvolvimento da asma são a predisposição genética, bem como a exposição ambiental a substâncias e partículas inaladas, provocando reações alérgicas ou irritação das vias aéreas. Como alérgenos internos à habitação identificam-se os ácaros da poeira doméstica, das roupas de cama, das carpetes e móveis estofados; e

ainda pelos de animais. Como alérgenos externos temos a poluição ambiental donde se identificam os pólenes e bolores, irritantes químicos, como o fumo do tabaco, e a poluição do ar<sup>(4)</sup>.

Em Portugal há cerca de 600 mil doentes com asma. Calcula-se que afete cerca de 11% das crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 7 anos; 12% entre os 13 e os 14 anos e 5% dos adultos entre os 20 e os 44 anos<sup>(6)</sup>.

As doenças respiratórias são representativas da terceira causa de morte em Portugal, prevendo-se que, até 2030, ocupem o primeiro lugar<sup>(7)</sup>. A morte por asma é baixa e diminuiu nos últimos anos na Europa. Cada 9 a 12 mortes devem-se à anafilaxia com asma causada por alergias alimentares<sup>(8)</sup>. Sensivelmente um terço da população desenvolverá asma em alguma altura da sua vida, nomeadamente entre os 5 anos de idade e os 80 anos, sendo a sua maioria antes dos 20 anos, contudo é provável que inicie na infância<sup>(8)</sup>.

Apesar da asma não ter cura, o doente pode desfrutar de uma boa qualidade de vida quando esta estiver bem controlada e com o tratamento adequado, não descurando a importância de evitar os seus fatores de risco<sup>(4)</sup>.

A má adesão ao tratamento de doenças crónicas é um problema mundial, comprometendo a eficácia do mesmo<sup>(10)</sup>. A má adesão à terapêutica afeta o controlo eficaz da doença, aumentando a ida aos serviços de saúde nomeadamente aos serviços de urgência, que por sua vez aumentará os custos dos cuidados de saúde. A adesão ao regime terapêutico na asma brônquica é fulcral para o controlo da doença. Uma correta adesão à terapêutica promove o controlo eficaz da doença e, por conseguinte, uma melhor qualidade de vida. A adesão à terapêutica varia entre os 30% a 70% em crianças e adultos<sup>(9)</sup>.

É assim imprescindível que os profissionais de saúde garantam um elevado nível de conhecimentos, quer dos adolescentes, quer dos pais, como ponto de partida para decisões autónomas e conscientes no âmbito da gestão da asma brônquica.

## MATERIAL E MÉTODOS

---

Foi realizado um estudo descritivo e exploratório, no período entre março e agosto de 2021. Numa população de 876 indivíduos em que 477 são do género masculino e 399 do género feminino, foi selecionada para a nossa população alvo, os adolescentes na faixa etária entre os 10 anos aos 19 anos numa amostra de 77 adolescentes. Destes, 51 são do género masculino e 26 do género feminino.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão o fato dos adolescentes: apresentarem o diagnóstico de Asma Brônquica e terem idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos.

Relativamente aos pais foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: serem pais de adolescentes com diagnóstico de Asma Brônquica e terem idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos.

Foram incluídos no estudo 29 adolescentes e 29 pais respetivamente, que responderam aos questionários apresentados.

Foram excluídos 40 adolescentes e pais que recusaram participar no estudo e, posteriormente, mais 8, que após várias tentativas telefónicas não atenderam.

A metodologia usada neste estudo consiste na aplicação do questionário de dados socio-demográficos e perfil clínico e do questionário “*Asthma Knowledge Questionnaire*”, ambos aplicados aos adolescentes e aos seus pais. O primeiro questionário reflete os dados socio-demográficos e o perfil clínico da população alvo, de forma a entender os seus estilos de vida, fatores de risco e adesão à terapêutica. As questões colocadas estão direcionadas às condições habitacionais, limpeza da mesma, gestão da doença e adesão à terapêutica<sup>(11)</sup>.

O segundo questionário utilizado é o “*Asthma Knowledge Questionnaire*” (AKQ), versão original de 2003. No presente estudo foi utilizada a versão traduzida e adaptada para a população portuguesa em 2004. O questionário é constituído por 25 afirmações de forma a avaliar os conhecimentos dos adolescentes e dos seus pais sobre a asma brônquica, nomeadamente conhecimentos sobre sintomatologia, fatores de risco, tratamento e gestão da asma (Quadro 1<sup>7</sup>).

