



## Avaliação do conhecimento teórico e prático sobre asma em responsáveis por crianças atendidas na atenção primária

Cathiana Carmo Dalto Banhos<sup>1,a</sup>, Cristian Roncada<sup>2,b</sup>, Leonardo Araújo Pinto<sup>3,c</sup>, Paulo Márcio Pitrez<sup>4,5,d</sup>

### AO EDITOR,

A asma é uma doença respiratória crônica de elevada prevalência e constitui um importante problema de saúde pública mundial. Seu manejo está relacionado ao controle dos sintomas.<sup>(1)</sup> O controle da asma requer conhecimento sobre a doença, visto que a criança depende de cuidados por parte de seus responsáveis no manejo da asma.<sup>(2)</sup> Estudos demonstram que apenas 50% dos pacientes atingem o controle dos sintomas por meio da adesão terapêutica orientada pela equipe de saúde.<sup>(3)</sup> O uso de medicamentos inalatórios, com o emprego correto da técnica, as consultas de reavaliações pela equipe multiprofissional e a mudança de hábitos de vida são medidas estratégicas no tratamento da asma na infância.<sup>(4)</sup>

Assim, foi desenvolvido um estudo transversal com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento em saúde e em asma de responsáveis por crianças e adolescentes (1-17 anos) com o diagnóstico da doença cadastrados na Rede Bem-Estar do município de Vitória (ES). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição (Protocolo no. 2.257.264), e foram coletados os termos de consentimento livre e esclarecido de todos os participantes. A seleção dos pacientes incluiu cinco unidades de saúde escolhidas por conveniência. Foram excluídos pacientes com limitações cognitivas ou motoras ou aqueles com outras doenças crônicas que pudessem comprometer a avaliação do controle, atitudes e práticas em saúde.

O diagnóstico dos pacientes foi realizado pelo médico pediatra atuante na Rede Municipal de Saúde do município de Vitória segundo a Classificação Internacional das Doenças, 10ª versão, sob o código J45 (asma). O acompanhamento do paciente na atenção básica é realizado de forma combinada entre o médico da Estratégia de Saúde da Família e o médico especialista (pediatra).

Foi aplicado aos responsáveis pelos pacientes um questionário clínico e um de classificação econômica.<sup>(5)</sup> Para a avaliação do controle da asma foi aplicado o questionário da *Global Initiative for Asthma*,<sup>(1)</sup> categorizando o nível de controle da doença (controlada, parcialmente controlada e não controlada). Para a avaliação do conhecimento sobre a doença, foram aplicados um questionário específico sobre conhecimento em asma pediátrica (*Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire*)<sup>(6)</sup> e um questionário

sobre conhecimento em saúde (*Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults*).<sup>(7)</sup> Para a avaliação das atitudes e práticas de tratamento, foi aplicado um questionário teórico, além da análise prática observacional sobre o manejo específico para o tratamento da doença. Para a análise do entendimento do receituário médico, os responsáveis foram avaliados sobre o tipo de receituário prescrito (de resgate ou preventivo) e seu entendimento sobre a prescrição médica; esse conhecimento foi classificado como adequado ou inadequado. Para fins de pontos de corte para os questionários, foram considerados aceitáveis escores com pontuação mínima de 70% ( $\geq 7$  pontos). Para fins de análise estatística, foi aplicado o teste do qui-quadrado para variáveis nominais e ANOVA com teste *post hoc* de Bonferroni para variáveis escalares.

No total, participaram do estudo 120 crianças asmáticas, com média de idade de  $6,3 \pm 3,9$  anos. Seus responsáveis tinham média de idade de  $39,9 \pm 13,0$  anos, sendo as mães predominantes no acompanhamento das crianças às consultas médicas ( $n = 94$ ; 78,3%), enquanto 45,0% dos cuidadores tinham nível educacional de ensino médio completo, e 48,3% eram de classe econômica média (classe C).

