

Relação entre o controle da asma e a qualidade de vida em adultos
Relationship between asthma control and quality of life in adults

Título abreviado: Relação controle asma e QDV em adultos.

Autores:

1. Mércia da Penha Cherque Ramos

- <https://orcid.org/0000-0003-1524-5230>
- Títulos: Graduanda do curso de Fisioterapia
- Link institucional: <https://unisales.br/> UniSales Centro Universitário Salesiano, Vitória -ES.
- E-mail: mercia.cherque@hotmail.com

2. Adriana Lários Nóbrega Gadioli

- <https://orcid.org/0000-0002-2125-2499>
- Títulos: Graduada em fisioterapia e mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo
- Link institucional: <https://unisales.br/> UniSales Centro Universitário Salesiano, Vitória -ES.

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

- [Escopo e Política](#)
- [Preparação de manuscritos](#)
- [Submissão de manuscritos](#)
- [Informação geral](#)

Escopo e Política

A Cadernos Saúde Coletiva (CSC) publica estudos inéditos considerados relevantes para a área da Saúde Coletiva.

Conflito de interesses: Todos os autores do manuscrito devem declarar situações que possam influenciar o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho de forma inadequada. Essas situações podem ser financeiras, políticas, acadêmicas ou comerciais.

Questões éticas: Todos os artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos estão condicionados ao cumprimento dos princípios éticos da Declaração de Helskinki (1964, reestruturada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

O artigo deve conter o número do processo e o nome do Comitê de Ética ao qual foi submetido. Quando necessário, deve-se informar que os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O Conselho Editorial do CSC poderá solicitar informações sobre os procedimentos éticos utilizados no estudo, se necessário.

Autoria: Todos os autores do manuscrito devem atender aos critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors: (1) Eu contribuí substancialmente com a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente com a elaboração da minuta ou revisão crítica do conteúdo; e (3) participei da aprovação da versão final do manuscrito.

A contribuição de cada autor deve ser detalhada no [documento de responsabilidade de autoria](#).

Processo de julgamento: Os artigos submetidos que atenderem às instruções aos colaboradores e estiverem de acordo com a política editorial da revista serão encaminhados para avaliação.

Pré-análise: A primeira análise é realizada pelos Editores Associados com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares: os artigos selecionados na pré-análise são avaliados por especialistas no tema abordado.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

A revista adota softwares gratuitos para identificação de plágio.

Preparação de manuscritos

Artigos em português, espanhol e inglês são aceitos para as seguintes seções:

Tipo de manuscrito	Palavras*	Tabelas e figuras	Resumo
Artigos originais **	4.000	5	Estruturado, até 200 palavras
Revisões sistemáticas / narrativas / integrativas	4.500	5	Estruturado, até 200 palavras
Debate	6.000	8	Não estruturado, até 200 palavras
Artigos originais (estudos qualitativos)	4.000	5	Não estruturado, até 200 palavras
Comunicação curta / notas	2.000	2	Estruturado, até 200 palavras

* O número máximo de palavras não inclui resumo, tabelas e / ou figuras e referências.

** Artigos que apresentam resultados de ensaios clínicos devem ser acompanhados do número de registro do ensaio. Este requisito está em linha com a recomendação da BIREME / OPAS / OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a ser publicado com base nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde - OMS, do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR. As entidades que registram os ensaios clínicos de acordo com os critérios do ICMJE são:

- Registro de ensaios clínicos da Nova Zelândia na Austrália (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- Número de ensaio randomizado controlado internacional padrão (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- Registro de ensaios clínicos UMIN (UMIN-CTR)
- Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos da OMS (ICTRP)

Documentos necessários:

A página de rosto deve conter:

- Título do trabalho no idioma original e em inglês e, caso o artigo original seja em inglês, título também em português (até 50 palavras)
- Título abreviado (até 50 caracteres)
- Autores 'nomes
- ORCID dos autores
- Títulos dos autores
- Link institucional entre os autores
- E-mail do autor principal

- Obrigado. Pessoas ou Instituições que contribuíram com o trabalho, mas que não atendem aos critérios de autoria (opcional).

Resumo

O resumo deve apresentar de forma concisa a questão central da pesquisa, os métodos utilizados, os resultados e a resposta à questão central do trabalho (até 200 palavras).

Para as seções aplicáveis, o resumo deve ser estruturado em Antecedentes, Objetivo, Método, Resultados e Conclusão.

Todos os artigos submetidos em português ou espanhol devem ter resumo no idioma principal e tradução para o inglês. No caso de artigo submetido em inglês, o resumo também deverá ser apresentado em português.

Devem trazer também, no mínimo 3 e no máximo 5 palavras-chave, traduzidas para cada idioma (palavras-chave, palavras-chave), dando preferência aos Descritores para Ciências da Saúde, DeCS (a serem obtidos na página [http:// decs. bvs.br/](http://decs.bvs.br/)).

Documento de responsabilidade de autoria

É necessário enviar, no momento da submissão, o documento de responsabilidade de autoria, assinado por cada um dos autores. Documento de responsabilidade de autoria ([link aqui](#)).

