



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **Avaliação da qualidade de vida em pacientes com asma grave**

**Agnes Neves Santos**

Salvador - Bahia  
Setembro, 2013

## Ficha catalográfica

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Santos, Agnes Neves

S237      Avaliação da qualidade de vida em pacientes com asma grave / Agnes Neves Santos.  
Salvador: NA, Santos, 2013.

viii; 46 p.

Orientador: Prof. Dr. Adelmir Souza-Machado.

Monografia (Conclusão de Curso) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013.

1. Asma. 2. Asma grave. 3. Qualidade de vida. I. Souza-Machado, Adelmir. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. III. Título.

CDU - 616.248



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **Avaliação da qualidade de vida em pacientes com asma grave**

**Agnes Neves Santos**

Professor orientador: **Adelmir Souza-Machado**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2013.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador - Bahia  
Setembro, 2013

**Monografia:** *Avaliação da qualidade de vida em pacientes com asma grave*, de Agnes Neves Santos.

Professor orientador: **Adelmir Souza-Machado**

### **COMISSÃO REVISORA**

- **Adelmir Souza-Machado** (Presidente), Professor adjunto do Departamento de Biomorfologia do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: \_\_\_\_\_

- **Francisco Hora de Oliveira Fontes**, Professor associado nível 3 do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: \_\_\_\_\_

- **Eduardo José Farias Borges dos Reis**, Professor adjunto nível 1 do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia

Assinatura: \_\_\_\_\_

- **Ângela Gomes de Vasconcelos**, Doutoranda do Curso de Doutorado do Programa de Pós graduação em Ciências da Saúde (PPgCS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:** Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no V Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

*"Se planejarmos para um ano, devemos plantar cereais.  
Se planejarmos para décadas, devemos plantar árvores.  
Se planejarmos para toda a vida, devemos educar o homem"*

*Kwantzu, China, século III a.C.*

Aos Meus Pais, **Antenógenes** e **Rosileide Santos**,  
*por todo amor e dedicação.*  
E às minhas irmãs, **Flávia** e **Isabelle Neves Santos**,  
*com toda alma e coração.*

## **EQUIPE**

- Agnes Neves Santos, estudante da graduação de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora integrante do ProAR. Endereço eletrônico: agnesneves19@yahoo.com.br.
- Adelmir Souza-Machado. Doutor em medicina. Professor adjunto do Departamento de Biomorfologia do Instituto de Ciências da Saúde. Coordenador do Programa para Controle da Asma na Bahia da Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA.
- Deisiane Lima Araújo. Enfermeira graduada pela Universidade Católica do Salvador. Enfermeira assistencial e pesquisadora do ProAR.
- Aline Caroline de Macêdo Vital. Fisioterapeuta formada pela Faculdade Integrada do Recife, especialista em fisioterapia intensiva. Fisioterapeuta integrante do ProAR.

## **INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
  - Programa para o Controle da Asma na Bahia (ProAR)

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

1. Programa de Apoio a Núcleos Emergentes (PRONEM FAPESB/CNPq)

## AGRADECIMENTOS

- Ao meu Professor orientador, Doutor **Adelmir Souza-Machado**, pelo incentivo à busca do conhecimento; pelo apoio e encorajamento contínuo na pesquisa e em cada etapa deste trabalho; pelo atendimento sempre tão gentil ao meu chamado; e, especialmente, pela confiança em mim depositada ao assumir a orientação.
- À Equipe multiprofissional do ProAR, pelo ensinamento diário, o apoio recebido, os momentos vividos e a experiência transmitida para minha academia e futura profissão. Vocês são exemplos de profissionais, seres humanos e colegas de trabalho.
- À Enfermeira **Deisiane Lima Araújo**, integrante da equipe de pesquisa, pelas orientações e contribuição importante na coleta de dados e construção do banco utilizado neste estudo.
- Aos pacientes, pelo seu respeito e paciência ao meu aprendizado, pela sua colaboração e incentivo ao meu aprimoramento técnico-científico. Talvez a minha ajuda tenha sido pequena diante da sua dor, mas ajudá-los significou aprendizados diários, construções constantes e a formação de uma médica melhor, diante da lição de amor e companheirismo vivido. Muito obrigada.
- À Doutoranda **Ana Carla Carvalho Coelho**, pela sua paciência de atender sempre aos meus chamados urgentes, pela solicitude de sanar as minhas dúvidas e compreensão de minhas angústias.
- Ao professor **José Tavares-Neto**, pelo seu empenho e compromisso com o eixo científico da Faculdade de Medicina da Bahia, e pela orientação e elaboração de materiais organizados e elucidativos que foram essenciais para a construção de tal trabalho.
- Aos meus amigos e companheiros de jornada que sempre estiveram diligentes em auxiliar na parte técnica dos instrumentos utilizados, nas dúvidas referentes a teoria, nas leituras e releituras para correção e formatação e, principalmente, no apoio emocional e nos incentivos nas horas de apreensão. Obrigada Diane Nunes, Eraldo Bispo, Emanuelle Viana, Erika Correia, Fernanda Oliveira, Flávia Santos, James dos Santos, Karine Carneiro, Mariana Macedo, Tainã Alves e Viviane Torres.
- À minha família, sem a qual, por razões óbvias, eu jamais seria capaz de realizar este trabalho. Obrigada pela compreensão, renúncias e todo suporte durante este processo. Obrigada pelo amor constante.
- À Deus, pelos obstáculos ultrapassados e vitórias alcançadas.



## ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS.....	2
I. RESUMO.....	3
II. OBJETIVOS.....	4
II.1. Objetivo geral.....	4
II.2. Objetivos específicos.....	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
III.1. Asma.....	5
III.2. Asma grave.....	5
III.3. Qualidade de vida.....	8
III.4. Qualidade de vida na asma.....	9
IV. METODOLOGIA.....	11
IV.1. Desenho do estudo.....	11
IV.2. População.....	11
IV.3. Critérios de inclusão e não inclusão.....	11
IV.4. Processo de entrevista e coleta de dados .....	12
IV.5. Análise estatística.....	13
IV.6. Aspectos éticos.....	14
V. RESULTADOS.....	15
VI. DISCUSSÃO.....	23
VII. CONCLUSÕES.....	27
VIII. SUMMARY.....	28
IX. REFERÊNCIAS.....	29
X. ANEXOS E APÊNDICES.....	34
ANEXO 1.....	34
ANEXO 2.....	36
ANEXO 3.....	39
ANEXO 4.....	41
APÊNDICE 1 .....	44

## ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

### QUADROS

**Quadro 1.** Classificação da gravidade da asma. Fonte: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2012) 6

**Quadro 2.** Níveis de controle do paciente com asma. Fonte: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2012) 7

### TABELAS

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013 15

**Tabela 2.** Características clínicas dos 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013 17

**Tabela 3.** Valores obtidos nos diferentes domínios do SF-36\* entre os 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013 19

**Tabela 4.** Medidas descritivas dos domínios do SF-36 e gênero entre os 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013 20

**Tabela 5.** Classificação do controle da asma pelo ACQ-6 dos 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013 20

**Tabela 6.** Caracterização dos grupos “controlado” e “não controlado” dos 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013 21

**Tabela 7.** Medidas descritivas dos domínios do SF-36 e controle da asma pelo ACQ-6 entre os 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013 21

## I. RESUMO

### AValiação DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM ASMA GRAVE

**Introdução:** A asma é uma doença crônica que pode causar consideráveis restrições físicas, emocionais e sociais, afetando a qualidade de vida (QV) do indivíduo. A asma persistente grave evolui com um pior prognóstico e elevadas taxas de mortalidade. A QV é uma medida de desfecho que avalia o impacto da doença na vida do paciente. **Objetivo:** Avaliar a QV nos pacientes com asma grave e caracterizar os domínios comprometidos, a associação com o controle da doença e com demais variáveis sociodemográficas e clínicas. **Metodologia:** estudo transversal de 108 pacientes acompanhados na Central de Referência do Programa para Controle da Asma na Bahia (ProAR), entre setembro de 2012 e março de 2013. Eles responderam três questionários, o sócio-biológico para identificação e caracterização do paciente; o SF-36 sobre qualidade de vida; e o ACQ-6 para análise do controle da asma. **Resultados:** foram avaliados 100 pacientes, a maioria do sexo feminino (82%), com média de idade de  $49,77 \pm 13,14$  anos, duração dos sintomas de asma de  $21,68 \pm 15,83$  anos com tratamento regular no ProAR há  $6,01 \pm 2,22$  anos, em média. Pela avaliação do SF-36, observou-se comprometimento da QV nos diferentes domínios – estado geral de saúde, capacidade funcional, desempenho físico, aspectos emocionais, aspectos sociais, dor, vitalidade e saúde mental – no paciente com asma grave. Os escores foram de 40,00 para o componente físico e de 56,98 para o mental, sendo a pontuação máxima 100. Os escores foram ainda menores para o sexo feminino nos domínios de saúde mental, dor e capacidade funcional; e para os pacientes com asma não controlada, em todos os domínios com diferença estatisticamente significativa ( $P < 0,05$ ). A avaliação do controle da asma pelo ACQ-6 mostrou que 33% dos pacientes obtiveram escores  $\geq 1,5$ , sendo classificados como não controlados. **Discussão:** A asma persistente grave está associada a reduzida qualidade de vida neste subgrupo de pacientes, afetando principalmente o desempenho físico e o estado geral de saúde. O sexo feminino apresenta menor QV que o masculino, decorrente principalmente do comprometimento do aspecto emocional. O controle da asma tem um efeito significativo sobre a QV em qualquer um dos domínios, os quais diminuem à medida que o controle da asma piora. Os pacientes com asma não controlada referem mais visitas às emergências, necessidade de uso de corticoide oral e absenteísmo. As internações hospitalares são um importante indicador de uma pior QV na asma grave.

