

# **AValiação da Qualidade de Vida em Crianças Asmáticas na Faixa Etária de 7 a 10 Anos através do Questionário SF-36**

Gláucia Golono Salvador<sup>1</sup>, Prof<sup>a</sup>. Ms. Heloísa Lopes Borges Basto<sup>2</sup>, Prof<sup>a</sup>. Esp. Juliana Gomes Zabatiero<sup>2</sup>

## **RESUMO**

Mesmo havendo recursos para o controle adequado da asma, a prática mostra que essa doença ainda impõe limitações ao cotidiano do doente. Ela interfere no lazer, no trabalho, motiva atendimentos repetidos em prontos-socorros e em ambulatórios, provoca hospitalizações e pode levar a morte. Determina-se a qualidade de vida através de percepções individuais de posição na vida, no contexto da cultura, em sistemas de valores onde se vive, na relação dos ideais. A qualidade de vida se altera em resposta à doença.

Palavras – Chaves: asma, qualidade de vida, fisioterapia, crianças.

## **ABSTRACT**

Even with adequate resources for the control of asthma, the practice shows that this disease still imposes limitations on the patient's daily life. It interferes with leisure, work, motivates repeated attendances at emergency departments and outpatient clinics, hospital admissions and causes can lead to death. Determine the quality of life through individual perceptions of position in life in the context of culture, value systems in which one lives, the relationship ideals. Quality of life changes in response to disease.

Keywords: asthma, quality of life, physical therapy, children.

<sup>1</sup>Aluna do curso de Fisioterapia do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL  
[glauciasalvador@pop.com.br](mailto:glauciasalvador@pop.com.br)

<sup>2</sup> Docentes do curso de Fisioterapia do Instituto de Ensino Superior de Londrina - INESUL

## INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias se caracterizam por apresentarem entre outras particularidades os seguintes sintomas: tosse, espirros, obstrução nasal, prurido, coriza, dispnéia e hipersecreção brônquica (TELDESCHI; SANT'ANNA; AIRES, 2002).

A asma é uma das principais doenças respiratórias que apresentaram aumento na incidência nos últimos anos, sendo definida como uma doença inflamatória crônica que tem como característica a hiperresponsividade das vias aéreas inferiores através da limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento (III CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA, 2002).

Os fatores de risco mais importantes com relação à asma relacionam-se ao meio ou às características individuais, fatores familiares e genéticos, atopia, hiperreatividade brônquica e sexo masculino (CAMELO-NUNES; SOLÉ; NASPITZ, 1997).

A hipertrofia ocorre nos músculos lisos da parede bronquial e conseqüentemente há inflamação da mucosa, levando a produção de muco espesso. Tais mudanças causam obstrução da via aérea podendo tornar-se crônica (PARKER; PRASAD, 2002).

Segundo Fritscher (2001) para identificar a asma, podem ser realizados dois tipos de diagnósticos, o clínico e o funcional. O diagnóstico clínico baseia-se nas seguintes: dispnéia, tosse crônica, sibilância, aperto no peito e/ou desconforto torácico em especial a noite ou de madrugada, sintomas episódicos, melhora espontânea ou através do uso de medicação específica para o tratamento da asma (broncodilatadores e antiinflamatórios esteróides) e exclusão de diagnósticos alternativos.

Já o diagnóstico funcional baseia-se através da espirometria e quando este teste não tiver alterações realiza-se então outros, ou seja, teste de broncoprovocação através de agentes broncoconstritores, medidas do Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (VEF<sub>1</sub>) antes e após exercícios físicos e medidas seriadas do Pico do Fluxo Expiratório (PFE) (FRITSCHER, 2001).

Segundo Tegen (2005) a sintomatologia mais característica da asma é: dispnéia, sibilos, tosse e sensação de "aperto no peito". Os sintomas, em alguns casos, aparecem exclusivamente quando o indivíduo faz algum exercício físico ou até mesmo quando ri muito.

Após o diagnóstico, a asma pode ser classificada de acordo com sua gravidade, ou seja, asma intermitente, asma persistente leve, asma persistente moderada e asma persistente grave (III CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA, 2002).

A terapia medicamentosa dá suporte ao tratamento da asma, entretanto, ressalta-se

a necessidade de que o tratamento da enfermidade seja regular e não somente durante as crises, dessa forma, o uso de broncodilatadores e corticóides, diminuem o broncoespasmo além de serem potentes antiinflamatórios (PARKER; PRASAD, 2002).