Documento principal

O documento principal não pode conter identificação dos autores. Deve começar com o título do artigo, Resumo e palavras-chave, nos dois idiomas. Em seguida, o texto do manuscrito, dividido em subitens.

Ilustrações: O número máximo de ilustrações deve seguir a tabela informada acima. Havendo exceções ao número de tabelas, tabelas e / ou figuras (gráficos, mapas etc.), estas devem ser justificadas por escrito, anexadas à folha de rosto.

Tabelas: As tabelas devem ser apresentadas no corpo do texto, no local onde serão inseridas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Deve ter um título curto, com local e ano dos dados apresentados, ano final do título.

Ressalta-se que a tabela deve ser autoexplicativa, evitando abreviações. As abreviaturas que forem necessárias, assim como as demais notas explicativas, devem ser descritas no rodapé da tabela, mesmo que já tenham sido mencionadas no texto.

Figuras: Fotografias, desenhos, gráficos, mapas, etc. devem ser citados como figuras. Devem ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. As legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser claras o suficiente para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.

Equações: As equações devem ser centralizadas e numeradas sequencialmente, com os números entre parênteses, alinhados à direita.

Referências: A norma adotada para elaboração das referências é Vancouver.

Submissão de manuscritos

O sistema que a revista utiliza para enviar artigos é o ScholarOne, que pode ser acessado em <https://mc04.manuscriptcentral.com/cadsc-scielo>. Os autores devem se cadastrar no sistema da revista para submissão de manuscritos, que devem ser enviados online. O acompanhamento do andamento dos manuscritos também deve ser feito por meio do sistema. Os contatos necessários com o autor serão feitos por e-mail.

Informação geral

A Cadernos Saúde Coletiva não cobra taxa de submissão e avaliação de artigos.

A aprovação dos textos implica a cobrança imediata e gratuita dos direitos autorais de publicação nesta Revista, que terá o direito exclusivo de publicá-los em primeira mão. O autor continuará a deter os direitos autorais para publicações posteriores.

O endereço eletrônico da revista é: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/>.

Dúvidas e comunicações devem ser feitas pelo e-mail: cadernos@iesc.ufrj.br.

Relação entre o controle da asma e a qualidade de vida em adultos

Relationship between asthma control and quality of life in adults

Resumo

Introdução: A asma quando mal controlada pode refletir nos fatores biopsicossociais, afetando diretamente a qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar a influência do controle da asma na qualidade de vida em adultos. **Método:** Utilizou-se um questionário sociodemográfico para análise dos dados gerais. Para avaliar o nível de controle da asma foi aplicado o questionário *Asthma Control Test* (ACT, Teste de Controle da Asma) e para avaliar a qualidade de vida o instrumento SF-36. Os participantes foram divididos em dois grupos de acordo com os resultados obtidos no escore do ACT: grupo de Asma Controlada (AC) e Asma Não Controlada (ANC). **Resultados:** Foram avaliados 24 participantes (12 em cada grupo), com idade média de $36,1 \pm 12,1$ anos, composto por 62,5% do sexo feminino. A presença de comorbidades associadas foi relatada em 75% dos asmáticos. O grupo ANC apresentou maior número de comorbidades e menores resultados dos escores de qualidade de vida em relação ao grupo AC, principalmente no domínio limitação por aspecto físico. **Conclusão:** Os resultados mostraram que o nível de controle da asma influencia diretamente na qualidade de vida, pois os adultos com asma controlada apresentaram melhores resultados em todos os domínios avaliados do SF-36 em relação aos não controlados.

Palavras-chaves: Asma. Controle da asma. Qualidade de vida.

Abstract

Introduction: Asthma when poorly controlled can reflect on biopsychosocial factors, directly affecting quality of life. **Objective:** To analyze the influence of asthma control on quality of life in adults. **Method:** A sociodemographic questionnaire was used to analyze general data. The *Asthma Control Test* (ACT, *Asthma Control Test*) questionnaire was applied to assess the level of asthma control and the SF-36 instrument was used to assess quality of life. Participants were divided into two groups according to the results obtained in the ACT score: Controlled Asthma (AC) and Uncontrolled Asthma (ANC) group. **Results:** 24 participants were evaluated (12 in each group), with an average age of 36.1 ± 12.1 years, consisted of 62.5% of the

female sex. The presence of associated comorbidities was reported in 75% of asthmatics. The ANC group had a higher number of comorbidities and lower results of quality of life scores compared to the AC group, mainly in the limitation domain due to physical aspect. **Conclusion:** The results showed that the level of asthma control directly influences the quality of life, as adults with controlled asthma showed better results in all the domains assessed in the SF-36 compared to those who were not controlled.

Keywords: Asthma. Asthma control. Quality of life.