Os resultados comparativos dos grupos de controle da asma (Tabela 1) demonstraram diferenças significativas para as seguintes variáveis: sintomas de aperto no peito em alguma vez na vida ( $p = 0,02$ ); sibilos ou falta de ar em repouso ( $p = 0,02$ ); internação por asma ( $p = 0,01$ ); e absenteísmo escolar ( $p = 0,01$ ). Além disso, os resultados sobre o tratamento para asma nos últimos 12 meses demonstraram que o grupo com asma totalmente controlada possuía as maiores proporções em relação a tratamento contínuo ( $p < 0,01$ ), com menores escores para uso de corticoides orais ( $p = 0,01$ ) e de broncodilatadores ( $p = 0,01$ ).

Na avaliação das técnicas inalatórias, os escores totais para a avaliação teórica demonstraram valores elevados de desconhecimento sobre a técnica, sem diferenças entre os grupos ( $p = 0,08$ ). Diferentemente, a frequência de responsáveis com conhecimentos práticos adequados sobre as técnicas inalatórias foi significativamente maior no grupo de asma totalmente controlada em relação aos demais grupos ( $p < 0,01$ ). Na avaliação do nível de

1. Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – Porto Alegre (RS) Brasil.

2. Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde e Performance – GEPESP – Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul (RS) Brasil.

3. Centro Infantil, Instituto de Pesquisas Biomédicas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – Porto Alegre (RS) Brasil.

4. Hospital São Lucas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – Porto Alegre (RS) Brasil.

5. Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre (RS) Brasil.

a. <http://orcid.org/0000-0001-7182-8962>; b. <http://orcid.org/0000-0003-3782-4911>; c. <http://orcid.org/0000-0002-4067-7468>;

d. <http://orcid.org/0000-0001-7319-1133>

**Tabela 1.** Diagnósticos, sintomas e tratamento para asma, segundo classificação de controle da asma.<sup>a</sup>

Variáveis	Asma			p
	Não controlada (n = 75)	Parcialmente controlada (n = 11)	Totalmente controlada (n = 34)	
Diagnóstico de rinite	59 (78,7)	9 (81,8)	32 (94,1)	0,13
Diagnóstico de atopia	42 (56,0)	7 (63,6)	20 (58,8)	0,88
Sintomas de asma (alguma vez na vida)				
Acordou com falta de ar	73 (97,3)	11 (100,0)	34 (100,0)	0,55
Acordou com aperto no peito	43 (57,3)	11 (100,0)	23 (67,6)	0,02**
Sintomas de asma (últimos 12 meses)				
Sibilos/falta de ar durante os exercícios físicos	47 (62,7)	9(81,8)	18 (52,9)	0,22
Sibilos/falta de ar em repouso total	66 (88,0)	10 (90,9)	23 (67,6)	0,02*
Internação por asma	43 (57,3)	9 (81,8)	12 (35,3)	0,01**
Apenas uma vez	40 (93,0)	8 (88,9)	12 (100,0)	0,01**
Duas ou mais vezes	3 (7,0)	1(11,1)	0 (0,0)	
Absenteísmo escolar no último ano escolar	70 (93,3)	11 (100,0)	26 (76,5)	0,01*
Uma semana completa	6 (8,0)	2 (18,2)	5 (14,7)	0,01*
Duas semanas completas	24 (32,0)	4 (36,4)	12 (35,3)	
Mais de duas semanas	40 (53,3)	5 (45,5)	9 (26,5)	
Tratamento para asma (últimos 12 meses)				
Possui receita para crises	70 (93,3)	11 (100,0)	34 (100,0)	0,21
Tratamento contínuo	41 (54,7)	9 (81,8)	34 (100,0)	< 0,01**
Tratamento prévio aos exercícios físicos	43 (57,3)	8 (72,7)	14 (41,2)	0,13
Tratamento com corticoides inalatórios	70 (93,3)	11 (100,0)	34 (100,0)	0,21
Tratamento com corticoides orais	63 (84,0)	9 (81,8)	20 (58,8)	0,01*
Tratamento com broncodilatadores	75 (100,0)	11 (100,0)	30 (88,2)	0,01*
Tratamento com antileucotrienos	3 (4,0)	0 (0,0)	3 (8,8)	0,41
Recebe medicamentos na rede pública	74 (98,7)	11 (100,0)	34 (100,0)	0,74
Faz uso de espaçador no tratamento	59 (78,7)	11 (100,0)	29 (85,3)	0,20
Usa espaçador comercial	58 (98,3)	11 (100,0)	29 (100,0)	0,71