Foram utilizadas técnicas de análise descritiva para caracterizar os dados utilizando o recurso do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27.

Os adolescentes e seus pais selecionados para participar no estudo foram informados e esclarecidos que o estudo seria de carácter anónimo e voluntário através de um consentimento informado.



O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e homologado pelo Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA).

## RESULTADOS

Por questões de organização, a apresentação dos resultados está dividida em (i) caracterização sociodemográfica dos pais e dos adolescentes; (ii) caracterização do perfil clínico e (iii) resultados dos conhecimentos sobre asma brônquica dos adolescentes, dos pais e de ambos (adolescentes e pais).

### *Caracterização sociodemográfica*

A amostra foi composta por 29 pais sendo que 89,7% dos pais são do sexo feminino e 10,3% do sexo masculino e 29 adolescentes, dos quais são 27,6% do sexo feminino e 69% do sexo masculino.

Quanto às habilitações literárias consta-se que a maior parte dos pais tem o ensino secundário (37,9%), 13,8% são licenciados, 24,1% o 3.º Ciclo, 10,3% tem o 1.º Ciclo, 6,9% têm mestrado e 3,4% o 2.º Ciclo.

Nos adolescentes observa-se que 37,9% o 3.º Ciclo, 34,5% o Secundário, 24,1% tem o 2.º Ciclo, e 3,4% a Licenciatura. De considerar que as habilitações dos adolescentes estão de acordo com a idade de cada um.

A idade dos pais variou entre 35 anos e 58 anos, apresentando uma média de idade de 45,07 e um desvio padrão de 6,380. A idade dos adolescentes variou entre 10 e 19 anos, apresentando uma média de 14,72 e desvio padrão de 2,604. (Quadro 2<sup>a</sup>).

### *Caracterização do perfil clínico*

Procedeu-se à caracterização do perfil clínico dos adolescentes, utilizando para isso as questões relacionadas com aspetos relevantes para a promoção da saúde, prevenção da doença e gestão da doença e tratamento.

Nas questões sobre as condições habitacionais, observa-se que 86,2% tem janelas no quarto, 75,9% afirma que o seu quarto se encontra entre 18 e 20°C, 48,3% diz que as paredes e o chão estão sem bolor, 86,2% não tem cortinados com muito tecido ou pregas no quarto, 100% dos adolescentes não tem mais do que 3 tapetes no quarto e 89,7% não usa cobertores de pelo. Quanto ao chão nenhum dos inquiridos tem alcatifa no quarto, 82,8% utilizam aspirador para limpar a casa 72,4% não utiliza vassoura para realizar a limpeza diária do quarto e os animais domésticos de 58,6% não vivem dentro de casa.

Na gestão da terapêutica 82,8% dos adolescentes afirma ter hábitos de vida saudáveis, mas apenas 13,8% fazem exercícios respiratórios. 31% tomam vacinas preventivas, 89,7% tem sempre disponível em casa os medicamentos para tomar sempre que iniciem uma crise, e 10,3% afirma não ter sempre à disposição a medicação.

É ainda de referir que apenas 2 dos adolescentes esteve internado devido a crises de asma e que 13,8% teve necessidade de recorrer ao serviço de urgência por crises de asma. Quanto ao número de idas ao serviço de urgência 2 foram 1 vez e 1 foram 3 vezes.

*Resultados dos conhecimentos sobre asma brônquica dos pais, dos adolescentes e de ambos (pais e adolescentes)*

Observando o Quadro 3<sup>7</sup>, observou-se que as respostas certas nos pais variam entre 100% nas questões n.º 3 “Fumar em casa pode piorar a asma de uma criança” e n.º 6 “No início de um ataque de asma, pode sentir um aperto no peito ou pieira (gatinhos ou chiadeira)” e 13,87% na questão n.º 22 “Usa-se um inalador de alívio (broncodilatador ou “bomba”) para reduzir a inflamação dos pulmões”.

No que se refere ao questionário de Conhecimento sobre a Asma obtivemos a resposta de 29 pais e de apenas 20 adolescentes, sendo que 9 adolescentes não responderam ao referido questionário. Perfazendo assim, a totalidade de 49 respostas.