Introdução

A asma é uma das doenças crônicas mais comuns em todo o mundo e que afeta todas as faixas etárias. Atualmente, mais de 339 milhões de pessoas são asmáticas.¹ É definida como sendo uma doença heterogênea de característica inflamatória crônica das vias aéreas, no qual apresenta padrão de sintomas respiratórios típicos como a falta de ar, o aperto no peito, a tosse, o chiado no peito e a limitação variável do fluxo aéreo expiratório, que variam ao longo do tempo e em intensidades.²

O diagnóstico da asma é definido por meio da identificação do padrão dos sintomas respiratórios característicos. O paciente deve apresentar mais de um dos sintomas, com piora a noite ou pela manhã em adultos, variando ao longo do tempo e em intensidade, além da diminuição da função pulmonar após exercícios. Estes sintomas são desencadeados geralmente por algum estímulo e regredem após o uso de medicamentos de alívio. A espirometria e exames físicos fazem parte desse diagnóstico.²

O aumento de casos de asma está relacionado com fatores ambientais e genéticos. A poluição do ar, fumaça de tabaco, condições climáticas, ácaros, pólen de plantas, pelos de animais, irritantes químicos, emocional extremo, exercícios físicos e alguns medicamentos podem desencadear os sintomas.¹ Algumas comorbidades podem influenciar na piora dos sintomas e controle da asma, como a obesidade, ansiedade, depressão, refluxo gastroesofágico e a rinite,³ sendo a obesidade o fator de risco de maior gravidade, pois a mecânica respiratória e a resposta inflamatória e imunes alteradas, pode favorecer para a patogênese da asma nesses indivíduos.⁴

Estima-se que 20 milhões de pessoas no Brasil sejam asmáticas,⁵ sendo a prevalência da asma em seu estado mais grave, totalizando 2.047 mortes no ano de 2013 e mais de 120.000 hospitalizações no mesmo ano.⁶ A asma resulta em elevados custos diretos e indiretos relacionados ao serviço de saúde, além de prejuízos financeiros tanto para a família do asmático como para seus vínculos empregatícios,⁷ pois o número de visitas a emergência, hospitalizações e falta a trabalhos e escolas são muito maiores quando os sintomas são mais graves e a doença não controlada. Adultos asmáticos apresentam risco de perder de uma a duas semanas de trabalho por ano devido a complicações da asma.⁸

A asma é classificada como controlada, parcialmente controlada e não controlada, de acordo com o controle das limitações clínicas atuais e a redução de riscos futuros, como exacerbações.^{2,3} Fatores como o diagnóstico incorreto, falta de adesão ao tratamento, uso de alguns medicamentos, exposição domiciliar, exposição ocupacional e o tabagismo influenciam no controle da asma.³ O tipo de classificação repercute em diversos domínios biopsicossociais e influencia de modo direto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

Qualidade de vida pode ser compreendida como a ideia que o indivíduo tem sobre sua posição na vida e esta pode ser modificada conforme o ambiente, experiências de vida e presença de determinadas doenças.⁹ A asma mal controlada gera impacto negativo na qualidade de vida, pois esses indivíduos apresentam menores pontuações nas questões relacionadas ao esforço físico normal, atividades sociais, sono e atividades esportivas em relação aos que apresentam asma controlada ou parcialmente controlada.⁸

O estudo tem como objetivo analisar a influência do nível de controle da asma na qualidade de vida em adultos. O mesmo se justifica pela importância em entender o quanto a doença mal controlada interfere na vida pessoal e social dos acometidos e com isso possibilitar ao sistema de saúde maiores ações para o manejo da doença, com melhores estratégias terapêuticas, ambientais e comportamentais, afim de evitar riscos de exacerbações e óbitos. Dessa forma, melhorando a qualidade de vida dos acometidos e reduzindo o ônus econômico decorrente desta enfermidade, tanto para os pacientes e seus familiares como para a sociedade.

Metodologia

O presente estudo é classificado como uma pesquisa aplicada, quantitativa e de caráter descritiva analítica, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o CAAE nº 34931920.3.0000.5068 e parecer nº 4.206.682, realizada no período de agosto de 2020. O recrutamento de voluntários se deu através da divulgação do estudo, por meio dos canais de comunicação na internet e por mensagens de texto via telefone, de contatos pessoais ou por indicação. Os mesmos deveriam atender aos critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, de ambos os sexos e com diagnóstico confirmado de asma. Através de uma amostra por conveniência, foram selecionados indivíduos que entraram em contato se voluntariando. Foi explicado a todos os participantes sobre o objetivo do presente estudo e os mesmos concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Por meio de entrevista realizada pela pesquisadora através de contato telefônico, os participantes responderam a questionários específicos para avaliar o nível de controle da asma e a qualidade de vida. Um questionário sociodemográfico também foi aplicado para análise dos dados gerais dos participantes, contendo informações como: idade, sexo, peso, altura, profissão e uso de tabaco. Além de perguntas relacionadas a presença de comorbidades como: diabetes, rinite alérgica, hipertensão e refluxo gastroesofágico.