**Palavras-chave:** Asma; Asma grave; Qualidade de vida; Controle da asma

## **II. OBJETIVOS**

### **II.1. Objetivo geral:**

Avaliar a qualidade de vida de pacientes com asma grave admitidos no Programa para controle da asma na Bahia (ProAR).

### **II.2. Objetivo específico:**

1. Caracterizar os domínios relacionados a qualidade de vida comprometidos em pacientes com asma grave.
2. Avaliar se existe associação entre os escores de qualidade de vida e controle da asma.
3. Avaliar associação entre os escores de qualidade de vida e idade, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, doenças associadas e índice de massa corpórea.

### III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### III.1. ASMA

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas que se apresenta com episódios recorrentes de tosse, dispneia, dor ou opressão torácica e sibilos, intimamente relacionados com a hiperresponsividade brônquica. Os sintomas ocorrem devido a obstrução ao fluxo aéreo intrapulmonar, sendo reversíveis espontaneamente ou através de tratamento (1). O início da doença pode ocorrer na infância, adolescência, fase adulta ou, em menor proporção, na terceira idade. A asma é uma doença multifatorial cuja interação entre fatores genéticos, exposição ambiental e alguns fatores específicos, como perda de fatores de proteção das vias aéreas, sensibilização alérgica, comorbidades desencadeantes, níveis elevados de IgE e eosinofilia, levam ao desenvolvimento e manutenção da sintomatologia (2).

A asma é reconhecida como um grave problema de saúde pública, apresentando importante impacto na saúde, sociedade e economia. Essa doença acomete cerca de 300 milhões de indivíduos (1) em todo o mundo e 20 milhões no Brasil(3), o que corresponde a aproximadamente 10% da população brasileira. Além disso, a asma é responsável por um elevado número de internações, visitas à emergência e absenteísmo, tanto no trabalho, quanto na escola. Segundo dados do DATASUS, em 2012 foram registradas 147.778 hospitalizações em todas as idades (4), correspondendo à quarta causa de internações.

A classificação da asma pode ser feita quanto a sua gravidade e em relação ao nível de controle do paciente com a asma. Quanto à gravidade, pode-se classificá-la em intermitente, persistente leve, moderada e grave. A asma persistente grave acomete 5% a 10% dos indivíduos asmáticos (2), porém, em tese, é a forma que mais afeta a qualidade de vida e a que apresenta maior morbimortalidade.

#### III.2. ASMA GRAVE

A asma persistente grave representa a minoria dos diagnósticos de asma, porém os pacientes acometidos por esta forma de doença evoluem com um pior prognóstico e apresentam elevada taxa de mortalidade (5). A classificação em asma grave deve ser realizada antes do início de qualquer tratamento e é baseada em alguns indicadores. É definida pela presença de pelo menos uma das seguintes características: sintomas diários, exacerbações frequentes, apresentação de asma noturna várias vezes por semana, limitação das atividades físicas, volume expiratório final no primeiro

segundo ( $VEF_1$ ) ou pico de fluxo expiratório (PFE) inferior ou igual a 60% do previsto ou variação do  $VEF_1$  ou PFE superior a 30% (1). Para que essa definição seja completamente entendida, é importante que se faça uma distinção entre os conceitos de asma grave e de controle da asma (6) para que não se confunda asma grave com asma de difícil controle.

A gravidade da doença é uma característica intrínseca, definida pelas alterações fisiopatológicas e funcionais. No caso da asma, a gravidade é representada pelo grau de obstrução das vias aéreas, pela clínica do doente e pelo nível de medicação, no caso o  $\beta_2$  agonista de curta duração utilizado nas crises, usada para manter um controle dos sintomas. Já o controle é definido como um estado transitório que sofre a influência de diversos outros fatores e que tem como base principal a clínica do paciente, ou seja, controle é a forma como as manifestações de uma doença são minimizadas (7). As principais diretrizes para o manejo da asma têm considerado o controle dos sintomas como o ponto chave para o manejo da doença, independente da gravidade (1, 2).

Os critérios para o diagnóstico e classificação quanto à gravidade e controle estão mostrados nos quadros a seguir (**Quadros 1 e 2**).

**Quadro 1.** Classificação da gravidade da asma.

	<b>Intermitente</b>	<b>Persistente leve</b>	<b>Persistente moderada</b>	<b>Persistente grave</b>
<b>Sintomas diurnos</b>	< 1 vez/semana	>1 vez/semana, mas não todo dia	Diários	Diários ou contínuos
<b>Sintomas noturnos</b>	< 2vezes/mês	> 2vezes/mês e < 1 vez/semana.	> 1 vez/semana	Frequentes
<b>Necessidade de beta-2 para alívio</b>	$\leq$ 1 vez/semana	$\leq$ 2vezes/semana	Diária	Diária
<b>VEF1 ou PFE (% previsto)</b>	$\geq$ 80%	$\geq$ 80%	60-80%	$\leq$ 60%
<b>Variação VEF1 ou PFE</b>	<20%	<20-30%	>30%	>30%

Fonte: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2012) (2)

**Quadro 2.** Níveis de controle do paciente com asma.

<b>Parâmetro</b>	<b>Asma Controlada (Todos os parâmetros abaixo)</b>	<b>Asma Parcialmente controlada (Um ou dois dos parâmetros abaixo)</b>	<b>Asma não controlada (Três ou mais dos parâmetros da asma parcialmente controlada)</b>
Sintomas diurnos	Nenhum ou $\leq$ 2/semana.	3 ou mais/semana	-
Limitações de atividades	Nenhuma	Qualquer	-
Sintomas/ despertares noturnos	Nenhum	Qualquer	-
Necessidade de medicação de alívio	Nenhuma ou $\leq$ 2 por semana	3 ou mais/semana	-
<b>VEF1 ou PFE</b>	Normal	3 ou mais/semana	-

Fonte: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2012) (2)

O controle da asma pode ser avaliado pelo Asthma Control Questionnaire (ACQ, Questionário de Controle da Asma) que é um instrumento validado no Brasil para medir o controle da asma em pacientes adultos. Os resultados dos estudos descrevem a capacidade desse questionário em classificar os pacientes que apresentam a asma controlada, dos que apresentam asma não controlada (8). Existente em 3 versões: ACQ-5, ACQ-6 E ACQ-7, as versões mais simples com 5 ou 6 questões, permanecem as mais utilizadas nas unidades de atenção básica ou atenção primária à saúde.

Além da relevância clínica da asma e da asma grave, há uma forte relevância econômica. Os pacientes com asma grave, em função dos sintomas e limitações mais importantes e das exacerbações mais frequentes, são os principais responsáveis pelas internações e absenteísmo (9). Além disso, são também os responsáveis por grande parte dos custos associados à asma. Economicamente, a asma

grave consome diretamente oito vezes mais que a asma intermitente e duas vezes mais que a asma moderada (10).

### III.3. QUALIDADE DE VIDA

O conceito saúde-doença tem se modificado ao longo dos anos. Atualmente, o conceito de saúde não se restringe à ausência de doença, mas sim a um componente da qualidade de vida (QV) do indivíduo. O conceito de QV é subjetivo e multidimensional, mencionado pela primeira vez na literatura na década de 30, agora vem ganhando espaço na sua relação com a saúde na literatura médica (11).

Não existe uma definição consensual sobre QV. Uma tentativa de definição bastante utilizada é a conceituação adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “[...] qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (12).

Outro conceito mais recente é a qualidade de vida em saúde, o qual engloba características específicas do estado de saúde. A qualidade de vida em saúde (QVS) é “[...] o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial”.(13,14)

Assim, a qualidade de vida tornou-se uma medida clínica e estatística, utilizada para avaliar o desfecho, tanto por médicos clínicos, como por pesquisadores, economistas, administradores e políticos (14). O desfecho avaliado é baseado no impacto físico, psicológico e social que as doenças trazem a esses pacientes, permitindo o conhecimento de como o mesmo vive com sua doença e como adaptou sua vida a ela. A busca do conhecimento e de medidas sobre QV, trata-se de um interesse multiprofissional ligado à avaliação e construção tanto das práticas assistenciais, quanto das políticas de saúde pública voltadas para a promoção de saúde e prevenção de doenças.

Para a compreensão da QV são necessários métodos de avaliação e/ou instrumentos simples e bem estruturados que utilizem a perspectiva do próprio paciente e não do profissional de saúde ou familiar. Diversos instrumentos são utilizados por entrevistadores ou auto-administráveis e visam à mensuração e comparação da QV, podendo ser divididos em dois grupos: genéricos e específicos (15).



Os instrumentos genéricos mais frequentemente utilizados em pesquisas e práticas clínicas são: *The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)*, *Nottingham Health Profile (NHP)*, Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100), *Sickness Impact Profile (SIP)*, *McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ)*, *Rand Health Insurance Study (Rand HIS)*, entre outros (16,17,18).

Os instrumentos de mensuração da QV classificados como genéricos têm a vantagem de não se prender apenas aos sintomas e disfunções que as doenças trazem aos pacientes, mas também analisar de maneira abrangente os aspectos além do estado de saúde (19). Eles tentam colocar em caráter quantitativo aspectos psicológicos, de relacionamento social, de percepção individual, ambientais e físicos, os quais direta ou indiretamente estão relacionados à doença e não poderiam ser aferidos em questionários específicos de QV.

#### III.4. QUALIDADE DE VIDA NA ASMA

A avaliação da qualidade de vida como parte do cuidado médico é particularmente importante em doenças crônicas, uma vez que as limitações ocasionadas por essas doenças são permanentes e exigem que o paciente adapte-se às novas condições geradas. Nas doenças crônicas, além dos fatores já mencionados, estão envolvidos os diferentes tratamentos utilizados nos diversos momentos, os ajustes necessários a respeito da introdução de novas terapias, as limitações terapêuticas e a inclusão de restrições para um novo modo de vida. Logo, a QV em pacientes com doenças crônicas extrapola o quesito de gravidade e toma uma noção polissêmica (12).