Nos adolescentes as respostas certas variam entre 100% nas questões n.º 3 “Fumar em casa pode piorar a asma de uma criança”, n.º 5 “Só um médico consegue evitar um ataque de asma” e n.º 6 “No início de um ataque de asma, pode sentir um aperto no peito ou pieira (“gatinhos ou chiadeira)” e 10% na questão n.º 22 “Usa-se um inalador de alívio (broncodilatador ou “bomba”) para reduzir a inflamação dos pulmões”.

Na globalidade as questões n.º 3 e n.º 6 obtiveram 100% de respostas certas, e a questão n.º 22 obteve a menor percentagem de respostas certas 12,2%.

As questões do AKQ foram agrupadas em 4 grupos: (i) Grupo I – Questões relacionadas com sintomas de crises, fatores desencadeantes, tratamento e evolução; (ii) Grupo II – Questões relacionadas com sintomas de asma, fisiopatologia, causas, tratamento das crises, fatores emocionais, desporto, e medidas de evicção; (iii) Grupo III – Questões relacionadas com monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença vírica, clima, exercício e técnica inalatória e; (iv) Grupo IV – Questões relacionadas com o conceito de alergia e mecanismos de ação broncodilatador (Quadro 4<sup>7</sup>).

As questões que obtiveram uma maior percentagem de respostas certas, foram as questões n.º 3 e n.º 6, ambas pertencentes ao Grupo I. As questões com menos percentagem de respostas certas n.º 18 e n.º 22, ambas pertencentes ao Grupo IV. De salientar que todos os adolescentes acertaram a questão n.º 5 “Só um médico consegue evitar uma crise de asma” que pertence ao Grupo II.

Após análise dos resultados, confirma-se que as questões do Grupo IV (questões relacionadas com o conceito de alérgico e mecanismos de ação broncodilatador) são as que mostram um maior desconhecimento tanto por parte dos pais como dos adolescentes.

Com uma percentagem de respostas erradas também significativa, aparecem as questões n.º 2 (77,6%) e n.º 7 (65,3%) pertencentes ao Grupo II (questões relacionadas com sintomas de asma, fisiopatologia, causas, tratamento das crises, fatores emocionais, desporto, e medidas de evicção) e Grupo III (questões relacionadas com monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença vírica, clima, exercício e técnica inalatória) respetivamente.

## DISCUSSÃO

---

A asma brônquica é uma doença respiratória crónica com grande impacto na sociedade atual, afetando cerca de 235 milhões de pessoas a nível mundial e, em Portugal estima-se que cerca de 6,8% da população padeça desta mesma patologia<sup>(9)</sup>.

A educação em saúde é essencial para um adequado autocontrolo/autogestão da asma brônquica, pois desta forma as crises/ ataques da asma podem ser prevenidos quando o doente e o seu cuidador possuem um conhecimento amplo sobre a patologia de forma a identificar e por sua vez evitar fatores desencadeantes e os seus sintomas<sup>(13)</sup>.

Os estudos implicados para a análise deste estudo decorrem entre 2008 e 2018, apresentando criteriosamente os seus objetivos, o método de colheita de dados e a amostra.

Através da conclusão dos estudos utilizados, foi possível perceber o seu objetivo comum, avaliação dos conhecimentos dos adolescentes e seus pais/cuidadores no que diz respeito a asma brônquica.

Dos estudos consultados cinco foram realizados em Portugal e um no Brasil.

No presente estudo, verificou-se um predomínio de adolescentes do sexo masculino (69%) o que vai ao encontro à evidência científica encontrada noutros estudos<sup>(11-12)</sup>.

Por sua vez observou-se que foram as mães que maioritariamente responderam aos questionários correspondendo a (89,7%) tal como corroborado nos estudos consultados<sup>(11-12)</sup>. Os resultados sugerem que são as mães que maioritariamente acompanham e dão apoio aos filhos em caso de doença.

Quanto às habilitações literárias, observou-se que os adolescentes têm maioritariamente o 2.º ciclo com (34,5%) e os seus pais/cuidadores maioritariamente tem o ensino secundário concluído (37,9%). De considerar que as habilitações dos adolescentes estão de acordo com a idade de cada um. Já o estudo<sup>(12)</sup> mostrou que os adolescentes tem na sua maioria o 3.º ciclo e por sua vez os pais estão entre o 1.º e o 2.º ciclo. No estudo<sup>(11)</sup> tanto os adolescentes e os seus pais/cuidadores possuíam como habilitações literárias entre 1.º e o 3.º ciclo.