Para calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC) foi utilizado parâmetros já estabelecidos, sendo a fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m)} \times \text{altura (m)}$. A classificação de peso foi realizada de acordo com o resultado do IMC: menor que 18,5: abaixo do peso; entre 18,5 e 24,9: peso normal; entre 25 e 29,9: sobrepeso; igual ou acima de 30: obesidade.¹⁰

Para avaliar o controle da asma, utilizou-se o questionário *Asthma Control Test* (ACT, Teste de Controle da Asma), traduzido e validado para uso no Brasil¹¹, no qual possibilita uma avaliação ágil e concreta do controle da asma mesmo na inexistência de medidas de função pulmonar. O questionário é composto por 5 questões, sendo elas relacionadas a sintomas de falta de ar, despertar noturno, uso de medicamentos de alívio, limitação de atividade diária e auto avaliação do controle da asma. O escore é feito com a soma de pontos do questionário, variando entre 5 a 25 pontos. É considerado o escore < 19 para definir a asma em não controlada e ≥ 20 para asma controlada.^{11,12}

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o instrumento SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey), questionário traduzido e validado para a cultura brasileira.¹³ O SF-36 é constituído por 36 itens, englobados em 8 domínios, sendo eles: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás.¹³ Para avaliar os resultados é dado um escore para cada questão no qual serão transformados em uma escala de 0 (pior resultado) a 100 (melhor resultado), sendo analisado cada domínio separadamente. A vantagem deste instrumento de avaliação é o fato de ser direcionado para a repercussão da patologia sobre a qualidade de vida e não para avaliar a doença em si ou seus sinais clínicos.

Os participantes foram divididos em 2 grupos: o grupo de Asma Controlada (AC) e o grupo de Asma Não Controlada (ANC), de acordo com a pontuação obtida no questionário ACT. Os dados de todos os questionários foram transferidos para planilha do Microsoft Excel 2019 para serem analisados, onde foram realizados os cálculos das médias e desvio padrão, utilizando as fórmulas do próprio programa. Os resultados do questionário sociodemográfico e a média dos resultados do ACT foram apresentados em uma tabela. A análise de qualidade de vida foi representada por meio de gráfico, onde foi mostrado os médias dos resultados obtidos de cada domínio do questionário SF-36 de ambos os grupos e o desvio padrão correspondente, sendo possível, desta forma, a comparação dos resultados do grupo AC com os resultados do grupo ANC.

Resultados

Foram avaliados 24 asmáticos, com idade entre 20 a 67 anos (média = $36,1 \pm 12,1$), sendo a maioria do sexo feminino. A presença de comorbidades foi identificada em mais da metade dos asmáticos e através dos resultados do IMC, todos os participantes foram classificados de acordo com o peso, sendo 66,6% da amostra com sobrepeso. O nível de controle da asma foi estabelecido conforme com os resultados obtidos dos escores do teste ACT. Os participantes foram divididos em dois grupos de acordo com estes resultados, sendo um grupo de Asma Controlada (AC) e outro de Asma Não Controlada (ANC), com total de 12 participantes em cada grupo. Todos

os dados sociodemográficos, clínicos e as médias do escore do ACT, do total da amostra e suas respectivas divisões nos grupos de asma podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas, clínicas e escore do ACT de brasileiros asmáticos no ano de 2020.

Variáveis	Total de participantes	Grupos de Asma	
		Asma Controlada (AC)	Asma Não Controlada (ANC)
	(n = 24)	(n = 12)	(n = 12)
Idade ^a	36,1 ± 12,1	33,7 ± 9,5	38,5 ± 14,3
Escore ACT ^a	19,04 ± 4,7	23 ± 2	15,08 ± 3
Tabagismo	1 (4,1%)	-	1 (8,3%)
Gênero			
Feminino	15 (62,5%)	5 (41,6%)	10 (83,3%)
Masculino	9 (37,5%)	7 (58,3%)	2 (16,6%)
Comorbidades			
Diabetes	-	-	-
Hipertensão	5 (20,8%)	1 (8,3%)	4 (33,3%)
Rinite Alérgica	15 (62,5%)	7 (58,3%)	8 (66,6%)
Refluxo Gastroesofágico	8 (33,3%)	1 (8,3%)	7 (58,3%)
IMC ^a	26,14 ± 2,6	25,73 ± 2,9	26,56 ± 2,4
Classificação de peso			
Normal	7 (29,1%)	4 (33,3%)	3 (25%)
Sobrepeso	16 (66,6%)	7 (58,3%)	9 (75%)
Obesidade	1 (4,1%)	1 (8,3%)	-

ACT: *Asthma Control Test* (Teste de Controle da Asma). IMC: Índice de Massa Corpórea. ^a Valores expressos em médias e desvio padrão.

Discussão

Ao analisar a qualidade de vida em relação ao gênero, o sexo feminino alcançou médias mais baixas em relação as médias do sexo masculino em todos domínios avaliados do SF-36. Foi observado que as mulheres representam a maioria do grupo ANC, sendo elas também as que apresentam o maior número de comorbidades e sobrepeso em relação aos homens do mesmo grupo. Outro estudo¹⁵ mostrou resultados semelhantes, onde 68% dos seus entrevistados eram do sexo feminino e em maior proporção nos grupos de asma parcialmente controlada e não controlada, além de realçarem que as mulheres mostravam maior limitação em esforços físicos

normais e na vida em geral, resultando em pior qualidade de vida em relação aos homens asmáticos.¹⁵