Segundo Fiks et al. (2009) frente a um diagnóstico da asma, a determinação da sua gravidade é primordial para que se trace um plano de manejo adequado para o tratamento da doença. Desse modo, os corticosteróides em particular os administrados por via inalatória, são a terapia medicamentosa mais efetiva para asma quando associados com o uso dos  $\beta_2$ -agonistas.

Mesmo havendo recursos para o controle adequado da asma, a prática mostra que essa doença ainda impõe limitações ao cotidiano do doente. Ela interfere no lazer, no trabalho, motiva atendimentos repetidos em prontos-socorros e em ambulatórios, provoca hospitalizações e pode levar a morte (CAMPOS, 2004).

Determina-se a qualidade de vida através de percepções individuais de posição na vida, no contexto da cultura, em sistemas de valores onde se vive, na relação dos ideais. A qualidade de vida se altera em resposta à doença (REZENDE et al., 2008).

Sabe-se que para avaliar a qualidade de vida utiliza-se basicamente instrumentos e questionários, nesse sentido o SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey) além de ser um instrumento de fácil compreensão não é tão extenso como os outros instrumentos usados para se avaliar a qualidade de vida e também está traduzido para a língua portuguesa (CICONELLI et al., 1999).

Justifica-se o presente estudo em crianças asmáticas uma vez que a doença causa impacto na vida dos menores e conseqüentemente altera e/ou diminui a sua qualidade de vida e segundo Rezende et al. (2008) há carência de trabalhos nesse sentido.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo transversal e descritivo, no qual foram incluídas crianças na faixa etária de 7 a 10 anos, com diagnóstico de asma, de ambos os sexos que foram atendidas na Clínica de Fisioterapia da Faculdade Integrado Inesul.

A realização do estudo ocorreu no período de julho a outubro do ano de 2009, por meio da aplicação de um questionário complementar, com características demográficas, tais como, idade, altura, doenças associadas, antecedentes familiares, sintomas respiratórios (dispnéia, sibilos, tosse, sensação de aperto no peito), fatores que desencadeiam a crise asmática, hospitalizações devido à crise asmática, uso de medicações e a prática de atividade física regular.

Utilizou-se também o questionário SF-36 para avaliação da qualidade de vida das crianças asmáticas, por ser um instrumento de fácil administração e compreensão.

## RESULTADOS

Foram entrevistadas sete crianças, de ambos os sexos, com idade entre sete a dez anos. Na amostra, 85,7% eram meninos e 14,3% eram meninas, sendo que a média de idade das crianças foi de 8,6 anos ( $\pm 1,27$  anos) e a média do IMC foi de 19 Kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 2,05$  Kg/m<sup>2</sup>).

Das sete crianças, uma (14,3%) apresentou como doença associada à asma a obesidade; quatro (57,1%) rinite alérgica; uma (14,3%) alergia tópica e uma (14,3%) não apresentou nenhuma doença associada. Em relação a antecedentes familiares três crianças (42,8%) relataram ter casos de asma na família e quatro (57,2%) relataram não ter casos de asma na família.