No que respeita as condições habitacionais, o presente estudo revela que, embora a maioria 86,2% dos quartos tenham um bom arejamento, 13,8% dos quartos não tem janelas, 24,1% afirma que o seu quarto não tem a temperatura adequada, 51,7% refere que as paredes e o chão têm humidade, 13,8% tem cortinados com muito tecido ou pregas no quarto, a totalidade dos adolescentes refere não ter mais do que 3 tapetes no quarto e 10,3% usa cobertores de pelo. Quanto ao chão nenhum dos inquiridos tem alcatifa no quarto, 17,2% não utilizam aspirador para limpar a casa e 27,6% utiliza vassoura para realizar a limpeza diária do quarto. No que respeita aos animais domésticos 41,4% dizem que os mesmos permanecem dentro de casa. No estudo<sup>(13)</sup> verificou-se que a limpeza do quarto do adolescente era realizada com vassoura por 25% das famílias era realizada apenas uma vez por semana, grande parte das crianças tinham tapetes e cortinados no quarto e que 20% tinham animais dentro de casa.

Quanto à prática de hábitos de vida saudável 17,2% dos adolescentes afirma não ter hábitos de vida saudável, 86,2% referem não realizarem exercícios respiratórios, 69% não faz vacinas preventivas e, 10,3% afirma não ter sempre à disposição a medicação de urgência para a prevenção de crises de asma no domicílio. É ainda de referir que 6,9% dos adolescentes já estiveram internados devido a crises de asma e que 13,8% estiveram necessidade de recorrer ao serviço de urgência pelos mesmos motivos. Também no estudo<sup>(10-13)</sup> verificou-se a ocorrência de um conjunto de fatores passíveis de serem modificados, de forma a proporcionar uma maior qualidade de vida a estes adolescentes com asma brônquica. Surge assim uma imperiosa necessidade de intervir junto destes adolescentes e pais/cuidadores, de forma a dotá-los de competências que lhes permitam intervir adequadamente, na identificação dos fatores de risco e nos quadros de sintomatologia desencadeantes de crises de asma brônquica.

Neste cenário e contexto, a educação para a saúde assume-se como fulcral no processo de capacitação do doente e família, pelo que o profissional de saúde deve intervir junto desta população utilizando estratégias que os levem a modificar os seus comportamentos<sup>(11)</sup>.

Contudo, podemos afirmar que embora os pais recebam orientações por partes do profissional de saúde, os mesmos não se encontram totalmente dotados de conhecimentos sobre a patologia<sup>(13)</sup>. O estudo<sup>(14)</sup> corrobora com o acima descrito e destaca que os pais sentem necessidade de informação relativamente às causas da doença, fatores desencadeantes das crises, medidas de prevenção, tratamento e medicação.

Na análise global do questionário dos conhecimentos sobre a asma, aplicado aos pais e adolescentes, observou-se que a soma das “respostas erradas” e “não sei” variou entre os 87,8% e os 6,1%. Sendo a questão n.º 22 a que obteve maior percentagem e, a questão n.º 5 a que obteve menor percentagem. De referir que estas questões se encontram relacionadas com o Grupo II e IV, respetivamente. No estudo<sup>(12)</sup> as questões com maior percentagem de respostas “erradas” e “não sei” foram as questões relacionadas com o conhecimento sobre monitorização da doença, causas, evolução, conceito de alérgénio, a possibilidade de não perceção do agravamento da doença, mecanismo de ação do broncodilatador e técnica inalatória, atitudes perante a crise e a prática de desporto.

No que se refere aos questionários realizados aos pais, a soma das respostas “erradas” e “não sei” variou entre os 86,2% e os 6,9%, sendo que a percentagem maior recaiu na questão n.º 22 (Grupo IV) e a menor percentagem recaiu nas questões n.º 4, n.º 11 e n.º 13 (Grupo I). No estudo<sup>(11)</sup> questões relacionadas com monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença vírica, clima, exercício e técnica inalatória e com o conceito de alérgénio de ação do broncodilatador respetivamente estiveram na origem das respostas “erradas” e “não sei”. No estudo<sup>(12)</sup> não souberam responder e responderam erradamente as questões relacionadas com a utilização do DEMI, evolução, causas, conceitos de alérgénio e prática de exercício físico em tempo frio, mecanismo de ação do broncodilatador e técnica inalatória e a necessidade de ir ao hospital quando se tem uma crise. No estudo<sup>(14)</sup> as questões relacionadas com o conhecimento sobre monitorização da doença, causas, evolução, atitude perante a crise, doença vírica, exercício e técnica inalatória estiveram na origem de respostas “erradas” e “não sei”.