Foi observado que 75% dos participantes apresentaram pelo menos uma comorbidade associada à asma, sendo no grupo ANC a maior prevalência. Os resultados mostraram que os participantes sem comorbidades alcançaram melhores resultados em todos os domínios avaliados na qualidade de vida e os que apresentaram duas ou três comorbidades associadas obtiveram resultados ainda menores comparados aos que apresentaram apenas uma associada à asma. Estudo recente¹⁶ mostrou resultados semelhantes quanto a presença de comorbidades associadas em pacientes com asma não controlada ou parcialmente controlada, no qual 72,2% dos participantes destes grupos apresentaram ao menos associação de uma comorbidade.¹⁶

A rinite alérgica foi a comorbidade com maior incidência, onde 62,5% dos participantes apresentaram a doença, sendo o grupo ANC com maior número de acometidos, com média de idade entre os participantes de $47,8 \pm 14,1$ anos. A presença de rinite alérgica mostrou redução dos resultados na qualidade de vida de seus acometidos, principalmente no grupo ANC, com menores escores nos domínios limitação por aspecto físico e estado geral de saúde. Este resultado é semelhante a outro estudo epidemiológico¹⁷, onde foi observado que 60% a 78% dos asmáticos são portadores de rinite alérgica e ainda relatam a importância do tratamento desta comorbidade para melhorar o controle dos sintomas da asma e a qualidade de vida dos mesmos.¹⁷

Outra comorbidade importante a ser destacada é a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), presente em 33,3% dos participantes, sendo a maioria do grupo ANC, com média de idade de $45,3 \pm 14,2$ anos. O grupo de asmáticos com DRGE apresentaram escores muito baixos na análise de qualidade de vida, principalmente no domínio capacidade funcional, no qual 6 dos 8 participantes obtiveram escore igual a zero, o mesmo acontece no domínio aspecto emocional, onde metade dos participantes acometidos pelo DRGE também apresentaram escore zerado. Segundo Martins¹⁸, existe uma associação entre asma e a DRGE e que a prevalência dessa comorbidade é superior em asmáticos do que em pessoas sem asma. Também foi mencionado pelo autor¹⁸ que pacientes que realizaram terapia com o fármaco pantoprazol apresentaram melhoras nos sintomas respiratórios e na qualidade de vida. Outro estudo recente¹⁹ mostrou que existe uma estimativa de que

10-62% dos asmáticos possam ter a DREG de forma assintomática, dependendo da gravidade da asma e da medida para avaliar os sintomas dessa comorbidade.¹⁹

A hipertensão arterial também foi uma das comorbidades presentes nos asmáticos avaliados, sendo em menor proporção em relação as comorbidades anteriores. Sua prevalência foi encontrada em 20,8% dos participantes, sendo novamente o grupo ANC com maior prevalência. Foi observado que a média de idade dos acometidos pela hipertensão arterial foi maior em relação aos acometidos pela rinite alérgica e a DGER, sendo ela de $53,4 \pm 10,2$ anos. Todos estes indivíduos relataram também a associação das comorbidades anteriores, além do sobrepeso, que estava presente em 80% desses indivíduos. Este grupo de participantes apresentou resultados mais baixos nos escores da análise de qualidade de vida em relação as outras comorbidades citadas, sendo o mais significativo o domínio limitação por aspecto físico, podendo este resultado estar relacionado com a presença do refluxo gastroesofágico, sobrepeso e maior idade dos portadores de hipertensão arterial. Um estudo realizado anteriormente²⁰ encontrou uma associação entre a asma grave, hipertensão arterial e a idade, o que mostra o predomínio de doenças crônicas em sua maior gravidade em pessoas de maior idade e que os medicamentos utilizados para o controle da asma podem resultar no aumento da pressão arterial sistêmica.²⁰

A obesidade é o fator de risco de maior gravidade para os asmáticos e foi observado a presença em 70% dos avaliados, com idade média de $39,1 \pm 12,5$ anos, sendo eles 62,5 % do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino. Somente 25 % não apresentou nenhuma comorbidade associada. Quando comparadas as médias dos escores da qualidade de vida, os participantes com sobrepeso alcançaram menores resultados em relação aos participantes classificados como peso normal nos domínios capacidade funcional, limitação por aspecto físico, estado geral de saúde e saúde mental. Já na comparação das médias dos participantes com sobrepeso em relação ao nível de controle da asma, os participantes com asma não controlada alcançaram menores resultados nos escores de todos os domínios na análise de qualidade de vida em relação ao grupo com a asma controlada, sendo o domínio limitação por aspecto físico com a maior diferença entre eles. Pesquisas anteriores²⁰ mostraram a associação da obesidade e sobrepeso com o nível de gravidade da asma, no qual a obesidade foi encontrada em 18,6% na amostra do estudo, sendo 52% deles com asma grave, e outros 43% com sobrepeso, sendo 45,5% destes também com asma

grave.²⁰ Em outro estudo recente,²¹ encontramos resultados semelhantes em relação a presença de comorbidades, no qual foi relatado que indivíduos acima do peso apresentaram maior frequência de comorbidades, contribuindo para gravidade da asma e piora na qualidade de vida.²¹