Para os pacientes com doença crônica, houve um inegável avanço da medicina, sobretudo em tratamentos capazes de prolongar a vida. Porém, esse aumento quantitativo não refletiu em um impacto qualitativo na vida desses pacientes, nem sempre apresentando a recuperação do estado físico, psíquico e social. Em relação à asma, a intervenção clínica era baseada no tratamento das crises e suas variações de intensidade através de medidas ambientais e drogas, no entanto não havia o ensejo de acalmar a ansiedade que a doença e suas restrições/mudanças traziam para a vida do paciente (10).

Há estudos que sugerem que pacientes portadores de asma grave apresentam uma pior qualidade de vida, mostrando que todos os domínios afetados tinham correlação significativa com a gravidade (20). Além disso, outros estudos mostram por meio da aplicação de questionários que 50% dos pacientes com asma têm alguma dificuldade para caminhar ou fazer atividades cotidianas; mais de

50% apresentam dificuldade para fazer exercícios físicos e aproximadamente 70% apresentam dificuldade para dormir (21).

Mas o que se coloca em questão é que a QV não é influenciada apenas pela gravidade da asma, pois mesmo pacientes com melhora de índices da função pulmonar, utilizando diversas estratégias de tratamento da doença de acordo com seus sintomas, ainda assim sentem-se bastante limitados (21). Então, nos pacientes com asma grave que representam o grupo de pior qualidade de vida, quais seriam os aspectos fundamentais para essa piora? Será que o controle da doença está diretamente relacionado a uma melhora da QV? Os aspectos psicológicos e sociais apresentam que impacto nesse contexto? Os aspectos físicos, que são os mais estudados, realmente são os mais relevantes?

A possibilidade de modificação da QV através da atuação da equipe multiprofissional e intervenção clínica é uma preocupação atual nos pacientes com asma. A ampliação do tratamento abrange, além da melhora funcional do órgão, a atuação nos prejuízos funcionais e psicossociais trazidos pela doença, o que representa uma mudança indiscutível no bem-estar do paciente (22). Mas, para que os profissionais possam atuar de maneira adequada, é necessário que se saiba quais são os principais aspectos que colaboram para a piora da QV desses pacientes, para que assim eles possam ser abordados de maneira mais eficaz.

## IV. METODOLOGIA

### IV.1. DESENHO DO ESTUDO

Estudo de corte transversal.

### IV.2. POPULAÇÃO

Amostra de conveniência. Foram selecionados 108 indivíduos com diagnóstico de asma grave, admitidos e acompanhados regularmente na Central de referência do Programa para Controle da Asma na Bahia (ProAR), no período de setembro de 2012 a março de 2013.

### IV.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE NÃO INCLUSÃO

#### IV.3.1 Critérios de inclusão:

- Diagnóstico de asma grave > 6 meses caracterizada pelo GINA 2012 (1)
- Idade entre 18 e 75 anos, indivíduos de ambos os sexos
- Indivíduos que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (**ANEXO 1**) informado para participar do estudo.

#### IV.3.2 Critérios de não inclusão:

- Pacientes com outras comorbidades pulmonares que não asma;
- Gestantes;
- Em uso de fármacos benzodiazepínicos, sedativos opióides e relaxantes musculares;
- Pacientes com déficit cognitivo;
- Pacientes com comorbidades sistêmicas graves não controladas tais como insuficiência cardíaca, doença coronariana, diabetes, hiper ou hipotireoidismo, doenças neurológicas e nefropatias;

- Pacientes que não desejaram participar do estudo.

#### IV.4. PROCESSO DE ENTREVISTA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Os pacientes foram abordados em seus dias de consulta na Central de Referência do Programa de Controle da Asma na Bahia (ProAR), nos quais o entrevistador previamente treinado esclareceu sobre a pesquisa e realizou a entrevista. As entrevistas foram realizadas em uma sala isolada e calma a fim de respeitar a privacidade do paciente. Foram explicados os objetivos da pesquisa e informado que a participação era voluntária tanto para o pesquisador quanto entrevistado; que o mesmo poderia desistir a qualquer momento caso tivesse vontade sem prejuízo algum; e que suas identidades seriam preservadas. Para os indivíduos iletrados ou com dificuldades para a leitura, o pesquisador leu pausadamente o documento e esclareceu as dúvidas. A coleta dos dados foi iniciada após a concordância do paciente em participar do estudo e a formalização, por escrito, da participação dos voluntários. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro, outubro e novembro de 2012, fevereiro e março de 2013.

A coleta de dados consiste de um questionário sócio-biológico para a identificação do paciente (**APÊNDICE 1**), com a finalidade de caracterizá-lo quanto ao gênero, à idade, estado civil, escolaridade, ocupação, religião, dados antropométricos e tempo de diagnóstico da asma, um questionário sobre qualidade de vida (SF-36) e um último questionário para a análise do controle da asma (ACQ-6).

Como instrumento para a avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36 (**ANEXO 2**), traduzido e validado no Brasil (23). O SF-36 é um questionário subjetivo, amplo e genérico que abrange tanto a saúde física, quanto a saúde mental do paciente. Consta de 36 questões e é dividido em oito domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As questões estão distribuídas entre os domínios da seguinte forma: Capacidade funcional (10 questões), abordando o desempenho de atividades diárias; aspectos físicos (4 questões), avaliando as limitações das atividades diárias e trabalho devido ao acometimento da saúde física; dor (2 questões), avaliando as limitações das atividades diárias e trabalho devido à dor; estado geral de saúde (5 questões), requerendo do paciente sua percepção subjetiva sobre o seu estado geral de saúde; vitalidade (4 questões), percepção subjetiva quanto à disposição; aspectos sociais (2 questões), analisando a interferência da saúde física e/ou

emocional nas atividades sociais; aspectos emocionais (3 questões), avaliando a interferência do estado emocional nas atividades diárias e/ou de trabalho; e, saúde mental (5 questões), abordando o humor e sensação de bem-estar. A avaliação é realizada utilizando o método dos pontos somados (método de likert), com valores que variam de 0 a 100 pontos, sendo que os maiores escores indicam melhor qualidade de vida. Os escores dos domínios são obtidos a partir das pontuações dos itens de cada domínio, também variando de 0 a 100 pontos (24).

O SF-36 é um questionário fechado, de fácil compreensão e administração e pode ser auto-aplicado ou aplicado por um entrevistador (25). Para evitar a liberdade de interpretação, o questionário foi aplicado por um entrevistador treinado, em uma sala reservada para tal atividade, e a entrevista foi conduzida sem a presença de um acompanhante para que respostas pessoais não sejam inibidas e/ou omitidas pela presença de outrem.

Como instrumento para análise do controle da asma, utilizou-se o Asthma Control Questionnaire com 6 questões – ACQ6 (**ANEXO 3**). As questões abrangem os sintomas (despertares noturnos, sintomas ao amanhecer, limitação das atividades diárias, intensidade da falta de ar e presença de chiado) e a necessidade de utilizar a medicação de resgate. As respostas às questões são dadas em uma escala de 7 pontos (0 = totalmente controlado, 6 = severamente descontrolada) e a pontuação global é a média das respostas (26). Estudos demonstraram que o ponto de corte para asma "bem controlada" e "não bem controlada" não é de 1,00 no ACQ6(27). A validação do ACQ na sua versão em português mostrou boa acurácia, responsividade e reprodutibilidade deste questionário, identificando o escore de 1,5 como melhor ponto de corte para identificar asma não controlada (8). Abaixo de 1,5 considera-se asma bem controlada e acima de 1,5, asma não controlada.

Após a realização dos três questionários, obtinha-se as medidas antropométricas – altura, peso e medidas de pescoço, tórax e abdome - do participante.

#### IV.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Utilizou-se estatística descritiva para a caracterização dos indivíduos. A análise das variáveis numéricas foi feita por meio de médias, medianas e medidas de dispersão; as variáveis categóricas foram expressas por meio de proporções. Para a comparação da Qualidade de Vida (QV) entre os diversos grupos, foram utilizados os testes não paramétricos: Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para amostras independentes. Foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças cujos

valores de  $p$  foram inferiores a 0,05. As informações coletadas foram alimentadas e analisadas em um banco software SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

#### IV.6. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa atende às exigências formais contidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com os seus quatro princípios básicos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Foi solicitada autorização prévia aos entrevistados, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, como já mencionado, sendo-lhe assegurado o sigilo de identidade, a possibilidade de se retirar do estudo e o direito a esclarecimento em qualquer momento, se assim desejarem.

Este estudo faz parte do projeto de mestrado da enfermeira Deisiane Lima Araújo ‘Qualidade do sono em pacientes com asma grave na Central de Referência do Programa para Controle da Asma na Bahia ( ProAR)’ que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/COM/UFBA-Maternidade Climério de Oliveira (parecer nº. 026/2011; Registro CEP:020/11) (**ANEXO 4**).

## V. RESULTADOS

Foram selecionados de forma consecutiva 108 asmáticos graves. Destes, 8 (7,4%) foram excluídos da análise: 3 tinham diabetes ou hipertensão não controlada, 1 estava em uso de sedativo opióide, 3 apresentaram déficit de memória (déficit cognitivo) e 1 não respondeu a um dos questionários.