No questionário realizado aos adolescentes a soma das respostas “erradas” e “não sei” variou entre os 90% e os 10%, a maior percentagem recaiu igualmente na questão n.º 22 (Grupo IV) e questão n.º 13 (Grupo I) com um menor valor. No estudo<sup>(11)</sup> as respostas “erradas” e “não sei” estão relacionada com as questões monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença vírica, clima, exercício e técnica inalatória, conceito de alérgénio e

mecanismo de ação do broncodilatador. No estudo<sup>(12)</sup> as questões relacionadas com a utilização do DEMI, evolução, causas, conceitos de alérgeno e prática de exercício físico em tempo frio, a necessidade de ir ao hospital quando se tem uma crise e influência da doença vírica respiratória no aparecimento da asma estiveram na origem das respostas “erradas” e “não sei”. No estudo<sup>(14)</sup> as respostas “erradas” e “não sei” recaem nas questões do Grupo II, III, e IV.

No presente estudo, após análise dos conhecimentos individualmente dos pais e dos adolescentes, os resultados revelaram défice de conhecimentos nas questões relacionadas com o Grupo IV e nas questões relacionadas com o Grupo I.

Assim, numa primeira abordagem, pode-se inferir que os conhecimentos dos adolescentes em relação à asma estão relacionados com os conhecimentos dos seus pais.

Por observação do quadro 4, observa-se que as questões do Grupo IV são as que revelam um maior desconhecimento tanto por parte dos pais como dos adolescentes.

Com uma percentagem de “respostas erradas” e “não sei” também significativa, surgem as questões n.º 7 (65,3%), n.º 19 (53,1%), n.º 10 e n.º 17 (44,9%) correspondente ao Grupo III, as questões n.º 2 (77,6%), n.º 1 (44,9%) e n.º 25 (42,9%) pertencentes ao Grupo II.

#### *Comparação dos resultados entre adolescentes e pais*

Ao comparar os conhecimentos dos pais sobre asma brônquica com os dos adolescentes, verificou-se não existir uma grande discrepância entre os conhecimentos dos pais e os dos adolescentes, como verificado anteriormente. Assim, observa-se que quando os conhecimentos dos pais aumentam os dos filhos também aumentam.

No estudo<sup>(14)</sup> observou-se também a não existência de uma correlação entre os conhecimentos dos pais e dos filhos, o que levou os autores a afirmar a não existência de uma diferença estatisticamente significativa.

As limitações do presente estudo, prendem-se essencialmente com o tamanho reduzido da amostra. Sugere-se que em estudos futuros os pais e os adolescentes sejam entrevistados pessoalmente por forma a incrementar o interesse dos mesmos, o que neste estudo não foi possível devido às limitações impostas pela pandemia que atravessámos.

## CONCLUSÃO

---

O presente estudo decorreu numa UCC da ULSBA e teve como objetivo avaliar os conhecimentos dos adolescentes e seus pais sobre asma brônquica.

Foi observado que existe um défice de conhecimentos tanto da parte dos adolescentes como dos seus pais em diferentes áreas, (tais como conceitos de alérgeno, questões monitorização da doença, evolução, atitude perante a crise, doença vírica, clima, exercício e técnica inalatória), razão pela qual é imperativo atuar junto dos mesmos, por forma a aumentar os seus conhecimentos e capacidades para atuarem eficaz e precocemente perante os sinais, sintomas e fatores de risco desencadeantes das crises de asma brônquica.

É importante a apresentação e discussão destes resultados junto da equipa multidisciplinar de forma a arranjar estratégias para chegar junto da comunidade com esta patologia de forma a haver uma articulação entre as unidades de cuidados na comunidade, através dos projetos de saúde escolar, unidades de cuidados de saúde personalizados e cuidados hospitalares.

A aplicação dos questionários utilizados neste estudo fornecem indícios importantes para a planificação das sessões de educação em saúde a realizar futuramente.

### Contributos das autoras

SD: Desenho e coordenação do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão de resultados.

ES: Desenho do estudo, revisão e discussão de resultados.

SJ: Desenho do estudo, revisão e discussão de resultados.

EC: Desenho do estudo e coordenação, análise de dados, revisão e discussão de resultados.