Somente um dos participantes relatou o uso de tabaco (4,1%), sendo este do grupo ANC, do sexo feminino, com idade de 51 anos, com sobrepeso e apresentando hipertensão, DRGE e rinite alérgica associados à asma. Esta participante obteve os piores resultados em todos os domínios comparado aos não fumantes, sendo a pontuação igual a zero nos domínios limitação por aspecto físico e aspectos emocionais, além da variação entre 47 e 22 pontos nos demais domínios avaliados. O tabagismo é um dos fatores de risco para o agravamento da asma e de outras doenças respiratórias como o DPOC, além de diminuir a resposta aos corticosteroides e aumentar a necessidade de visita à emergência médica, internações e elevados custos para o tratamento. Estudo anterior²² relata que, entre os indivíduos que já são asmáticos, o tabagismo interfere negativamente no controle da asma e em sua gravidade, além de apresentarem maior número de sintomas, maior necessidade de medicamentos de alívio e pior qualidade de vida.²² Resultado semelhante ao encontrado no presente estudo foi relatado em uma pesquisa recente²³, no qual também 4,1% do total de sua amostra informaram tabagismo atual, além de maior prevalência no grupo de asma grave quando comparado aos grupos de asma leve ou moderada.²³

Não foi possível analisar se a asma não controlada da amostra estava relacionada com a ocupação profissional dos mesmos, pois a maioria deles não respondeu a esta questão no questionário sociodemográfico e os que responderam, as respostas não foram claras, não sendo possível afirmar se os indivíduos estavam expostos a fatores de risco como poluentes, fumaças ou irritantes químicos em seus locais de trabalho que possam ter gerado o mal controle da doença.

Os resultados obtidos pelo presente estudo mostraram que a qualidade de vida está diretamente relacionada com o nível de controle da asma e que a associação de comorbidades e fatores de riscos podem estar relacionado ao mal controle da mesma, levando a limitações físicas e alterações emocionais. Os adultos com asma controlada alcançaram melhores resultados em todos os domínios da avaliação da qualidade de

vida em relação aos adultos com asma não controlada, como pode ser observado na figura 1.

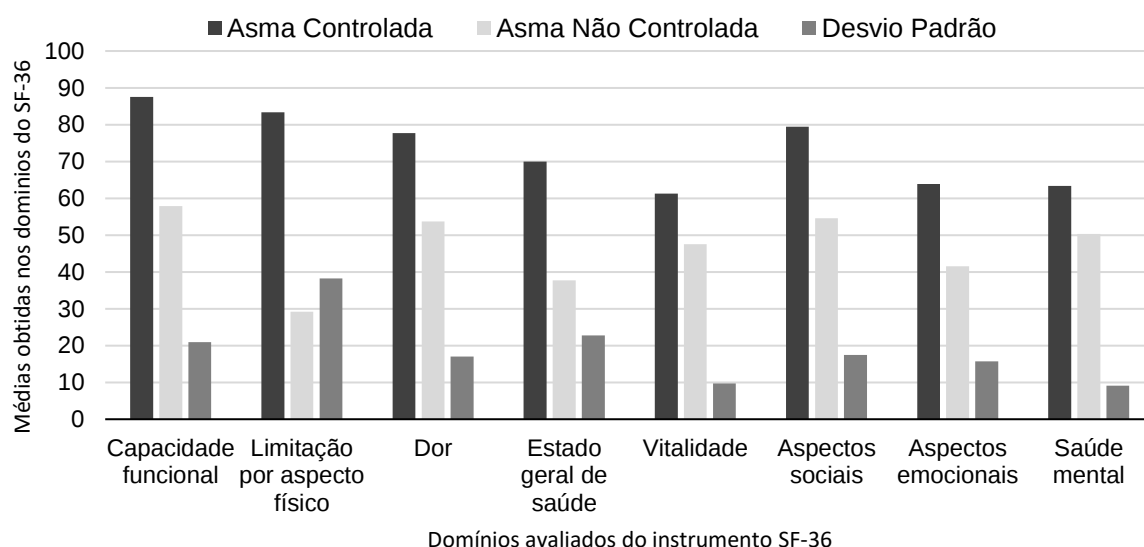


Figura 1: Comparação da qualidade de vida entre os grupos de asma controlada (n=12) e não controlada (n=12), segundo as médias obtidas nos domínios do instrumento SF-36, ano de 2020. Escore: escala de 0 (pior resultado) a 100 (melhor resultado).

Os resultados obtidos na avaliação da qualidade de vida mostraram que a maior pontuação alcançada foi no domínio capacidade funcional em ambos os grupos, sendo o grupo AC com média de 87,50 pontos e o ANC com média de 57,92 pontos. Este domínio avalia a extensão da limitação que a doença gera na capacidade física, sendo os adultos com asma não controlada os mais afetados por estas limitações.

O domínio limitação por aspecto físico foi que apresentou a maior diferença entre os grupos de asma, como pode ser observado no desvio padrão apresentado na figura 1. A média do grupo AC foi de 83,33 pontos e de 29,17 pontos no grupo ANC. Este domínio avalia as limitações em relação ao tipo e quantidade de trabalho e o quanto a doença dificulta e realização dessas atividades diárias. Os adultos com asma não controlada obtiveram, neste domínio, o pior resultado em relação aos outros domínios avaliados.