### Caracterização da amostra

Dos 100 pacientes avaliados, 18 (18%) eram do sexo masculino e 82 (82%) do sexo feminino. A distribuição etária variou entre 25 e 75 anos, com idade média de  $49,77 \pm 13,14$  anos. Do total dos participantes, 37 (37,8%) tinham companheiro fixo, 43 (43,9%) eram solteiros, 12 (12,2%), viúvos e 6 (6,1%) divorciados. A maioria 52 (52%) era composta por católicos e evangélicos 39 (39%). Em relação ao grau de escolaridade verificou-se que 88,1% eram alfabetizados, a maioria lia algumas palavras e assinava o próprio nome, com tempo médio de anos estudo de  $10,65 \pm 4,93$  anos. Quanto à situação econômica, pouco mais da metade, 53 (53%), apresentava-se inativo em relação à atividade/ rotina de trabalho ou por desemprego ou aposentadoria; os demais eram em sua maioria, autônomos; 74 (74%) referiram renda inferior a dois salários mínimos. As características sociodemográficas dos pacientes estão representadas na **tabela 1**.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013

<b>Características</b>	
<b>Idade (média <math>\pm</math> dp)</b>	49,77 $\pm$ 13,14
<b>Sexo n(%)</b>	
Masculino	18 (18)
Feminino	82 (82)
<b>Estado Civil n(%)</b>	
Solteiro	43 (43,9)
Casado/União estável	37 (37,8)
Viúvo	12 (12,2)
Divorciado	6 (6,1)

Continua

**Tabela 1.** [Continuação]

<b>Religião n(%)</b>	
Católico	52 (52)
Evangélico	39 (39)
Testemunha de Jeová	4 (4)
Espírita	1 (1)
Outras	4 (4)
<b>Cor da pele n(%)</b>	
Branca	4 (4,3)
Preta	48 (51,1)
Parda	42 (44,7)
<b>Anos de estudo (média ± DP)</b>	10,65 ± 4,93
<b>Ocupação n(%)</b>	
Inativo	53 (53)
Ativo	47 (47)
<b>Renda média em reais (mediana ± <math>\sigma</math>)</b>	621,00 ± 66,06

O tempo médio de duração dos sintomas da asma foi de  $21,68 \pm 15,83$  anos. A maioria dos entrevistados, 56 (56%) tiveram o início da asma ainda na infância; nos demais, a idade de início dos sintomas variou entre 22 e 71 anos com média de  $42,39 \pm 16,92$  anos. 36 (36,4%) não apresentaram qualquer sintoma diurno na última semana, 15 (15,2%) apresentaram em 1 ou 2 dias e 32 (32,3%), em 3 ou mais dias da semana. Em relação aos sintomas noturnos, 52 (52,5%) pacientes não relataram nenhuma queixa no último mês, 15 (15,2%) relataram sintomas de 1 a 2 vezes ao mês e 32 (32,3%) apresentaram a queixa noturna 3 ou mais vezes, sendo que 4 (4,04%) relataram a presença diária desses sintomas. O tempo de acompanhamento no ProAR variou de oito meses a dez anos, com tempo médio de  $6,01 \pm 2,22$  anos, sendo que 22 (24,71%) apresentaram-se com 8 ou mais anos de acompanhamento.

Nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista, 12 (12%) pacientes precisaram ser atendidos na emergência devido aos sintomas da asma, 30 (30%) usaram corticoide oral e 9 (9,6%) faltaram suas atividades diárias, trabalho ou escola. Os fatores desencadeantes dos sintomas de asma mais frequentes foram poeira em 64% dos casos, fumaça em 58% e mofo em 50%; outros fatores não identificados no questionário, mas informados pelos entrevistados no campo 'outros' estão presentes



em 54% dos casos, dentre estes, produto de limpeza (53,7%), perfume (27,8%) e mudança climática (20,4%) apresentam maior frequência. Como doenças associadas, 89 (89%) apresentam rinite diagnosticada por um médico, 29 (29%), doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), 41 (41%), hipertensão e 8 (8%) diabetes. Entre outras doenças, 38 (38%) dos pacientes relataram algum outro diagnóstico, como mioma, hérnia e osteoporose. O índice de massa corporal (IMC) médio foi de  $29,33 \pm 5,74 \text{ kg/m}^2$  com variação de 15,93 a 52,10, com a maioria dos pacientes sendo classificados como sobrepeso. As características clínicas dos pacientes estão listadas na **tabela 2**.

**Tabela 2.** Características clínicas dos 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>Asma na infância</b>	56 (56)
<b>Frequência semanal dos sintomas diurnos da asma</b>	
0	36 (36,4)
1 ou 2	33 (33,3)
3 ou mais	30 (30,3)
<b>Frequência mensal dos sintomas noturnos da asma</b>	
0	52 (52,5)
1 ou 2	15 (15,2)
3 ou mais	32 (32,3)
<b>Atendimento na emergência nos últimos 30 dias</b>	12 (12)
<b>Uso de corticóide oral no último mês</b>	30 (30)
<b>Absenteísmo no último mês</b>	9 (9,6)
<b>Fatores desencadeantes</b>	
Poeira	64 (64)
Mofo	50 (50)
Pêlos de animais	29 (29)
Exercício	38 (38)
Fumaça	58 (58)
AINH*	15 (15)
Outros	54 (54)

**Tabela 2.** [Continuação]

<b>Doenças associadas</b>	
Rinite	89 (89)
DRGE**	29 (29)
Hipertensão arterial	41 (41)
Diabetes	8 (8)
Outras	38 (38)
<b>Índice de Massa Corpórea (IMC)</b>	
Baixo peso	1 (1,1)
Eutrófico	19 (21,3)
Sobrepeso	31 (34,8)
Obesidade grau I	28 (31,5)
Obesidade grau II	6 (6,7)
Obesidade grau III	4 (4,5)

\* AINH – antiinflamatório não hormonal; \*\* DRGE – doença do refluxo gastroesofágico

### Qualidade de vida

Na análise dos diferentes domínios da escala de qualidade de vida, o maior comprometimento ocorreu no “desempenho físico”, com média de  $40 \pm 42,04$  pontos, porém com uma variação de 0 (pior valor) a 100 (melhor valor), apresentando uma mediana de  $25 \pm 4,20$  (mediana  $\pm \sigma$ ), também o pior valor da análise. Os demais domínios, entretanto, também apresentaram valores ou qualidade de vida comprometida entre 56,27 e 67,90, índices também considerados baixos.

No domínio “estado geral de saúde” encontrou-se o segundo menor índice, com média de  $56,27 \pm 23,26$ . No domínio “capacidade funcional” que avalia a presença e extensão das limitações relacionadas à capacidade e atividade física, foi encontrada uma média de  $58,20 \pm 23,90$ . Ao avaliar o domínio “aspectos emocionais”, a média foi de  $56,68 \pm 42,76$ . Em “aspectos sociais”, a média foi de  $67,90 \pm 26,43$ , representando o maior escore dentre os demais domínios, com valor mínimo de 12,5 e valor máximo de 100 pontos. O valor médio de “dor” na escala de 0 a 100 foi de  $57,99 \pm 28,33$ . O domínio vitalidade, correspondente ao vigor, energia, esgotamento e cansaço apresentou média de  $57,60 \pm 25,13$ . E o domínio “saúde mental” apresentou o segundo melhor escore com uma

média de  $63,04 \pm 23,97$ , mediana de 64 e variação de 8 a 100. Os valores de todos os domínios com relação à média, desvio padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo estão listados na **tabela 3**.

**Tabela 3.** Valores obtidos nos diferentes domínios do SF-36\* entre os 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013

<b>Domínios</b>	<b>Média ± DP**</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Máximo</b>
<b>Estado Geral de Saúde</b>	56,27 ± 23,26	5	62,00	100
<b>Capacidade funcional</b>	58,20 ± 23,90	10	57,50	100
<b>Desempenho físico</b>	40,00 ± 42,04	0	25,00	100
<b>Aspectos emocionais</b>	56,68 ± 42,76	0	66,70	100
<b>Aspectos sociais</b>	67,90 ± 26,43	12,5	62,50	100
<b>Dor</b>	57,99 ± 28,33	0	51,00	100
<b>Vitalidade</b>	57,60 ± 25,13	0	55,00	100
<b>Saúde mental</b>	63,04 ± 23,97	8	64,00	100

\* Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36; \*\*DP – desvio padrão

Em relação à variável gênero, os homens apresentaram escores maiores nos domínios “capacidade funcional”, “aspectos sociais”, “dor”, “vitalidade” e “saúde mental”; já as mulheres apresentaram maior pontuação nos domínios referentes ao “estado geral de saúde” e “aspectos emocionais”. Dentre esses, houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) nos domínios de “capacidade funcional”, “vitalidade” e “saúde mental”, conferindo aos homens uma melhor qualidade de vida. **Tabela 4.**

Os domínios avaliados englobam o quesito 1 e os quesitos 3 a 11 do questionário SF-36, deixando para a questão 2 a avaliação comparativa da saúde em relação ao ano anterior. Quando indagados: “Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?”, 21 (21%) responderam muito melhor, 38 (38%) responderam um pouco melhor, 31 (31%), quase a mesma, 8 (8%), um pouco pior e 2 (2%), muito pior. Mais da metade dos pacientes, 59 (59%) consideraram que sua saúde melhorou e apenas 10 (10%) relatam uma piora no seu estado de saúde.

**Tabela 4.** Medidas descritivas dos domínios do SF-36 e gênero entre os 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013

Domínios	Masculino	Feminino	P*
	Média ± DP	Média ± DP	
<b>Estado Geral de Saúde</b>	54,33 ± 21,12	56,69 ± 22,49	0,840
<b>Capacidade funcional</b>	70,55 ± 25,25	55,48 ± 22,87	0,020**
<b>Desempenho físico</b>	29,16 ± 41,34	42,37 ± 42,07	0,171
<b>Aspectos emocionais</b>	53,72 ± 42,98	57,33 ± 42,95	0,780
<b>Aspectos sociais</b>	70,83 ± 25,72	67,25 ± 26,70	0,685
<b>Dor</b>	63,11 ± 27,23	56,86 ± 28,60	0,359
<b>Vitalidade</b>	70,27 ± 17,27	54,81 ± 25,80	0,021**
<b>Saúde mental</b>	75,33 ± 20,45	60,34 ± 23,95	0,013**

\* Teste Mann-Whitney;

\*\*  $p < 0,05$ .