Todas as autoras leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

### Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia de 2013 da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

#### Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures were followed according to the regulations established by the Clinical Research and Ethics Committee and to the 2013 Helsinki Declaration of the World Medical Association.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

## REFERÊNCIAS

---

1. Rajan S, Gogtay NJ, Konwar M, Thatte UM. The global initiative for asthma guidelines (2019): change in the recommendation for the management of mild asthma based on the SYGMA-2 trial – A critical appraisal. Lung India: Official Organ of Indian Chest Society. 2020 Mar;37(2):169. Disponível em: [ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report\\_20\\_06\\_04-1-wms.pdf](http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf)
2. Bárbara C, Gomes E, Simão P, Andrade C, Santos G. Programa nacional para as doenças respiratórias 2017. Disponível em: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Doencas-Respiratorias/Paginas/Programa-Nacional-para-as-Doen%3a7as-Respirat%c3%b3rias.aspx>
3. Galante MD. Gestão ao Regime Terapêutico na Pessoa Com Asma ou DPOC (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Santarém (Portugal)). Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
4. Organização Mundial da Saúde [OMS], Maio 20. Asma. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
5. Reabilitação Respiratória em rede. Doença respiratória crónica. 2019. Disponível em: <http://3r.web.ua.pt/doencas-respiratorias-cronicas/>
6. Sociedade Portuguesa de Pneumologia [SPP]. Asma. 2017. Disponível em: <https://www.sppneumologia.pt/doentes/asma/ha-muitas-pessoas-com-asma>
7. Rosa, P. & Matos, C. Sociedade Portuguesa de Pneumologia, [SPP]. 2019. Disponível em: <https://www.sppneumologia.pt/noticias/-doencas-respiratorias-sao-uma-das-principais-causas-de-morte-em-portugal->



8. European Lung Foundation [ELF]. Asma infantil. 2021. Disponível em: <https://europeanlung.org/es/information-hub/lung-conditions/asma-infantil/>
9. Martins, M., Cardoso, B., Farinha, S., Elza, R. & Inácio, F. Adesão à terapêutica na asma. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 2020. 28(2),87-95. doi: <http://doi.org/10.32932/rpia.2020.06.033>
10. Sabaté E, Sabaté E, editors. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003. Disponível em: [https://books.google.pt/books?id=kcYU TH8rPiwC&sitesec=buy&source=gbs\\_vpt\\_read](https://books.google.pt/books?id=kcYU TH8rPiwC&sitesec=buy&source=gbs_vpt_read)
11. Félix MD. O Adolescente com asma brônquica e pais: avaliação de conhecimentos contributos para a melhoria da gestão dos cuidados de saúde (Master's thesis). Disponível em: [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1982/1/Lourdes\\_Felix.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1982/1/Lourdes_Felix.pdf)
12. Lopes I, Delgado L, Ferreira PL. Asma brônquica pediátrica. Conhecimentos do doente e família. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 2008;16(3):241-62.
13. Roncada C, Cardoso TD, Bugança BM, Bischoff LC, Soldera K, Pitrez PM. Níveis de conhecimento sobre asma de pais de crianças asmáticas. *Einstein (São Paulo)*. 2018 Jun 7;16. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4204>
14. Parente MD. A criança com asma: o conhecimento dos pais e adolescentes sobre a doença: contributos para a gestão da asma (Master's thesis). Disponível em: <http://62.28.241.119/handle/20.500.11960/1297>