Em relação ao domínio dor, este avalia a extensão e interferência nas atividades diárias, ficando o grupo AC com média superior ou ao grupo ANC, sendo os valores obtidos 77,75 e 53,67 pontos respectivamente. Portanto, o grupo com asma não

controlada é o mais afetado em sua qualidade de vida devido as limitações causadas pela presença de dor.

A percepção do estado geral de saúde foi o segundo domínio a apresentar a maior diferença entre os grupos de asma. O grupo AC obteve média de 70 pontos e o grupo ANC 37,75 pontos, sendo o segundo pior resultado dos adultos com asma não controlada, ficando à frente somente do domínio limitação por aspecto físico.

O domínio vitalidade avalia o quanto a doença pode afetar o nível de energia e fadiga dos indivíduos acometidos. O grupo AC alcançou o seu pior resultado neste domínio, sendo a média de pontos de 61,25, porém, ainda com valor superior ao grupo ANC, que obteve média de 47,50 pontos. A asma afeta em grande proporção a energia para realização das atividades de vida diária dos indivíduos acometidos, sendo mais perceptível nos adultos com asma não controlada.

Em relação ao domínio aspectos sociais, também houve diferença significativa em relação aos grupos de asma, sendo o grupo AC com média de 79,42 pontos e o grupo ANC com 54,58 pontos, sendo também o grupo mais afetado em relação a integração em atividades sociais, causado devido a limitações geradas pela doença.

Os resultados obtidos no escore do domínio aspectos emocionais também mostrou diferença entre os grupos, no qual avalia o quanto as alterações emocionais possam interferir nas atividades de vida diária. O grupo AC obteve média de 63,92 pontos e o grupo ANC, sendo o mais afetado por estas limitações, com média de 41,58 pontos.

O domínio saúde mental foi o que resultou em menor diferença de médias entre os grupos de asma, conforme visto no desvio padrão apresentado na figura 1. Este avalia o bem estar psicológico, o controle emocional, alteração de comportamento e também fatores como ansiedade e depressão. Mesmo sendo com pouca diferença, os adultos com asma controlada alcançaram melhores resultados em relação aos não controlados, sendo as respectivas médias de 63,33 e 50,33 pontos.

Analisando de uma forma geral a qualidade de vida, os resultados mostraram que os asmáticos possuem limitações em suas atividades diárias e isto gera prejuízos na qualidade de vida dos mesmos, sendo a média geral dos domínios avaliados de toda a amostra ficando entre 72,71 pontos como melhor resultado e 53,88 como pior resultado. Ademais, quanto pior o controle da asma, maior o impacto gerado na qualidade de vida destes indivíduos.

Resultados parecidos foram encontrados na literatura,⁸ no qual mostraram a relação do nível da asma com sua repercussão nas atividades de vida diária, sendo possível constatar que os indivíduos com asma parcialmente controlada e não controlada mostraram maior influência na vida diária em relação aos indivíduos com asma controlada, interferindo nos esforços físicos normais, atividades sociais e na qualidade de vida em geral.⁸ Estudo semelhante, porém realizados em crianças e adolescentes,⁹ mostraram que os resultados foram semelhantes aos encontrados nos adultos do presente estudo. Utilizando questionário de qualidade de vida específico para asma e ajustado para a idade, o *Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire* (PAQLQ, Questionário sobre Qualidade de Vida na Asma Pediátrica), os autores concluíram que a qualidade de vida está relacionada de forma direta com a gravidade e nível de controle da asma, visto que as crianças e adolescentes com melhor controle da doença alcançaram melhor qualidade de vida.⁹

Conclusão

A asma é uma doença crônica muito comum que pode ser agravada por diversos fatores de riscos e isso impacta negativamente na qualidade de vida dos acometidos. O estudo mostrou que a asma atinge em maior proporção o sexo feminino do que o masculino e que a presença de fatores como as comorbidades, sobrepeso, idade mais avançada e tabagismo podem influenciar diretamente no mal controle da doença, causando limitações nos aspectos físicos e alterações emocionais dos adultos asmáticos. O grupo de asma não controlada apresentou maior número de comorbidades associadas, sendo a rinite alérgica com maior incidência. Porém, a presença de refluxo gastroesofágico parece ser a comorbidade que mais influenciou no mal controle da doença, pois os acometidos pela mesma apresentaram piores resultados nos domínios avaliados da qualidade de vida.

Os adultos com asma controlada alcançaram melhores resultados em todos os domínios avaliados da qualidade de vida em relação aos não controlados, sendo o domínio limitação por aspecto físico com a maior diferença entre os grupos e o domínio saúde mental com a menor diferença entre os mesmos. Atingimos, portanto, o objetivo do presente estudo comparando a qualidade de vida entre os grupos de asma e os resultados obtidos confirmam a hipótese sugerida para o estudo, de que

adultos com asma controlada possuem melhor qualidade de vida em relação ao não controlados.