#### Controle da asma

A avaliação do controle da asma foi realizada com a aplicação do questionário ACQ-6, onde 33 pacientes obtiveram escores  $ACQ \geq 1,5$  e foram classificados como não controlados. **Tabela 5.**

**Tabela 5.** Classificação do controle da asma pelo ACQ-6 dos 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013

Controle ACQ-6	n (%)
<b>Controlado</b>	67 (67)
<b>Não controlado</b>	33 (33)

Entre os pacientes com asma não controlada ( $ACQ \geq 1,5$ ), 11 (33,4%) apresentaram visitas à emergência, 22 (66,7%) usaram corticoide oral e 8 (24,2%) faltaram as suas atividades (trabalho ou escola) no mês que antecedeu a entrevista. Sendo que 91,66% das visitas à emergência, 73,33% do uso de corticoide oral e 88,88% do absenteísmo pertencem a esse grupo conforme **tabela 6.**

**Tabela 6.** Caracterização dos grupos “controlado” e “não controlado” dos 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013

		<b>Emergência</b>	<b>Uso de corticoide oral</b>	<b>Absenteísmo</b>
<b>Controle ACQ-6</b>	<b>n (%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>
<b>Controlado</b>	67 (67)	1 (8,33)	8 (26,66)	1 (11,11)
<b>Não controlado</b>	33 (33)	11 (91,66)	22 (73,33)	8 (88,88)

Em relação à qualidade de vida avaliada pelo SF-36 e controle da asma observou-se que o grupo asma não controlada obteve valores menores em todos os domínios quando comparados àqueles que se apresentavam com o controle dos sintomas da doença. Os dois grupos apresentaram maiores e menores escores nos mesmos domínios. O menor índice foi encontrado no item “capacidade funcional” com média de 52,61 para pacientes com asma bem controlada e 14,39 para aqueles com asma não controlada. Já o maior índice foi alcançado em “aspectos sociais” com média de 75,41 para controle e 52,65 para não controle da doença. Todos os domínios apresentaram diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). **Tabela 7.**

**Tabela 7.** Medidas descritivas dos domínios do SF-36 e controle da asma pelo ACQ-6 entre os 100 indivíduos com asma grave admitidos na central de referência do ProAR. Salvador, Bahia, Brasil. 2012-2013

<b>Domínios</b>	<b>Controlada</b>	<b>Não controlada</b>	<b>P*</b>
	<b>Média ± DP</b>	<b>Média ± DP</b>	
<b>Estado Geral de Saúde</b>	62,79 ± 21,00	43,03 ± 22,24	0,004**
<b>Capacidade funcional</b>	63,05 ± 22,22	48,33 ± 24,48	0,000**
<b>Desempenho físico</b>	52,61 ± 41,77	14,39 ± 29,33	0,001**
<b>Aspectos emocionais</b>	69,17 ± 37,73	31,32 ± 41,61	0,000**
<b>Aspectos sociais</b>	75,41 ± 25,00	52,65 ± 22,69	0,000**
<b>Dor</b>	64,35 ± 26,83	45,06 ± 27,21	0,000**
<b>Vitalidade</b>	64,55 ± 22,75	43,48 ± 24,05	0,000**
<b>Saúde mental</b>	69,67 ± 22,47	49,57 ± 21,37	0,000**

\* Teste Mann-Whitney;

\*\*  $p < 0,05$ .

A relação entre os domínios da qualidade de vida também foi analisada nos diferentes grupos seguindo as características sociodemográficas: idade, estado civil, religião, cor da pele e ocupação, e as características clínicas: asma na infância e obesidade. Pôde-se observar que os escores de QV diminuíram no grupo de pacientes que se apresentavam inativos ( $p=0,056$ ) e também apresentaram menores índices em pacientes com classificação no índice de massa corpórea (IMC) de sobrepeso e obesidade ( $p=0,061$ ), porém não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para essas análises.

## VI. DISCUSSÃO

Neste estudo foram observadas características sociodemográficas, clínicas, análise da qualidade de vida e do controle da asma em pacientes admitidos no ProAR.

O Programa para Controle da Asma na Bahia (ProAR) é um projeto que integra ensino, pesquisa e assistência vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA). Criado em 2003, tem como objetivo principal coordenar ações assistenciais e preventivas a pacientes portadores de asma brônquica e rinite alérgica no âmbito do SUS, assegurando assistência e o fornecimento de medicações gratuitas com regularidade. O programa tem como proposta a priorização para os casos de asma grave, em que a intervenção resulta em um maior custo-efetividade; e, controle integrado da asma e da rinite alérgica com base nos consensos nacionais de asma e rinite (33).

A análise das informações permite traçar um perfil do paciente com asma grave da amostra; são predominantemente mulheres, com proporção de 4,5:1 (mulheres:homens), de cor da pele autodeclarada negra, solteiros, com baixa renda mensal e baixa escolaridade e que clinicamente tiveram sintomas iniciados na infância, com longo período de duração da doença, em sua maioria associados à rinite e que se apresentam com sobrepeso. Essa caracterização sociodemográfica e clínica da amostra se assemelha à encontrada no ENFUMOSA (28) – um estudo multicêntrico europeu o qual demonstrou que no grupo de pacientes com asma grave, há um predomínio do sexo feminino (4,4:1) e  $IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$ . A amostra do presente trabalho não se afasta da caracterização da população do ProAR apresentada em outros estudos (8, 33).

Os questionários utilizados mostraram-se instrumentos adequados tanto na avaliação da qualidade de vida (SF-36) quanto na avaliação do controle da asma (ACQ-6). O SF-36 é um questionário de QV genérico que se correlaciona bem com questionários específicos de asma (29). Além disso, tem a vantagem de uma abordagem mais ampla, o que lhe proporciona um maior potencial para identificar aspectos inesperados ou efeitos ainda não questionados sobre a doença. Já o ACQ-6 é um questionário que realiza uma boa identificação da doença não controlada (8).

O conjunto de informações obtidas pelos valores entre os diversos domínios indica comprometimento em todos os níveis da qualidade de vida dos pacientes com asma grave. Essa redução em todos os domínios do SF-36, sugere que a asma conduz homens e mulheres a um

comprometimento global de suas vidas ao longo dos anos com a presença da doença. A pontuação representada pela média nos componentes físico e mental do SF-36 foi de, respectivamente, 40,00 e 56,98. Lobo (21) corrobora os resultados, evidenciando uma redução da QV nos pacientes com asma persistente grave quando comparados com asma persistente leve ou moderada e asma intermitente. Seu estudo observou uma diferença significativa ( $p < 0,0001$ ) entre os escores da QV nas diferentes classificações de gravidade da asma. Além disso, Bousquet et al. (20), em um estudo realizado em pacientes com asma e utilização do instrumento SF-36 encontraram a pontuação de 55,96 e 59,53 para os componentes físico e mental, assinalando uma QV reduzida, porém com escores maiores que o do presente estudo, confirmando um maior acometimento da QV em pacientes com asma grave. Os resultados apoiados pela literatura (20) também demonstraram um acometimento mais acentuado do estado físico do que mental desses pacientes. Embora haja uma relação já conhecida entre asma e fatores psicológicos, o impacto do sofrimento psicossocial sobre a saúde desses pacientes não está bem definido (30).

Ferreira et al. (31) também avaliaram a QV de pacientes com asma utilizando quatro questionários distintos, genéricos e específicos, e Gonzalez-Barcala et al. avaliaram utilizando o EQ-5D (32), este na Espanha e aquele em Portugal. Em seus estudos, notaram os mesmos resultados encontrados por este. A QV, já reduzida em pacientes com asma, é menor ainda em pacientes com asma grave.

Em relação aos domínios avaliados pelo questionário genérico SF-36, obteve-se os seguintes dados:

Os itens “Desempenho físico” que está relacionado à impossibilidade de realizar as tarefas diárias, andar e trabalhar, e “Estado geral de saúde” que evidencia a noção geral de doença apresentada pelos entrevistados representaram os menores escores, sendo também os mais atingidos nos estudos de Lobo (21) e Ferreira et al. (31) na mesma sequência. Já a análise de Gonzalez-Barcala et al. (32) apresentou como campo mais afetado a “Dor”, que fundamentado na intensidade, extensão e interferência no dia-a-dia, mensura a presença de sofrimento. Todos os estudos concordam que o item “Aspecto social”, o qual demonstra a integração do paciente em atividades sociais é o domínio menos atingido na avaliação da QV.

O item “Saúde mental” também se apresenta afetado, porém é muito difícil de ser avaliado exclusivamente pela interferência da doença, pois sofre a influência de eventos na vida do paciente que levam ao estresse, tais como brigas conjugais, dificuldades financeiras ou no trabalho, morte de



parentes ou amigos próximos e outros problemas familiares. Alguns autores (34-36) observaram uma pior qualidade de vida em pacientes asmáticos com ansiedade e/ou depressão, porém seria necessário outro questionário para avaliar de maneira fidedigna este aspecto.

A pergunta de caráter mais subjetivo, a qual não é contabilizada em nenhum dos domínios é o item de “Evolução do estado de saúde” que conforme os resultados, a maioria apresenta uma melhora na percepção do seu estado de saúde e sua evolução como muito melhor ou um pouco melhor. Como uma explicação provável, pode-se pensar na participação deste paciente a um programa de tratamento e acompanhamento, no qual recebe assistência médica especializada, assistência de enfermagem, acompanhamento psicológico e participação no programa de educação em asma, serviços, estes, disponibilizados pelo ProAR (33).