<sup>a</sup>Valores expressos em n (%). \*p < 0,05 entre o grupo de asma totalmente controlada e os demais grupos. \*\*p < 0,05 entre os três grupos de controle da asma.

leitura do receituário médico e entendimento sobre a prescrição e o tipo de tratamento, os resultados demonstraram que responsáveis por pacientes com maior controle da asma têm melhor entendimento da doença. Na avaliação do conhecimento em saúde, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de controle da asma. Já em relação ao conhecimento em asma, o grupo com asma parcialmente controlada demonstrou valores menores quanto ao conhecimento da doença que os outros (p = 0,02). Em relação ao nível de leitura do receituário médico e entendimento sobre a prescrição e o tipo de tratamento, observou-se que quanto maior é o entendimento dos procedimentos para o tratamento, melhores são os escores de controle da doença.

Outro dado relevante refere-se ao controle da asma por meio do tratamento contínuo e preventivo. Todos os pacientes totalmente controlados e parcialmente controlados possuíam receitas para os períodos de crise. Além disso, o grupo com asma totalmente controlada mostrou melhor adesão ao tratamento contínuo (100,0%), junto com os parcialmente controlados (81,8%), mantendo o controle da doença. Entretanto, no grupo de pacientes não controlados, 54,7% aderiam

ao tratamento contínuo, com predomínio de uso de corticoides inalatórios e orais.

O presente estudo demonstra que a grande maioria das crianças com asma não apresenta sua doença controlada, e o controle inadequado é devido a uma menor utilização de medicação de controle. Além disso, foi demonstrado que medicações de alívio e corticoides orais são muito frequentemente utilizados pelos pacientes com asma parcialmente controlada ou não controlada. Outro fator importante refere-se ao nível de leitura do receituário médico e ao entendimento sobre a prescrição e o tipo de tratamento: quanto maior é o entendimento acerca dos procedimentos para o tratamento adequado, melhor é o controle da doença.

Como limitação ao estudo, apontamos o tipo de delineamento (transversal) com avaliação em momento único, a amostra não probabilística (de conveniência) e a faixa etária estudada.

Por fim, tais resultados ressaltam a necessidade de se melhorar os níveis de conhecimento em asma nos grupos estudados com o objetivo de aumentar o controle da doença através de programas educacionais efetivos e centrais para pais e pacientes na consolidação de políticas públicas voltadas para a promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, FitzGerald JM, et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *Eur Respir J*. 2008;31(1):143-78. <https://doi.org/10.1183/09031936.00138707>
2. Cardoso TA, Roncada C, Silva ERD, Pinto LA, Jones MH, Stein RT, et al. The impact of asthma in Brazil: a longitudinal analysis of data from a Brazilian national database system. *J Bras Pneumol*. 2017;43(3):163-168. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562016000000352>
3. Roncada C, Oliveira SG, Cidade SF, Rafael JG, Ojeda BS, Santos BR, et al. Asthma treatment in children and adolescents in an urban area in southern Brazil: popular myths and features. *J Bras Pneumol*. 2016;42(2):136-42. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000166>
4. Roncada C, Cardoso TA, Bugança BM, Bischoff LC, Soldera K, Pitrez PM. Levels of knowledge about asthma of parents of asthmatic children. *Einstein (Sao Paulo)*. 2018;16(2):eAO4204. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4204>
5. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa; 2013.
6. Cidade SF, Roncada C, Costa DD, Rafael JG, Pitrez PM. Linguistic and psychometric validation of the questionnaire Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire on knowledge of asthma [Article in Portuguese]. *Rev Cienc Med (Campinas)*. 2016;24(2):45-54. <https://doi.org/10.24220/2318-0897v24n2a2422>
7. Apolinário D, Braga Rde C, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults. *Rev Saude Publica*. 2012;46(4):702-11. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>