Embora o estudo tenha limitações por se tratar de uma amostra por conveniência, os resultados alcançados foram semelhantes a estudos realizados por outros autores, com maior número de participantes, encontrados na atual literatura. Diante disto, esperamos contribuir para mudanças no modo como os asmáticos são avaliados e tratados. É necessário que todos os envolvidos tenham um olhar biopsicossocial e busquem direcionar o acompanhamento também a outras necessidades que estes pacientes apresentam, para que dessa forma o manejo correto possibilite um desfecho favorável da doença. Ressaltamos também a importância em se avaliar e tratar as comorbidades associadas em pacientes portadores de asma, a fim de reduzir o número de exacerbações, melhorar controle da doença e a elevar a qualidade de vida dos mesmos.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde [internet]. Asthma. c2020 [acesso em: 11 jun. 2020]. Disponível em: <http://www.who.int>
2. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2020 [acesso em: 10 jun. 2020]. Disponível em: <http://www.ginasthma.org>
3. Pizzichini MMM, Carvalho Pinto RMC, Cançado JED, Rubin AS, Neto AC, Cardoso AP, et al. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia-2020. J Bras Pneumol. 2020;46(1): e20190307.
4. Souza ECC, Pizzichini MMM, Dias m, Cunha MJ, Matte DL, Karloh M, et al. Índice de massa corpórea, asma e sintomas respiratórios: um estudo de base populacional. J Bras Pneumol. 2020; 46(1): e20190006.
5. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e tisiologia para o manejo da asma. J Bras Pneumol. 2012;38(Suppl 1):S1-S46.
6. Cardoso TA, Roncada C, Silva ER, Pinto LA, Jones MH, Stein RT, et al. Impacto da asma no Brasil: análise longitudinal de dados extraídos de um banco de dados governamental brasileiro. J Bras Pneumol. 2017;43(3):163-8.
7. Fernandes AGO, Machado CS, Machado AS, Cruz AA. Fatores de risco para morte por asma. Braz J Allergy Immunol. 2013;1(3):143-8.
8. Gazzotti MR, Nascimento AO, Montealegre F, Fish J, Jardim JR. Nível de controle da asma e seu impacto nas atividades de vida diária em asmáticos no Brasil. J Bras Pneumol. 2013;39(5):532-8.

9. Matsunaga NY, Ribeiro MAGO, Saad IAB, Morcillo AM, Ribeiro JD, Toro AADC. Avaliação da qualidade de vida de acordo com o nível de controle e gravidade da asma em crianças e adolescentes. *J Bras Pneumol*. 2015;41(6):502-8.
10. Biblioteca Virtual em Saúde. Dicas de saúde: obesidade. 2009 [acesso em: 24 jun. 2020]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>
11. Roxo JPF, Ponte EV, Ramos DCB, Pimentel L, D'Oliveira Junior A, Cruz AA. Validação do Teste de Controle da Asma em português para uso no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2010;36(2):159-66.
12. Pereira EAB, Cavalcante AGM, Pereira ENS, Lucas P, Holanda MA. Controle da asma e qualidade de vida em pacientes com asma moderada ou grave. *J Bras Pneumol*. 2011;37(6):705-11.
13. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
14. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes study 36-item Short-form Health Survey (sf-36)" [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, UFSP; 1997.
15. Zillmer LR, Gazzotti MR, Nascimento OA, Montealegre F, Fish J, Jardim JR. Diferença entre os sexos na percepção de asma e sintomas respiratórios em uma amostra populacional em quatro cidades brasileiras. *J Bras Pneumol*. 2014;40(5):591-8.
16. Souza HF, Cardoso IRS, Passos LS, Costa MRSR. Prevalência de comorbidades e classificação de nível de controle em pacientes com asma grave. *Rev Pesq Saúde*. 2011;12(1):27-31.
17. Ibiapina CC, Sarinho ESC, Cruz Filho AAS, Camargos PAM. Rinite, sinusite e asma: indissociáveis? *J Bras Pneumol*. 2006;32(4):357-66.
18. Martins MA. Asma e refluxo gastroesofágico. *J Bras Pneumol*. 2007;33(2):xi-xii.
19. Ratier JCA, Pizzichini E, Pizzichini M. Doença do refluxo gastroesofágico e hiperresponsividade das vias aéreas: coexistência além da chance? *J Bras Pneumol*. 2011;37(5):680-8.
20. Brandão HV, Guimarães A, Cruz AA, Cruz CS. Fatores associados à gravidade da asma entre adultos de um centro de referência para asma. *Rev bras alerg imunopatol*. 2012;35(3):98-102.
21. Jesus JPV, Matos ASL, Almeida PCA, Lima VB, Mello LM, Machado AS, et al. Obesidade e asma: caracterização clínica e laboratorial de uma associação frequente. *J Bras Pneumol*. 2018;44(3):207-12.
22. Dias Junior AS, Pinto RC, Angelini L, Fernandes FLA, Stelmach R. Prevalência de tabagismo ativo e passivo em uma população de asmáticos. *J Bras Pneumol*. 2009;35(3):261-5.
23. Pinheiro GB, Machado CS, Fernandes AGO, Mota RCL, Lima LL, Vasconcelos DS, et al. Tabagismo entre asmáticos: avaliação por autorrelato e dosagem de cotinina urinária. *J Bras Pneumol*. 2018;44(6):477-85.