Em relação à variável gênero, houve diferença significativa na “Capacidade funcional”, “Vitalidade” e “Saúde mental” do SF-36. Esse resultado também foi observado no estudo de Lobo, no qual o sexo feminino obteve pior pontuação no domínio “Saúde mental” (21). Outro estudo condizente com este resultado foi o ECRHS II (37) que, também utilizando o SF-36, demonstrou que os homens apresentaram pontuações maiores, estatisticamente significantes, em quase todos os domínios desse instrumento. Quando avaliado o psicológico, as mulheres se mostram mais insatisfeitas e frustradas, apresentando uma menor capacidade de tolerarem doenças crônicas sem serem emocionalmente afetadas, o que influencia diretamente a QV (38).

O controle da asma, avaliado pelo ACQ6, tem um efeito significativo sobre a QV em qualquer um dos domínios. Os domínios dispostos pelo SF-36 diminuem à medida que o controle da asma piora. O bom controle da doença está relacionado a uma melhor QV, análise que está de acordo com os demais autores (29, 38), mesmo que estes não tenham utilizado o mesmo questionário, perguntas semelhantes foram realizadas sobre a relação entre controle da asma e a QV, revelando uma importante significância estatística. O controle da asma afeta diretamente a QV, pois aumenta as visitas à emergência, a necessidade de tratamento e cuidados médicos, o uso de corticoide oral e o absenteísmo. As internações hospitalares são um importante indicador de uma pior QV na asma (29).

Quanto à idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, doenças associadas e índice de massa corpórea, os resultados encontrados não foram estatisticamente significantes. Alguns outros estudos com poucos pacientes (39), com uma população de adultos jovens (40) e com uma população relativamente homogênea (41) também não encontraram associação entre idade, estado civil, escolaridade e renda e QV. O presente estudo observou uma diferença nos resultados da QV em

relação à ocupação, embora não seja estatisticamente significativa ( $p=0,056$ ), outros trabalhos têm achados que indicam que pacientes ativos têm uma melhor QV (28, 42). Outros estudos da literatura identificam que além do controle da doença e do gênero, o aumento da idade, menor escolaridade, comorbidades associadas, obesidade e pacientes que não permanecem ativos são fatores determinantes para uma pior qualidade de vida (32,38). Como a amostra estudada apresenta homogeneidade em alguns desses critérios, não houve diferença na análise desses fatores.

O paciente com asma grave, já apresenta por sua própria condição uma QV reduzida. É importante que a equipe multiprofissional que assiste esse paciente esteja atenta e preparada para auxiliar e tentar modificar outros fatores que também contribuem para uma pior QV, como o mau controle da doença e como demonstrado mais em mulheres, a saúde mental.

#### Limitações do estudo

1) Inclusão de pacientes de um único centro de referência garantindo uma maior homogeneidade da amostra em relação a população;

2) O tamanho da amostra relativamente pequeno para a realização de algumas associações;

3) Estudos transversais impedem a construção de relações de causalidade do estudo bem definidas, além de não avaliar a temporalidade, fator importante devido à sazonalidade dos sintomas da asma.

## VII. CONCLUSÕES

1. A asma persistente grave revelou estar associada à reduzida qualidade de vida (QV) neste subgrupo de pacientes.
2. Os domínios mais afetados na QV dos pacientes com asma grave referem-se à limitação física e ao estado geral de saúde.
3. O controle da asma foi a variável independente que mais se correlacionou com os escores de QV.
4. Pacientes do sexo feminino apresentam uma menor QV, principalmente relacionada aos quesitos: saúde mental, vitalidade e capacidade funcional.
5. Idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, doenças associadas e índice de massa corpórea não tiveram variação estatisticamente significantes nos escores de QV.

## VIII. SUMMARY

### LIFE QUALITY EVALUATION IN SEVERE ASTHMA PATIENTS

**Introduction:** Asthma is a chronic disease that may cause physical, emotional and social restrictions, highly affecting life quality. Severe persistent asthma evolves with worse prognosis and high mortality rates. Life quality (LQ) is an outcome measure that evaluates the disease impact on the patient's life. **Goal:** To evaluate LQ of patients with severe asthma and characterize the compromised domains, the association with the disease control and the other sociodemographic and clinical variables. **Methodology:** cross-sectional study with 108 patients treated at Central de Referência do Programa para Controle da Asma na Bahia (ProAR), between September of 2012 and March of 2013. They answered 3 questionnaires, the sociobiological for identification and characterization of the patient; the SF-36 related to life quality; and the ACQ-6 for analysis of asthma control. **Results:** 100 patients were evaluated, most females (82%), with age average  $49.77 \pm 13.14$ , asthma symptoms duration of  $21.68 \pm 15.83$  years and with regular treatment at PROAR for an average time of  $6.01 \pm 2.22$  years. According to the SF-36 evaluation, the different compromised domains of LQ in patients with severe asthma were general state of health, functional capacity, physical performance, emotional aspects, social aspects, pain, vitality and mental health. The scores were 40.00 for the physical component and 56.98 for the mental component, being the maximum score of 100. The scores were even lower for female patients in the mental health, pain and functional capacity domains, and for the patients with uncontrolled asthma in all domains with statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). The evaluation of asthma control by the ACQ-6 showed that 33% of the patients had scores  $\geq 1.5$ , being classified as uncontrolled. **Discussion:** Persistent severe asthma is associated with reduced life quality in the recently studied patient group, and it mainly affects their physical performance and general state of health. Female patients presented lower LQ in comparison to males, and it can be associated to their compromised emotional aspects. Asthma control has a significant effect in LQ in any compromised domain, especially those that are highly affected by the decrease of control. Patients with uncontrolled asthma refer more emergency visits, necessity of using oral corticosteroids and absenteeism. Hospitalization is an important indication of worse LQ in severe asthma.

**Key-words:** Asthma, Severe asthma, Life quality, Asthma control

## IX. REFERÊNCIAS

1. Global Initiative for Asthma – GINA [homepage on the Internet]. Bethesda: Global Initiative for Asthma. [cited 2011 Apr 1] Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2010. [Adobe Acrobat document, 119p.] Available from: [http://www.ginasthma.org/pdf/GINA\\_Report\\_2010.pdf](http://www.ginasthma.org/pdf/GINA_Report_2010.pdf)
2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - SBPT. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma 2012. J Bras Pneumol. 2012; 38 (Supl 1): S1-S46.
3. Solé D, Camelo-Nunes IC, Wandalsen GF, Pastorino AC, Jacob CM, Gonzalez C, et al. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema in Brazilian adolescents related to exposure to gaseous air pollutants and socioeconomic status. J Investig Allergol Clin Immunol. 2007;17(1):6-13.
4. Ministério da Saúde do Brasil. Departamento de Informática do SUS [homepage on the Internet]. Brasília: DATASUS [cited 2013 Mai 21] . Morbidade hospitalar do SUS – por local de internação – Brasil. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
5. Tarantino, Affonso Berardinelli. Doenças Pulmonares. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008; 937 p.
6. Schatz M, Mosen D, Apter AJ, Zeiger RS, Vollmer WM, Stibolt TB et al. Relationships among quality of life, severity, and control measures in asthma: an evaluation using factor analysis. J Allergy Clin Immunol. 2005; 115: 1049-55.
7. Vollmer WM. Assessment of asthma control and severity. Ann Allergy Asthma Immunol. 2004; 93: 409–14.
8. Leite M, Ponte EV, Petroni J, D’oliveira AJ, Pizzichini E, Cruz AA. Evaluation of the Asthma Control Questionnaire validated for use in Brazil. J Bras Pneumol. 2008;34(10):756-63
9. Fonseca AJ, Botelho C. Severe asthma: definition. Rev Bras Alerg Imunopatol. 2006; 29(2):70-6
10. Godard P, Chanez P, Siraudin L, Nicoloyannis N, Duru G. Costs of asthma are correlated with severity: a 1-yr prospective study. Eur Respir J. 2002; 19: 61-7

11. Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine – Introduction. *Soc Sci Med* 1995; 41:1337-8.
12. McSweeney A, Grant I, Heaton R. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch. Intern. Med.* 1982;142:473-8.
13. Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approches théoriques et. Méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Rev. Prevenir* 1997;33:77-86.
14. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000;5(1):7-18.
15. Campos MO, Rodrigues-Neto JF. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2008; 32(2): 232-40.
16. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med. Care* 1989;27:5217-32.
17. Katz JN, Larson MG, Phillips CB, Fossel AH, Liang MH. Comparative measurement sensitivity of short and longer health status instruments. *Med.Care* 1992;30:917-25.
18. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics* 2000;17:13-35.
19. Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Cris -CristophP. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Ps ychol* 1999; 67:320-31.
20. Bousquet J, Knani J, Dhivert H, Richard A, Chicoye A, Ware JE, Michel FB. Quality of life in asthma. Internal consistency and validity of the SF36 questionnaire. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149:371-5.
21. Lobo FA. Qualidade de vida dos doentes com asma. *Ver Port Clin Geral* 2006; 22:671-87.