Quadro 1 – Questionário de Conhecimento Sobre a Asma.<sup>8</sup>

N.º Questão	Questões	
1	A tosse não é um sintoma da asma.	F
2	A asma é devida a uma inflamação dos pulmões.	F
3	Fumar em casa pode piorar a asma de uma criança.	V
4	Os ataques de asma podem surgir quando se cheira tinta, gasolina, fumo ou poluição.	V
5	Só um médico consegue evitar um ataque de asma.	F
6	No início de um ataque de asma, pode sentir um aperto no peito ou pieira (gatinhos ou chiadeira).	V
7	Usa-se um registo de DEMI (Débito Expirómetro Máximo Instantâneo) para ter a certeza que os seios perinasais estão abertos (teste do sopro para detectar se há sinusite).	F
8	Uma criança deixa de ser asmática se, durante vários anos, deixar de ter sintomas como o aperto no peito ou pieira.	F
9	A asma é uma doença emocional ou psicológica.	F
10	A maioria das crianças asmáticas tem de ir ao hospital quando tem um ataque de asma.	F
11	Nalgumas pessoas a asma pode melhorar com a idade.	V
12	Os médicos não sabem bem porque certas pessoas têm asma, mas sabem o que pode desencadear um ataque.	V
13	Com um tratamento adequado, a maioria das crianças asmáticas pode levar uma vida normal sem qualquer limitação das actividades.	V
14	Ficar enervado/a, chorar ou rir pode desencadear um ataque de asma.	V
15	Quem não tem asma até aos 40 anos, já não vem a ter.	F
16	As crianças com asma não devem praticar desportos em que tenham que correr muito.	F
17	Em crianças mais novas, a asma surge por vezes após uma doença respiratória provocada por um vírus.	V
18	Um alergénico é o anticorpo que falta aos asmáticos.	F
19	Uma pessoa pode piorar da asma sem se aperceber de qualquer alteração na respiração.	V
20	Fazer exercício em tempo frio pode desencadear um ataque de asma.	V
21	Tanto os peixes como os pássaros são bons animais de estimação para uma criança com asma.	F
22	Usa-se um inalador de alívio (broncodilatador ou “bomba”) para reduzir a inflamação dos pulmões	F
23	Alguns remédios para a asma só fazem efeito se se tomarem todos os dias.	V
24	Não é preciso agitar antes de usar a maioria dos inaladores para a asma.	F
25	Há menos pessoas com asma hoje do que há 10 anos.	F

Fonte: Questionário de conhecimento sobre a asma (AKQ) – Asthma Knowledge Questionnaire, foi desenvolvido por Ho. e colegas (2003). No presente estudo foi utilizada a versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Lopes, Delgado e Ferreira (2004).

Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica (sexo, habilitações literárias e idade) dos pais e adolescentes.<sup>6</sup>

Variável		Pais (n = 29)		Adolescentes (n = 29)	
		n	%	n	%
Sexo	Feminino	26	89,7	8	27,6
	Masculino	3	10,3	20	69,0
	Não Respondeu	0	0	1	3,4
Habilitações Literárias	1.º Ciclo	3	10,3	0	0
	2.º Ciclo	1	3,4	7	24,1
	3.º Ciclo	4	24,1	11	37,9
	Secundário	11	37,9	10	34,5
	Licenciatura	4	13,8	1	3,4
	Mestrado	2	6,9	0	0
	Doutoramento	0	0	0	0
	Outro	1	3,4	0	0
		Pais (n = 29)		Adolescentes (n = 29)	
Idade	Média	45,07		14,72	
	Máximo	58		19	
	Mínimo	35		10	
	Desvio Padrão	6,380		2,604	

Quadro 3 - Frequências absolutas e relativas dos conhecimentos dos pais adolescentes e global.<sup>6</sup>