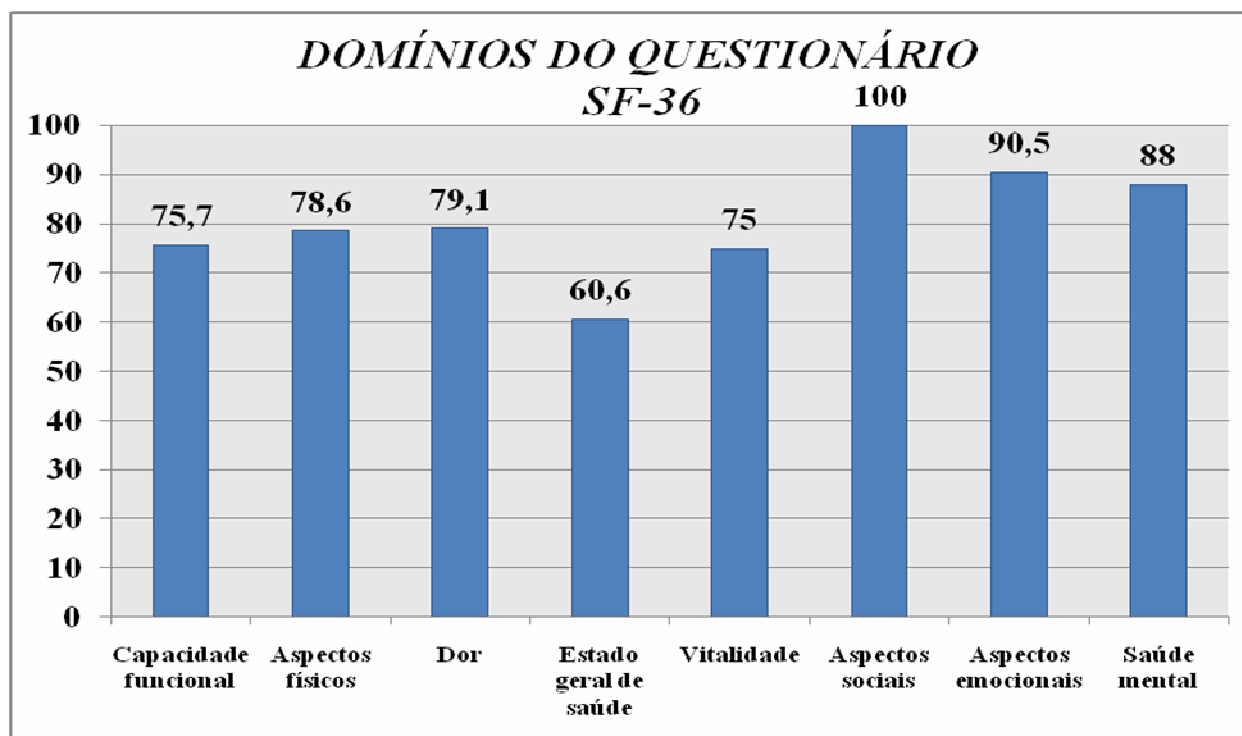
Foi observado que entre as sete crianças, duas (28,6%) relataram ter dispnéia aos pequenos esforços; duas (28,6%) aos moderados esforços; duas (28,6%) aos grandes esforços e uma (14,3%) relatou não apresentar dispnéia. Em relação aos sibilos, das sete crianças, seis (85,7%) relataram ter sibilos somente durante a crise asmática e uma (14,3%) relatou ter sibilos no período noturno. Quanto à tosse, entre as sete crianças, uma (14,3%) relatou a presença de tosse durante o dia; três (42,8%) durante a noite; uma (14,3%) no período diurno e noturno e duas (28,6%) relataram não apresentar tosse. Já nos casos de aperto no peito, das sete crianças, duas (28,6%) relataram ter a sensação de aperto no peito e cinco (71,4%) relataram não ter a sensação de aperto no peito.

Ao relacionar os fatores desencadeantes, da crise asmática, sete crianças (100%) relataram a poeira/pólen; cinco (71,4%) pêlos de animais; cinco (71,4%) fumaça/odores; duas (28,6%) atividade física; uma (14,3%) emocional; uma (14,3%) clima frio, uma (14,3%) alimentos e duas (28,6%) gripes e resfriados.

Quando questionadas as sete crianças em relação a hospitalizações, cinco (71,4%) relataram ter sido hospitalizadas devido à crise asmática. Com base no que foi relatado sobre o uso de medicações, cinco (71,4%) relataram usar broncodilatadores; duas (28,6%) corticóides; uma (14,3%) anti-histamínico e uma (14,3%) broncodilatador e corticóide. E em relação à prática de atividade física, seis crianças (85,7%) relataram praticar algum tipo de atividade.

As médias da pontuação por domínios do Questionário SF-36 estão demonstradas no gráfico 1, onde o escore da Capacidade Funcional foi 75,7; Aspectos Físicos 78,6; Dor 79,1; Estado Geral de Saúde 60,6; Vitalidade 75; Aspectos Sociais 100; Aspectos

Emocionais 90,5 e Saúde Mental 88.



**Gráfico 1.** Médias da pontuação por domínios do Questionário SF-36.

A questão número dois do questionário SF-36 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado há um ano atrás. Sendo assim, das sete crianças, duas (28,6%) classificaram a saúde em geral muito melhor agora do que ao período especificado; uma (14,3%) um pouco melhor agora; uma (14,3%) quase a mesma; duas (28,6%) um pouco pior agora e uma (14,3%) muito pior agora.

## DISCUSSÃO

Na amostra estudada a prevalência em meninos é de 85,7%, que vai de acordo com diversos estudos sobre a faixa etária de 7 a 10 anos (TELDESCHI; SANT'ANNA; AIRES 2002; AMORIN, DANELUZZI 2001; ROSA et al. 2009).

Em relação à rinite alérgica percebeu-se que 57,1% dos entrevistados a possuem. Salienta-se que mesmo considerada uma condição de obstrução ao fluxo aéreo reversível a asma pode evidenciar em seus portadores uma obstrução de via aérea residual detectada até em pacientes assintomáticos. Nesse sentido a rinite alérgica (afecção inflamatória das vias aéreas superiores) é uma de suas sintomatologias (CONSTANTINO; MELO JUNIOR, 2009).

Quanto à presença de antecedentes familiares, relacionando à asma com fatores hereditários, a porcentagem das crianças que não apresentaram casos de asma na família foi de 57,2%, sendo este resultado contraditório aos diversos estudos encontrados nas literaturas, e a porcentagem das crianças que relataram ter casos de asma na família foi de 42,8% vindo a coincidir com o estudo de Souza-Machado et al. (2008) cujo resultado afirma que as crianças onde pais ou parentes mais próximos são asmáticos, possuem uma grande chance de terem a doença.

Em relação à presença de sibilos, percebeu-se que 85,7% os possuem quando em crise, nesse sentido Amorim e Daneluzzi (2001) afirmam que esse sintoma pode afetar a fala e as atividades cotidianas das crianças de 0 a 14 anos que fizeram parte do seu estudo realizado nas cidades de São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Recife, Itabira, Salvador e Uberlândia.

No estudo de Casagrande et al. (2008) o número total de escolares com histórico de sibilos ao menos uma vez na vida foi de 55,2%.

Percebeu-se que 85,7% das crianças deste estudo praticam atividade física com frequência. A natação é uma atividade considerada ideal para os asmáticos, possivelmente devido à alta umidade do ar inspirado que acabam por prevenir ou reduzir o broncoespasmo induzido pelo exercício (FIKS et al., 2009).

A amostra apresenta que 71,4% das crianças utilizam broncodilatadores e 28,6% corticóides, que segundo Ibiapina et al. (2006), os dois medicamentos auxiliam no alívio dos sintomas sazonais, broncoconstrição induzida pelo exercício bem como, melhores resultados do pico de fluxo expiratório.

Quanto aos fatores desencadeantes, percebeu-se que todos os entrevistados no estudo referiram a poeira e o pólen como alérgenos desencadeantes, e tanto os pêlos de animais quanto fumaça e odores tiveram a porcentagem de 71,4%.

Nesse sentido, estudo de Fiore et al. (2001) confirmou que a poeira foi o principal alérgeno sensibilizador em sua população. Melo, Lima e Sarinho (2005) perceberam que 8,5% de seus entrevistados tinham alergia a fumaça principalmente ao do fumo, 19,1% por animais.

A tosse noturna teve prevalência de 42,8% nesse estudo. A pesquisa de Amorim e Daneluzzi (2001) observou a prevalência de 38,5% da tosse noturna em crianças de seis a sete anos.

A prevalência de dispnéia ocorreu em dois dos entrevistados, ou seja, 28,6% apresentaram dispnéia por pequenos esforços, o mesmo resultado foi verificado nos esforços

moderados e grandes. Apenas um dos entrevistados não possuía dispnéia.

O estudo de Campos (2004) demonstrou que a dispnéia é um fator limitante no cotidiano dos doentes. No estudo de Carvalho e Pereira (2002) a prevalência de dispnéia foi de 43,8% em crianças fumantes passivas e 33,2% nas crianças não fumantes passivas.

Da amostra estudada, 71,4% foram hospitalizados devido à crise asmática. González, Victória e Gonçalves (2008) comentam que as dificuldades e condições inadequadas nos domicílios das crianças de baixa renda causam aumento nas hospitalizações por decorrências de crise asmática. Teldeschi, Sant' Anna e Aires (2002), evidenciaram que dos 638 infantes asmáticos a ocorrência de internações foi de 33%.

Quanto ao questionário SF-36, os domínios mais afetados foram estado geral de saúde com escore de 60,6 e vitalidade com escore de 75. De acordo com Teldeschi, Sant'Anna e Aires (2002); Rezende et al. (2008), a asma acaba por criar limitações para atividades de um modo geral sendo o esporte uma delas, já que além da sibilância típica, a asma provoca dores no tórax, tosse crônica seca e irritativa, cansaço, compromete o rendimento e assim contribui para evasão de crianças na idade escolar.

Na visão de Bacha (2006), as frequentes crises asmáticas fazem com que as crianças tenham déficits no seu desenvolvimento motor, psíquico e social, afetando a qualidade de vida de uma forma geral. Essas limitações são maléficas à criança asmática, pois é através de atividades lúdicas que ela desenvolve suas habilidades e começa a se relacionar com outras crianças de sua faixa etária.

Desse modo Nogueira (2007) enfatiza que asmáticos têm uma qualidade de vida geral significativamente pior do que aqueles indivíduos que nunca tiveram asma.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados desta pesquisa mostram que ter asma na infância, leva a um prejuízo na qualidade de vida de forma geral.

Isso é evidentemente provado pelos resultados obtidos nos domínios do Questionário SF-36, onde o domínio mais afetado foi o Estado geral de saúde.

Percebeu-se que a prevalência de asma na faixa etária de 7 a 10 anos é alta. Sendo que, com relação ao gênero se confirmou que o maior índice ocorre em meninos.

Diante do exposto ressalta-se que o impacto da asma afeta diretamente a qualidade de vida do seu portador por alterar sua função respiratória, causar prejuízos funcionais e físicos, bem como comportamentais.

É crescente o número de publicações na literatura mundial sobre o tema qualidade

de vida. Dessa forma há a necessidade de estudos analíticos adicionais, abordando a qualidade de vida em crianças asmáticas.

## **REFERÊNCIAS**

III CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA. Definição, epidemiologia, patologia e patogenia. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 46, n. 3/4, p. 151-172, jul./dez. 2002.

AMORIM, A. J; DANELUZZI, J. C. Prevalência de asma em escolares. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 3, p. 197-202, 2001.

BACHA, P. M. **Impacto do programa de educação em asma na qualidade de vida de crianças asmáticas**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006 (Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas).

CAMELO-NUNES, I. C; SOLÉ, D; NASPITZ, C. K. Fatores de risco e evolução clínica da asma em crianças. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 73, n. 3, p. 151-160, 1997.

CAMPOS, H. S. Asma e DPOC: vida e morte. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Jacarepaguá, v. 12, n. 1, p. 37-53, 2004.

CARVALHO, L. M. T; PEREIRA, E. D. B. Morbidade respiratória em crianças fumantes passivas. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 8-14, jan./fev. 2002.

CASAGRANDE, R. R. D. Prevalência de asma e fatores de risco em escolares da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 517-523, jun. 2008.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, maio/jun. 1999.

CONSTANTINO, G. T. L; MELLO JUNIOR, J. F. Remodelamento das vias aéreas inferiores e superiores. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 75, n. 1, p. 151-6, 2009.

FIKS, I. N. et al. Frequência de sintomas de asma e de redução da função pulmonar entre crianças e adolescentes nadadores amadores. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 206-212, 2009.

FIORE, R. W. et al. Variação na prevalência de asma e atopia em um grupo de escolares de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 237-242, set./out. 2001.



FRITSCHER, C. C. (Coord.). Diagnóstico e tratamento da asma brônquica. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. (Org.). **Projeto Diretrizes - AMB e CFM**. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2001.

GONZÁLES, D. A; VICTORA, C. G; GONÇALVES, H. Efeitos das condições climáticas no trimestre de nascimento sobre asma e pneumonia na infância e na vida adulta em uma coorte no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p. 1089-1102, maio 2008.

IBIAPINA, C. C. et al. Rinite, sinusite e asma: indissociáveis? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 357-66, 2006.

MELO, R. M. B; LIMA, L. S; SARINHO, E. S. C. Associação entre controle ambiental domiciliar e exacerbação da asma em crianças e adolescentes do município de Camaragibe, Pernambuco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 5-12, jan./fev. 2005.

NOGUEIRA, K. T. **Avaliação da qualidade de vida entre adolescentes asmáticos**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva).

PARKER, A; PRASAD, A. Pediatria. In: PRYOR, J. A; WEBBER, B. (Eds.). **A fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 235-263, 2002.

REZENDE, I. M. O. et al. Efeitos da reabilitação pulmonar sobre a qualidade de vida: uma visão das crianças asmáticas e de seus pais. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 165-169, 2008.

SOUZA-MACHADO, C. et al. Impacto do PROAR (Programa para o controle da asma e da rinite alérgica na Bahia) sobre a utilização de recursos de saúde, custos e morbi-mortalidade por asma em Salvador. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 78, supl. 2, p. 59-63, 2008.

TEGON, J. C. **Caracterização da força muscular respiratória de indivíduos asmáticos: estudo comparativo**. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2005 (Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia).

TELDESCHI, A. L. G; SANT'ANNA, C. C; AIRES, V. L. T. Prevalência de sintomas respiratórios e condições clínicas associadas à asma em escolares de 6 a 14 anos no Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 54-9, 2002.