22. Ramos-Cerqueira ATA, Crepaldi AL. Quality of life in chronic pulmonar diseases: conceptual and methodological aspects. *J Pneumol* 2000; 26(4):207-13.
23. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36-item short-form helth survey (SF-36)”.[tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP;1997.
24. Ware JE, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health survey: manual and Interpretation guide. Boston (MA): The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
25. Martinez, M. C. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. São Paulo/ Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.
26. Juniper EF, O’Byrne PM, Guyatt GH, Ferrie PJ, King DR. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *Eur Respir J.* 1999;14:902–7
27. Juniper EF, Bousquet J, Abetz L, Bateman ED, and The Goal Committee. Identifying ‘wellcontrolled’ and ‘not well-controlled’ asthma using the Asthma Control Questionnaire. *Respir Med* 2006; 100:616–21.
28. ENFUMOSA group. The ENFUMOSA cross-sectional European multicentre study of the clinical phenotype of chronic severe asthma. European Network for Understanding Mechanisms of Severe Asthma.*European Respiratory Journal* 2003, 22: 470-7,
29. Chen H, Gould MK, Blanc PD, Miller DP, Kamath TV, Lee JH, Sullivan SD, for the TENOR Study Group: Asthma crontrol, severity, and quality of life: quantifying the effect of uncontrolled disease. *J Allergy Clin Immunol* 2007, 120(2):396-402
30. Schmitz N, Wang J, Malla A, Lesage A: The impact of psychological distress on functional disability in asthma: results from the Canadian community health survey. *Psychosomatics* 2009, 50(1):42-9.
31. Ferreira LN, Brito U, Ferreira PL. Quality of life in asthma patients. *Rev Port Pneumol* 2010; XVI (1): 23-55

32. Gonzalez-Barcala et al. Factors associated with health-related quality of life in adults with asthma. A cross-sectional study. *Multidisciplinary Respiratory Medicine* 2012, 7:32
33. Ponte E, Souza-Machado A, Franco RA, Sarkis V, Shah K, Souza-Machado C et al. Programa de controle da asma e da rinite alérgica na Bahia (ProAR) – um modelo de integração entre assistência, ensino e pesquisa. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2004, 28(1): 124-32
34. Wang G, Zhou T, Wang L, Wang L, Fu JJ, Zhang HP, Ji YL: Relationship between current psychological symptoms and future risk of asthma outcomes: a 12-month prospective cohort study. *J Asthma* 2011 Dec, 48(10):1041–50.
35. Avallone KM, McLeish AC, Luberto CM, Bernstein JA: Anxiety sensitivity, asthma control, and quality of life in adults with asthma. *J Asthma* 2012 Feb, 49(1):57–62.
36. Lavoie KL, Bacon SL, Barone S, Cartier A, Ditto B, Labrecque M: What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both? *Chest* 2006, 130(4):1039–47.
37. Siroux V, Boudier A, Anto JM, et al: Quality-of-life and asthma-severity in general population asthmatics: results of the ECRHS II study. *Allergy* 2008,63(5):547–54.
38. Braido F, Baiardini I, Balestracci S, Ghiglione V, Stagi E, Ridolo E, Nathan R, Canonica GW: Does asthma control correlate with quality of life related to upper and lower airways? A real life study. *Allergy* 2009, 64(6):937–43.
39. Apter AJ, Reisine ST, Affleck G, Barrows E, ZuWallack RL: The influence of demographic and socioeconomic factors on health-related quality of life in asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1999, 103:72–8.
40. Erickson SR, Christian RD Jr, Kirking DM, Halman LJ: Relationship between patient and disease characteristics, and health-related quality of life in adults with asthma. *Respir Med* 2002, 96(6):450–60.
41. Hazell M, Frank T, Frank P: Health related quality of life in individuals with asthma related symptoms. *Respir Med* 2003, 97(11):1211–8.



42. Archea C, Yen IH, Chen H, Eisner MD, Katz PP, Masharani U, Yelin EH, Earnest G, Blanc PD: Negative life events and quality of life in adults with asthma. *Thorax* 2007, 62(2):139–46.

## X. ANEXOS E APÊNDICES

### ANEXO 1

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

---

##### “Qualidade do sono em pacientes portadores de Asma Grave”

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente deste estudo, que tem por objetivo estudar a qualidade do sono e de vida em asmáticos graves.

Você poderá sair desse estudo a qualquer momento, caso decida. O pesquisador não será remunerado para a realização desse estudo, assim como os participantes voluntários não receberão benefícios financeiros pela sua participação.

Neste estudo, você fará as consultas regulares, consulta médica, de enfermagem e na farmácia previstas para acompanhamento no Programa.

Para a realização desta pesquisa, enquanto agurada as consultas, solicitamos a sua autorização para aplicação de cinco questionários de entrevista. Caso concorde, serão questionados aspectos referentes às características sócio-demográficas que envolvem gênero, idade, estado civil, cor da pele, religião, nível de escolaridade, situação de trabalho, risco ocupacional para a exacerbação da asma, renda familiar, presença de co-morbidades, data de admissão no ProAR, idade que iniciou a asma, e as medicações de uso frequente. No segundo momento serão aplicados os questionários: Índice de qualidade de sono de Pittsburgh e Escala de sonolência de Epworth, para obtenção de informações referentes à qualidade do sono; Questionário genérico de qualidade de vida SF-36, para informações referentes à qualidade de vida; e o Questionário de controle da asma ACQ6.

Este estudo é importante pois sintomas noturnos são marcadores de controle inadequado da asma. Com agravamentos da qualidade de vida, aumenta-se o custo financeiro no tratamento da asma grave. As doenças crônicas podem ser agravadas por distúrbios respiratórios do sono. A partir da pesquisa poderemos determinar a relação entre índice de qualidade de sono e qualidade de vida e controle da asma, avaliar se existe associação da qualidade do sono e desempenho das atividades diárias e identificar a presença de outros fatores que poderão estar influenciando na qualidade do sono e de vida. Os participantes terão como vantagens, para aqueles que fizerem parte do grupo que apresentar uma qualidade do sono e/ou de vida comprometidas, um direcionamento específico para melhor controle da doença.

O Índice de qualidade de sono de Pittsburgh consta de 10 questões; a Escala de sonolência de Epworth consite de 8 questões-testes direcionadas a algumas situações cotidianas; o Questionário genérico de qualidade de vida SF-36 consta de 36 questões de respostas rápidas dividido em 8

domínios; e o Questionário de controle da asma ACQ6 é composto por 6 questões referentes aos sintomas de asma.

Serão preservadas em caráter confidencial todas as informações cedidas, assim como a identidade do participante, ficando sob nossa responsabilidade a privacidade do entrevistado e o sigilo das informações obtidas, usadas apenas para fins científicos, em cumprimento aos princípios éticos identificados na Resolução 196/96.

A sua participação nesse estudo é totalmente voluntária. Se você decidir participar, poderá a qualquer momento parar de responder às perguntas do estudo, sem ter que dá justificativa. Seu tratamento e acompanhamento no programa continuarão assegurados seja qual for a sua decisão.

Com base no texto descrito acima, concordo em participar do estudo.

---

Deisiane Lima Araújo  
(Pesquisadora)

---

Adelmir Souza-Machado  
(Orientador)

---

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, mediante o acordo firmado, dou meu consentimento a Deisiane Lima Araújo (pesquisadora do ProAR), na garantia de ter a minha identidade preservada e mesmo após assinar o termo de consentimento posso desistir sem nenhuma penalidade.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

---

Entrevistado (a)

Qualquer dúvida ou complicação que me ocorra no transcurso deste estudo, eu poderei contatar com a pesquisadora responsável Enfermeira Deisiane Lima Araújo pelo telefone (71) 4113-1735 e orientador Dr. Adelmir Souza-Machado pelo telefone (71) 3321-8467 ou o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira – CEP/COM/UFBA, pelo telefone (71) 3203-2740.

## ANEXO 2

## VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhum	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou	1	2	3	4	5	6

tranquilo?						
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## ANEXO 3

**QUESTIONÁRIO DE CONTROLE DA ASMA - ASTHMA CONTROL QUESTIONNAIRE  
(ACQ 6)****QUESTIONÁRIO SOBRE CONTROLE DE ASMA (ACQ)  
(PORTUGUESE VERSION FOR BRAZIL)**

Por favor, responda as questões de 1 a 6:

Circule o número da resposta que melhor descreve como você tem estado durante os últimos sete dias:

**1. Em média, durante os últimos sete dias, o quão frequentemente você se acordou, por causa de sua asma, durante a noite?**

- 0 Nunca
- 1 Quase nunca
- 2 Poucas vezes
- 3 Várias vezes
- 4 Muitas vezes
- 5 Muitíssimas vezes
- 6 Incapaz de dormir devido a asma

**2. Em média, durante os últimos sete dias, o quão ruins foram os seus sintomas da asma, quando você se acordou pela manhã?**

- 0 Sem sintomas
- 1 Sintomas muito leves
- 2 Sintomas leves
- 3 Sintomas moderados
- 4 Sintomas um tanto graves
- 5 Sintomas graves
- 6 Sintomas muito graves

**3. De um modo geral, durante os últimos sete dias, o quão limitado você tem estado em suas atividades por causa de sua asma?**

- 0 Nada limitado
- 1 Muito pouco limitado
- 2 Pouco limitado
- 3 Moderadamente limitado
- 4 Muito limitado
- 5 Extremamente limitado
- 6 Totalmente limitado

**4. De um modo geral, durante os últimos sete dias, o quanto de falta de ar você teve por causa de sua asma?**

- 0 Nenhuma
- 1 Muito pouca
- 2 Alguma
- 3 Moderada
- 4 Bastante
- 5 Muita

6 MUITÍSSIMA

**5. De um modo geral, durante os últimos sete dias, quanto tempo você teve chiado?**

0 Nunca

1 Quase nunca

2 Pouco tempo

3 Algum tempo

4 Bastante tempo

5 Quase sempre

6 Sempre

**6. Em média, durante os últimos sete dias, quantos jatos/inalações de sua bombinha de broncodilatador de curta-ação (ex: Aerolin/Bricanyl) você usou por dia?**

(\* Se você não tiver certeza em como responder esta questão, por favor, solicite auxílio)

0 Nenhum(a)

1 1 - 2 bombadas/inalações na maioria dos dias

2 3 - 4 bombadas/inalações na maioria dos dias

3 5 - 8 bombadas/inalações na maioria dos dias


4 9 - 12 bombadas/inalações na maioria dos dias

5 13 - 16 bombadas/inalações na maioria dos dias

6 Mais que 16 bombadas/inalações na maioria dos dias



## ANEXO 4



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA**  
**MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
 IORG0003460. IRB00004123 June 30, 2012 – January 31, 2014  
 Assurance FWA00002471, May 31, 2011 – February 08, 2014

Rua do Limoeiro, nº 137 – Nazaré Cep: 40.005-150 – Salvador-Bahia  
 Telefax.: (71) 3283-9210/9211 e-mail: [cepmco@ufba.br](mailto:cepmco@ufba.br)/[cepmco@gmail.com](mailto:cepmco@gmail.com)

### PARECER/RESOLUÇÃO N.º 026/2011

Registro CEP: 020/11 (Este número, bem como o do Parecer acima, devem ser citados nas correspondências referentes a este projeto).