Variável	Pais (n = 29)						Adolescentes (n = 20)						Global (n = 49)					
	Certo		Errado		Não sabe		Certo		Errado		Não sabe		Certo		Errado		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Questão 1	18	62,1	7	24,1	4	13,8	9	45,0	7	35,0	4	20,0	27	55,1	14	28,6	8	16,3
Questão 2	6	20,7	17	58,6	6	20,7	5	25,0	15	51,7	0	0	11	22,4	32	65,3	6	12,2
Questão 3	29	100	0	0	0	0	20	100	0	0	0	0	49	100	0	0	0	0
Questão 4	27	93,1	1	3,4	1	3,4	17	85,0	1	5,0	2	10,0	44	89,8	2	4,1	3	6,1
Questão 5	26	89,7	2	6,9	1	3,4	20	100	0	0	0	0	46	93,9	2	4,1	1	2,0
Questão 6	29	100	0	0	0	0	20	100	0	0	0	0	49	100	0	0	0	0
Questão 7	11	37,9	13	44,8	5	17,2	6	30,0	5	25,0	9	45,0	17	34,7	18	36,7	14	28,6
Questão 8	21	72,4	5	17,2	3	10,3	12	60,0	4	20,0	4	20,0	33	67,3	9	18,4	7	14,3
Questão 9	16	55,2	8	27,6	5	17,2	13	65,0	6	30,0	1	5,0	29	59,2	14	28,6	6	12,2
Questão 10	17	58,6	12	41,4	0	0	10	50,0	8	40,0	2	10,0	27	55,1	20	40,8	2	4,1
Questão 11	27	93,1	2	6,9	0	0	17	85,0	2	10,0	1	5,0	44	89,8	4	8,2	1	2,0
Questão 12	24	82,8	4	13,8	1	3,4	14	70,0	2	10,0	4	20,0	38	77,6	6	12,2	5	10,2
Questão 13	27	93,1	2	6,9	0	0	18	90,0	1	5,0	1	5,0	45	91,8	3	6,1	1	2,0
Questão 14	21	72,4	7	24,1	1	3,4	14	70,0	3	15,0	3	15,0	35	71,4	10	20,4	4	8,2
Questão 15	21	72,4	6	20,7	2	6,9	16	80,0	2	10,0	2	10,0	37	75,5	8	16,3	4	8,2
Questão 16	19	65,5	9	31,0	1	3,4	12	60,0	7	35,0	1	5,0	31	63,3	16	32,7	2	4,1
Questão 17	16	55,2	6	20,7	7	24,1	11	55,0	2	10,0	7	35,0	27	55,1	8	16,3	14	28,6
Questão 18	6	20,7	12	41,4	11	37,9	3	15,0	3	15,0	14	70,0	9	18,4	15	30,6	25	51,0
Questão 19	15	51,7	12	41,4	2	6,9	8	40,0	7	35,0	5	25,0	23	46,9	19	38,8	7	14,3
Questão 20	20	69,0	7	24,1	2	6,9	12	60,0	6	30,0	2	10,0	32	65,3	13	26,5	4	8,2
Questão 21	25	86,2	3	10,3	1	3,4	13	65,0	3	15,0	4	20,0	38	77,6	6	12,2	5	10,2
Questão 22	4	13,8	24	82,8	1	3,4	2	10,0	18	90,0	0	0	6	12,2	42	85,7	1	2,0
Questão 23	20	69,0	6	20,7	3	10,3	14	70,0	4	20,0	2	10,0	34	69,4	10	20,4	5	10,2
Questão 24	21	72,4	8	27,6	0	0	13	65,0	6	30,0	1	5,0	34	69,4	14	28,6	1	2,0
Questão 25	19	65,5	4	13,8	6	20,7	9	45,0	0	0	11	55,0	28	57,1	4	8,2	17	34,7

Quadro 4 - Frequências absolutas e relativas de respostas certas, no AQK por ordem decrescente e grupo de questões no global, dos pais e dos adolescentes.<sup>8</sup>

Grupo	Questão	Global (n = 49)		Questão	Pais (n = 29)		Questão	Adolescentes (n = 20)	
		n	%		n	%		n	%
I	Q3	49	100	Q3	29	100	Q3	20	100
	Q6	49	100	Q6	29	100	Q6	20	100
	Q13	45	91,8	Q4	27	93,1	Q13	18	90,0
	Q4	44	89,8	Q11	27	93,1	Q4	17	85,0
	Q11	44	89,8	Q13	27	93,1	Q11	17	85,0
	Q23	34	69,4	Q23	20	69,0	Q23	14	70,0
II	Q5	46	93,9	Q5	26	89,7	Q5	20	100
	Q12	38	77,6	Q21	25	86,2	Q12	14	70,0
	Q21	38	77,6	Q12	24	82,8	Q14	14	70,0
	Q14	35	71,4	Q14	21	71,4	Q9	13	65,0
	Q16	31	65,3	Q16	19	65,5	Q21	13	65,0
	Q9	29	59,2	Q25	19	65,5	Q16	12	60,0
	Q25	28	57,1	Q1	18	62,1	Q1	9	45,0
	Q1	27	55,1	Q9	16	55,2	Q25	9	45,0
III	Q2	11	22,4	Q2	6	20,7	Q2	5	25,0
	Q15	37	15,5	Q8	21	72,4	Q15	16	80,0
	Q24	34	69,4	Q15	21	72,4	Q24	13	65,0
	Q8	33	67,3	Q24	21	72,4	Q8	12	60,0
	Q20	32	65,3	Q20	20	69,0	Q20	12	60,0
	Q10	27	55,1	Q10	17	58,6	Q17	11	55,0
	Q17	27	55,1	Q17	16	55,2	Q10	10	50,0
	Q19	23	46,9	Q19	15	51,7	Q19	8	40,0
IV	Q7	17	34,7	Q7	11	37,9	Q7	6	30,0
	Q18	9	18,4	Q18	6	20,7	Q18	3	15,0
	Q22	6	12,2	Q22	4	13,8	Q22	2	10,0