**Título do Projeto:** “Qualidade do Sono em Pacientes Portadores de Asma Grave”

**Patrocínio/Financiamento:** Patrocínio da FAPESB, compatível.

**Pesquisador Responsável:** Deisiane Lima Araújo, graduada em enfermagem orientada por **Adelmir de Souza Machado**, E outros “Curricula Vitae” anexos compatíveis.

**Instituição:** **Maternidade Climério de Oliveira**, Salvador/Bahia. Riscada, sem assinatura do diretor.

**Área do Conhecimento:** 4.00, Ciências da Saúde; 4.04, enfermagem; Nível Prevenção; Grupo III.

**Objetivos: Geral:** Estudar a qualidade do sono em asmáticos graves acompanhados na Central de Referência do ProAR; **Objetivos Específicos.** Determinar a relação entre índice de qualidade do sono e o controle da asma; Avaliar se existe associação entre qualidade do sono e desempenho das atividades gerais; Identificar os fatores associados à qualidade de sono em asmáticos graves.

**Sumário:** A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas caracterizada por hiper-reatividade brônquica e limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou através de tratamento. Clinicamente se manifesta por episódios recorrentes de dispnéia, sibilância, desconforto torácico e tosse. O sono é uma necessidade básica primordial para uma vida saudável. Pacientes com doenças respiratórias crônicas apresentam prejuízo na qualidade do sono, o que acarreta na redução da qualidade de vida. As crises de asma ocorrem frequentemente à noite, de maneira que há queixas frequentes por parte dos pacientes de perturbação do sono.

Estudo de corte-transversal, descritivo formado por uma amostra sistemática de 300 indivíduos, enquanto aguardam as consultas os pacientes serão abordados pelo entrevistador, (profissionais de saúde e estudantes da área de saúde devidamente treinados) agrupados e convidados a participar da entrevista. Àqueles pacientes que concordarem participar do estudo, será avaliado quanto aos critérios de inclusão. Um questionário com dados sócio-demográficos será aplicado inicialmente aos pacientes. Em seguida serão aplicadas escalas para avaliação da qualidade do sono (escala de sonolência de Epworth e índice de qualidade do sono de Pittsburgh). O questionário ACQ com cinco quesitos será aplicado durante a consulta clínica pelo médico assistente, e os dados recuperados pelas pesquisadoras.



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA**  
**MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
IORG0003460. IRB00004123 June 30, 2012 – January 31, 2014  
Assurance FWA00002471, May 31, 2011 – February 08, 2014

Rua do Limoeiro, nº 137 – Nazaré Cep: 40.005-150 – Salvador-Bahia  
Telefax.: (71) 3283-9210/9211 e-mail: cepmco@ufba.br/cepmco@gmail.com

**Critérios de Inclusão:** Pacientes com diagnóstico de Asma Grave, de ambos os sexos, com idade entre 18 a 75 anos. **Critérios de Exclusão:** os portadores de deficiência cognitiva, doenças cardiovasculares e debilitantes graves, doença psiquiátrica grave, em uso de fármacos benzodiazepínicos, sedativos opióides e relaxantes musculares.

**Análise de riscos:** Riscos mínimo de coleta de informação de pacientes em questionários.

**Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade:** A comunidade pode se beneficiar com as informações coletadas, não há benefícios para os sujeitos.

**Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido (TCLE):** Utiliza termos simples para tal população, explicar melhor como será feita a coleta da assinatura do paciente e/ou acompanhantes. Contém justificativa, descreve os objetivos, procedimentos, riscos, benefícios. Está clara a participação voluntária e a retirada de dúvidas. A confidencialidade das informações colhidas e privacidade dos dados, durante e após o protocolo estão asseguradas. O endereço e telefone ou forma de contatar os investigadores estão descritos adequadamente. O Comitê de Ética em Pesquisa está citado.

**Comentários:** O protocolo está bem argumentado, seus fins são éticos e o conhecimento advindo pode trazer benefícios à comunidade. Os métodos estão claros, os objetivos são explícitos. **Protocolo Aprovado.**

Salvador, 27 de Julho de 2011.

Professor, Doutor Eduardo Martins  
Cordenador – CEP/MCO/UFBA

**Observações importantes.** Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste (a) ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução e nas “Recomendações Adicionais” apenas, **bem como a impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação**, (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA**  
**MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
IORG0003460. IRB00004123 June 30, 2012 – January 31, 2014  
Assurance FWA00002471, May 31, 2011 – February 08, 2014

Rua do Limoeiro, nº 137 – Nazaré Cep: 40.005-150 – Salvador-Bahia  
Telefax.: (71) 3283-9210/9211 e-mail: [cepmco@ufba.br](mailto:cepmco@ufba.br)/[cepmco@gmail.com](mailto:cepmco@gmail.com)

## PARECER/RESOLUÇÃO ADITIVA N.º 093/2012

Para análise e deliberação deste Institucional a Enfermeira, Deisiane Lima Araújo, Pesquisadora Responsável pelo **Projeto de Pesquisa: “Qualidade do Sono em Pacientes Portadores de Asma Grave”**, aprovado por este Colegiado pelo Parecer: N.º 026/2011 de 27 de Julho de 2011, encaminhou, em 03 de Dezembro de 2012, a **“Emenda, datada de 03 de dezembro de 2012”**.

Inexistindo na referida proposição conflito administrativo, processual e ético que contra-indique a conseqüente continuidade da pesquisa, fica a mesma **aprovada**.

Salvador, 04 de Dezembro de 2012.

Professor, Doutor, Eduardo Martins Netto  
Coordenador - CEP/MCO/UFBA

**Observação importante.** Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução Aditiva e nas “Recomendações Adicionais” apensa, **bem como a impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação**, (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).

**APÊNDICE 1****FORMULÁRIO DAS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-BIOLÓGICO****IDENTIFICAÇÃO E DADOS DEMOGRÁFICOS:**Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Estado Civil:

 Solteiro(a)  Casado(a)/União Estável  Viúvo(a)  Divorciado

Cor da pele: \_\_\_\_\_

Religião:

 Católico  Evangélico  Ateu  Testemunha de Jeová  Espiritismo outro(a): \_\_\_\_\_

Tempo de Estudo em anos \_\_\_\_\_

Situação de trabalho:  Inativo  ativo

Se ativo qual a ocupação? \_\_\_\_\_

Renda Familiar: Qual valor mensal \_\_\_\_\_

Número de pessoas ativa: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

Presença de comorbidades:

 Rinite  Doença do Refluxo Gastro Esofágico  Diabetes  Hipertensão Ansiedade  Depressão  Tireoíde  Insuficiência Cardíaca  Asma na Infância 

Tuberculose

outro(a): \_\_\_\_\_

Faz o uso regular de outra medicação: Sim ( ) Não ( )

Em caso de sim

quais? \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico:

Asma grave controlada	Asma grave parcialmente controlada	Asma grave não controlada
-----------------------	------------------------------------	---------------------------

## HISTÓRIA CLÍNICA

Data de admissão no ProAR: \_\_\_\_\_

Idade de Início da asma \_\_\_\_\_

Você foi à emergência nos últimos 30 dias devido à asma? ( ) sim ( ) Não

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Frequência semanal dos sintomas diurnos \_\_\_\_\_

Frequência mensal Sintomas noturnos \_\_\_\_\_

Fatores desencadeantes:

Poeira	Mofo	Pêlos	Exercício	Fumaça	AINH	Outros
--------	------	-------	-----------	--------	------	--------

Uso de corticóide oral no último mês: \_\_\_\_\_

Ausência do trabalho /escola no último mês: \_\_\_\_\_

## HÁBITOS DE VIDA:

Tabagismo: Nº cigarros/Dia: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ anos

( ) Nunca ( ) Atual ( ) EX-tabagista

Exposição ocupacional: não ( ) sim( ) qual? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTE FAMILIAR:**

Historia de asma na família: ( ) Sim ( ) Não

**MEDICAMENTOS DA ASMA**

Beclometasona, 250 mcg, spray 200d Inalação(ões) de _____hs
Beclometasona, 400mcg, pó para inalação- 100d Inalação(ões) de _____hs
Beclometasona Spray nasal-200d Jatos em cada narina de _____hs
Budesonida spray 200mcg-100d Inalação(ões) de _____hs
Formoterol 6 mcg+ Budesonida 200mcg-60d Inalação(ões) de _____hs
Formoterol 12mcg+Budesonida 400mcg-60d Inalação(ões) de _____hs
Fenoterol, 0,1 mg, aerossol-200d Puffs de _____hs, se necessário
Salmeterol500mcg+ fluticasona 250mcg-60d Inalação(ões) de _____hs
Salmeterol 50mcg+ fluticasona 500mcg-60d Inalação(ões) de _____hs

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS:**

Altura:	Peso:	IMC:
Medida do pescoço:	Medida do tórax:	Medida do abdome: