UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

DANIELA SANTOS DE LOURENÇO BORIM

**Sintomas e nível de conhecimento sobre asma de uma população
adscrita a uma unidade de saúde da família – município de Ribeirão
Preto - SP**

Ribeirão Preto

2018

DANIELA SANTOS DE LOURENÇO BORIM

Sintomas e nível de conhecimento sobre asma de uma população adscrita a uma unidade de saúde da família – município de Ribeirão Preto - SP

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientadora: Profa. Dra. Luane Marques de Mello

Versão Corrigida

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Borim, Daniela Santos de Lourenço

Sintomas e nível de conhecimento sobre asma de uma população adscrita a uma unidade de saúde da família – município de Ribeirão Preto - SP

92 f. : il.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Mello, Luane Marques.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Asma. 3. Educação em saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Saúde do adulto.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: BORIM, Daniela Santos de Lourenço

Título: Sintomas e nível de conhecimento sobre asma de uma população adscrita a uma unidade de saúde da família – município de Ribeirão Preto - SP

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao amor da minha vida, Renato, meu marido, meu companheiro e meu amigo. Em todo esse período foi aquele que me apoiou, me encorajou e teve grande mérito para que tudo pudesse ter êxito. Com toda certeza essa vitória também é sua.

A minha família e amigos que me apoiaram, incentivaram e torceram pela realização do mestrado.

A todas as pessoas que abriram suas casas e se dispuseram a responder as entrevistas acreditando em mim, em nossa pesquisa e na ciência para melhoria na qualidade de suas vidas.

Aos profissionais, principalmente da Unidade de Saúde da Família VI, gerentes e gestores da saúde, para que possam analisar os resultados aqui descritos, refletir, avaliar e programar as ações em asma, principalmente no âmbito da atenção primária.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior que viabilizaram a execução deste projeto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que é sempre o propósito e o motivo de tudo que me proponho a fazer, sem a presença Dele na minha vida, nada teria sentido.

Ao meu marido, Renato, pelo amor, cuidado, paciência e pelas palavras de incentivo e paz sempre prontas a me animar a caminhar mais um pouco. Obrigada por dividir sua vida comigo e por trazer tanta alegria aos meus dias.

A minha amada irmã, de longe o meu maior exemplo de profissional da educação, que sempre me inspirou, muito antes que eu pudesse descobrir minha vocação. Sempre solícita, presente, carinhosa e companheira. Obrigada pelas palavras, telefones, abraços e longas conversas. Obrigada por acreditar na educação e fazer o seu trabalho com tanto amor.

A minha querida mãe, que se faz tão presente, mesmo morando longe fisicamente, aquela que vive minhas alegrias e minhas lutas como se dela fossem e que torce por minha felicidade desde o dia que nasci. Obrigada por sempre acreditar em mim, pelas orações e apoio!

Ao meu pai (in memoriam) que sei que estaria feliz com mais um ciclo que se finda na minha vida. Obrigada por ter me apoiado tanto rumo a minha independência e crescimento. Saudades.

A Prof^a. Dr^a. Luane pela orientação, experiências compartilhadas, leveza com que lida com as situações, pelas palavras de apoio e oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

A toda Equipe amada da Unidade de Saúde da Família VI, pela recepção, apoio, carinho, ajuda e torcida para que tudo desse certo sempre. Em especial, Enfermeira Tatiana, por sempre colocar o coração em tudo que faz e por todo o auxílio nesse tempo.

A todos os meus amigos, aqueles que eu tive a oportunidade de conhecer durante o mestrado e aqueles a quem Deus me apresentou em Ribeirão, obrigada por também serem família.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da FMRP-USP pela oportunidade de execução do estudo.

Aos funcionários Paula Maria Pereira e Sergio Carlos Nascimento, que sempre estiveram solícitos e disponíveis para auxiliar nas atividades acadêmicas e em todas as dúvidas, sempre prontos a ajudar.

Aos participantes do estudo pela receptividade e por acreditarem na importância desta pesquisa às pessoas com asma.

A todos aqueles que acreditam e lutam pela saúde coletiva.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro.

E a todos que de alguma maneira ajudaram a consolidar este projeto.

RESUMO

BORIM, D.S.L. **Sintomas e nível de conhecimento sobre asma de uma população adscrita a uma Unidade de Saúde da Família - Município de Ribeirão Preto - SP.** 2018. 92 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

A asma é considerada um problema mundial com impactos diretos na vida dos pacientes e seus familiares, bem como custos elevados para a saúde pública. Diante desse quadro, há a necessidade de desenvolvimento de ações adequadamente coordenadas para melhorar a identificação e manejo da doença. A correta identificação dos verdadeiros asmáticos é essencial para evitar tanto o subdiagnóstico quanto o excesso terapêutico. E o manejo adequado da doença engloba o diagnóstico e tratamento precoce. Estudos apontam que o conhecimento que o paciente possui sobre a sua doença, pode influenciar diretamente no diagnóstico. Asmáticos com má percepção de sua doença possuem um maior risco de subestimá-la e receber tratamento insuficiente. Embora a percepção do paciente seja um aspecto de interesse para clínicos e pesquisadores, ainda não há um consenso estabelecido sobre um padrão ouro para mensurá-la objetivamente. Assim, esse estudo objetivou identificar a prevalência dos sintomas de asma, o conhecimento sobre asma e a relação existente entre essas duas variáveis, em famílias adscritas e cadastradas na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Prof. Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (USF VI), do Município de Ribeirão Preto. Trata-se de um estudo transversal, onde foram entrevistados 100 indivíduos com idade ≥ 18 anos, cadastrados na USF VI. A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares e a escolha dos domicílios visitados foi feita através de processo aleatório respeitando-se as divisões das microáreas. Os instrumentos utilizados para coleta foram: Questionário de caracterização dos participantes, Questionário de triagem, Questionário QTA-B ECRHS para diagnóstico de asma em adultos, Critério de Classificação econômica Brasil 2015 e Questionário sobre o conhecimento em asma. O perfil sócio demográfico e econômico dos participantes foi: Maior proporção do sexo feminino (82%), faixa etária ≥ 60 anos, estado civil casado/amasiado, cor/raça pardo, procedência predominante de outras localidades (fora de Ribeirão Preto), ocupação “do lar”, nível fundamental incompleto e estrato sócio econômico C. Foi encontrada prevalência de sintomas sugestivos de asma de 24%, acima do observado na literatura, e prevalência de conhecimento em asma de 64% na amostra total e de 58,4% entre os participantes com sintomas sugestivos de asma. Foi verificada, através da regressão linear simples, uma correlação pequena e fraca entre as variáveis: sintomas sugestivos de asma e conhecimento em asma, sintomas sugestivos de asma e estrato sócio econômico e conhecimento em asma e estrato sócio econômico. Além dessas, também foi verificada uma correlação pequena entre conhecimento em asma e escolaridade e sintomas sugestivos de asma e escolaridade. Sugerimos novos estudos sobre o tema considerando novas localidades, tipos de tratamentos e meios de coleta. O presente estudo contribui para novos avanços em relação ao conhecimento da asma e fatores que podem interferir em seu diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Asma. Educação em saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde do adulto.

ABSTRACT

BORIM, D.S.L. Symptoms and level of knowledge about asthma of a population assigned to a Family Health Unit – Ribeirão Preto – SP. 2018. 92 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Asthma is considered a worldwide problem that impacts directly patients' lives as well their families' lives, besides it implies high costs for public health. Accordingly, it is necessary to develop proper coordinated actions to improve identification and management of this disease. Correct identification of true asthmatics is essential to avoid both underdiagnosis and therapeutic excess and proper management of the disease encompasses early diagnosis and treatment. Studies indicate that patient knowledge about his / her illness can directly influence diagnosis. Asthmatics with poor perception of their disease have a greater risk of underestimating it and receiving insufficient treatment. Although patient's perception is an aspect of interest to clinicians and researchers, there is no consensus yet about a gold standard to measure it objectively. Thus, this study aimed to identify the prevalence of asthma symptoms, knowledge about asthma and the relationship between these two variables, in families enrolled and registered in the area of coverage of the Family Health Unit Prof. Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (USF VI), of the Municipality of Ribeirão Preto. This is a cross-sectional study, in which 100 individuals aged 18 years or over, enrolled in USF VI, were interviewed. Data collection was performed through home visits and such houses were chosen through a random process regarding the divisions of the micro areas. Data collection was performed through the following instruments: Participants' characterization questionnaire, Screening questionnaire, Questionnaire QTA-B ECRHS for diagnosis of asthma in adults, Economic Classification Criteria Brazil 2015 and Questionnaire on knowledge in asthma. Participants socio-demographic and economic profile was: greater proportion of females (82%), age range ≥ 60 years, marital / married civil status, brown color / race, predominant origin from other localities (outside Ribeirão Preto), occupation "housekeeper", incomplete fundamental schooling level and socioeconomic stratum C. Symptoms suggesting asthma prevalence founded was 24%; higher than that observed in literature, and prevalence of asthma knowledge was 64% in total sample and 58.4% among participants with symptoms suggesting asthma. Through simple linear regression, a small correlation between the following variables was verified: symptoms suggestive of asthma and knowledge on asthma, symptoms suggestive of asthma and socioeconomic stratum, and knowledge on asthma and socioeconomic stratum. In addition to that correlation, a small and weak one between knowledge on asthma and schooling and symptoms suggestive of asthma and schooling was also verified. We suggest new studies on the subject considering new locations, types of treatments and means of collection. This study contributes to new advances in knowledge of asthma and factors that may interfere in its diagnosis and treatment.

Keywords: Primary Health Care. Asthma. Health education. Family Health Strategy. Adult Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Fluxograma da composição da amostra do estudo.....	31
Figura 2 –	Mapa com localização e área de abrangência da Unidade de Saúde da Família VI, localizada no Distrito de Saúde Oeste de Ribeirão Preto, SP.....	39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Correlação entre sintomas de asma (escore ECRHS) e conhecimento em asma (número de acertos) em indivíduos adscritos na USF VI – Ribeirão Preto.....	51
Gráfico 2 -	Correlação entre sintomas de asma (escore ECRHS) e escolaridade em indivíduos adscritos na USF VI – Ribeirão Preto.....	52
Gráfico 3 -	Correlação entre sintomas de asma (escore ECRHS) e estrato socioeconômico em indivíduos adscritos na USF VI – Ribeirão Preto.....	53
Gráfico 4 -	Correlação entre conhecimento sobre asma e escolaridade em indivíduos adscritos na USF VI – Ribeirão Preto	54
Gráfico 5 -	Correlação entre conhecimento sobre asma e estrato socioeconômico em indivíduos adscritos na USF VI – Ribeirão Preto.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos participantes quanto ao gênero e idade.....	35
Tabela 2 –	Caracterização sociodemográfica e econômica da amostra estudada	36
Tabela 3 –	Distribuição de gênero segundo microáreas	40
Tabela 4 –	Caracterização sociodemográfica e econômica da amostra estudada de acordo com as microáreas.....	41
Tabela 5 –	Prevalência de sintomas sugestivos de asma pelas respostas ao QTA_B_ECRHS.....	43
Tabela 6 –	Representação das respostas às perguntas de triagem (T1 a T4).....	43
Tabela 7 –	Conhecimento sobre asma.....	44
Tabela 8 –	Distribuição dos participantes com sintomas sugestivos de asma quanto ao gênero e idade.....	45
Tabela 9 –	Caracterização sociodemográfica e econômica dos participantes que apresentam sintomas sugestivos de asma.....	46
Tabela 10 –	Representação das respostas dos participantes com sintoma sugestivos de asma às perguntas de triagem (T1 a T4)	48
Tabela 11 –	Respostas apresentadas por participantes com sintomas sugestivos de asma ao questionário de conhecimento sobre asma.....	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Definição de Asma.....	15
1.2 Epidemiologia da Asma.....	16
1.3 Diagnóstico da Asma.....	18
1.4 Tratamento e controle da Asma	21
1.5 Educação e conhecimento em Asma	23
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivos Específicos.....	26
3 METODOS.....	27
3.1 Tipo de estudo.....	28
3.2 Participantes do estudo.....	28
3.3 Local do estudo.....	28
3.4 Critérios de inclusão.....	29
3.5 Critérios de exclusão.....	29
3.6 Tamanho da amostra.....	30
3.7 Coleta de dados.....	30
3.8 Instrumentos de coleta de dados.....	31
3.9 Análise estatística.....	33
4 RESULTADOS.....	34
4.1 Caracterização sócio-demográfica e econômica.....	35
4.2 Caracterização sócio-demográfica e econômica por microárea.....	38
4.3 Prevalência de sintomas sugestivos de asma e conhecimento sobre asma.....	42
4.4 Sintomas sugestivos de asma, conhecimento sobre asma, escolaridade e estrato socioeconômico.....	50
5 DISCUSSÃO.....	55
5.1 Caracterização sócio-demográfica e econômica.....	56
5.2 Caracterização sócio-demográfica e econômica por microárea.....	58

5.3 Prevalência de sintomas sugestivos de asma e conhecimento sobre asma.....	60
5.4 Sintomas sugestivos de asma, conhecimento sobre asma, escolaridade e estrato socioeconômico.....	67
6 CONCLUSÕES.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICES.....	78
ANEXOS.....	84

1 INTRODUÇÃO

1.1 Definição de Asma

A asma é uma doença heterogênea caracterizada por uma inflamação crônica das vias aéreas (GINA, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012). Descrita como uma doença comum e potencialmente grave que pode ser controlada, porém não curada (GINA, 2017).

É definida pela história de sintomas respiratórios como: chiado, falta de ar, aperto no peito e tosse que variam ao longo do tempo quanto a ocorrência, intensidade e frequência (GINA, 2017).

Esses sintomas são decorrentes da broncoconstrição, do aumento da produção de muco e do espessamento inflamatório das paredes dos brônquios. A limitação do fluxo aéreo é difusa, variável e, na maior parte das vezes, reversível de forma espontânea ou com tratamento farmacológico (GINA, 2017).

Assim, pacientes asmáticos podem apresentar ausência de sintomas e limitação variável do fluxo expiratório por semanas ou meses. Por outro lado podem também vivenciar surtos episódicos (exacerbações) que causam impacto negativo tanto na vida do paciente quanto da sua família (GINA, 2017).

É considerada uma doença multifatorial e os fatores para o seu desenvolvimento e exacerbação resultam da interação de fatores genéticos e ambientais, como exposição a alérgenos, alterações climáticas, exercícios, infecções respiratórias virais, fatores psicossociais, entre outros (GINA, 2017; MARTINEZ; VERCELLI, 2013). Outros determinantes que vêm sendo associados à prevalência de asma são: pertencer ao sexo masculino, ter baixo peso ao nascer, tabagismo materno ou domiciliar e exposição secundária à poluição nas grandes cidades (SLY, 2011).

Apesar de a asma ser considerada uma única doença, estudos recentes têm focado em sua heterogeneidade associada a diferentes processos patológicos subjacentes. *Clusters* reconhecíveis de características demográficas, clínicas e/ou fisiopatológicas são agora chamados de “fenótipos da asma”. Então, a asma consiste em múltiplos fenótipos que, inicialmente, foram baseados nas características clínicas, mas agora envolvem uma ligação biológica. Por enquanto, mais pesquisas são necessárias para se entender os diferentes fenótipos de asma

para que seja possível a elaboração de tratamentos individualizados. Alguns fenótipos mais comumente encontrados são: Asma alérgica, asma não alérgica, asma de início tardio, asma com limitação fixa ao fluxo aéreo e asma com obesidade (GINA, 2017).

Além disso, o paciente com asma pode ser classificado de acordo com sua etiologia (ex: asma ocupacional), gravidade (asma intermitente ou asma persistente leve, moderada e grave) e de acordo com os níveis de controle da doença. Uma vez que o objetivo primordial do tratamento do paciente com asma é o controle da doença, as diretrizes atuais enfatizam o manejo através da classificação por nível de controle (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015). Sendo assim os asmáticos são classificados em: controlados, parcialmente controlados e não controlados, segundo seus sintomas, limitações das atividades, despertares noturnos, uso de medicação de resgate e função pulmonar (GINA, 2017).

A asma deixou de ser vista como uma doença exclusivamente pulmonar e passou a ser tratada como sistêmica devido aos seus vários comprometimentos, como alterações posturais, desbalanço do sistema nervoso autônomo, descondicionamento físico, obesidade e inflamação sistêmica. Essas alterações são capazes de afetar diretamente a qualidade de vida do indivíduo além de gerar limitações nas atividades de vida diárias e podendo estar ligada a altos níveis de ansiedade e depressão (MARTINEZ; VERCELLI, 2013; ARAÚJO et al., 2015; CARSON et al., 2013; BARKER et al., 2013).

Portanto a asma é considerada um problema mundial com impactos diretos na vida dos pacientes e seus familiares, bem como custos elevados para a saúde pública. Diante desse quadro, há a necessidade de desenvolvimento de ações adequadamente coordenadas para melhor identificação e manejo da doença.

1.2 Epidemiologia da Asma

A asma é uma doença crônica que acomete cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo (em 60% dos casos, crianças), com prevalência global de 1 a 18% (havendo variação desse índice de região para região e de país para país) e com mais de 250.000 óbitos por ano. Pode afetar indivíduos de qualquer idade, raça e área geográfica, embora seja mais frequente em países mais desenvolvidos (GINA,

2017).

No Brasil, estima-se que haja 20 milhões de pessoas com asma, considerando uma prevalência de 10% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012). Estudos realizados com amostras de crianças em idade escolar demonstraram taxas de prevalência elevadas, em torno de 20% da população pediátrica (BARRETO et al., 2014; SOLÉ et al., 2015). Segundo a um estudo de levantamento transversal de prevalência global de asma em adultos, a taxa de prevalência de asma diagnosticada foi de 4,3%, já o Brasil ficou entre os cinco países com maior taxa de prevalência sendo uma média de 12% de asma diagnosticada pelo médico e 22,6% sintomas de asma (TO et al., 2012).

Anualmente ocorrem cerca de 210.000 internações por asma no Brasil, constituindo-se a quarta causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (2,3% do total) e sendo a terceira causa entre crianças e adultos jovens (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015; DATA SUS, 2013; BOINGI et al., 2012). É responsável por reinternações frequentes (71% das crianças tem mais de um episódio de internação) e atendimentos em serviços de urgência (82% dos casos procuram serviço de urgência de 1 a 4 vezes por mês) (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015).

A taxa de mortalidade no país entre 1998 e 2007, foi de 1,52/100.000 habitantes (variação, 0,85-1,72/100.000 habitantes), com estabilidade na tendência temporal desse período (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012). Importante destacar que a asma grave está presente em aproximadamente 5-10% dos asmáticos e é a forma da doença que mais causa morbidades e mortalidade (ALMEIDA et al., 2012).

A asma impõe crescente carga à sociedade em termos de redução da qualidade de vida, morbidade e custos com cuidados de saúde (AMARAL; PALMA; LEITE, 2012).

Em 2011, Barnett e Nurmagambetov afirmaram que o custo direto com asma foi de 2.009 dólares por pessoa por ano (BARNETT; NURMAGAMBETOV, 2011). E o custo da asma aumenta proporcionalmente com a gravidade da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012).

No Brasil, o número de hospitalizações por asma no Sistema Único de Saúde (SUS) diminuiu de 400 mil/ano para menos de 200 mil/ano entre 2000 e 2012, com uma diminuição não proporcional de 30% no gasto bruto com essas hospitalizações (R\$ 110 milhões vs. R\$ 80 milhões). É necessário lembrar que, apesar da diminuição de internações, estatísticas oficiais mostram que o número de mortes por asma (3.000 mortes/ano) se manteve inalterado (DATA SUS, 2014). As taxas de hospitalização e mortalidade são variadas, a depender do local de estudo e características regionais e ambientais (SOUZA-MACHADO et al., 2008)

Em 2013, 2.047 pessoas morreram de asma no Brasil, isto é, aproximadamente 5 óbitos/dia e mais de 120.000 hospitalizações por ano. De 2008 à 2013, houve redução de 10% e 36% do número absoluto de óbitos e hospitalizações por asma, respectivamente. No entanto, a taxa de mortalidade da asma em pacientes hospitalizados aumentou aproximadamente 25% durante esse período. Portanto, a mortalidade da asma no Brasil ainda é alta. Sendo uma doença tratável, óbitos por essa doença, muitas vezes prematuramente, deveriam ser uma fatalidade muito rara nesse contexto. As internações hospitalares em virtude de doenças respiratórias são um desfecho negativo na qualidade de vida dos pacientes e também no sistema público de saúde (CARDOSO et al., 2017).

Quanto ao sexo, a asma na infância é mais comum entre meninos em uma proporção de 2: 1, mas ao atingir a puberdade, esta relação tende a se igualar progressivamente e tornar-se mais frequente entre as mulheres, sem uma explicação comprovada para tal fato (ARTEAGA et al., 2013). Um estudo realizado com 400 pacientes asmáticos maiores que 12 anos não encontrou diferença na prevalência de asma entre os sexos, porém os resultados sugerem que as mulheres asmáticas sofrem maior impacto e frequência em seus sintomas respiratórios e apresentam mais limitações na vida diária do que os homens, sendo assim, são mais afetadas em sua qualidade de vida (ZILLMER et al., 2014).

Embora os avanços em relação ao manejo da doença sejam reconhecidos, infelizmente, ela continua a ser apontada como uma das principais causas de absentismo escolar, menor desempenho acadêmico, estresse psicológico e baixa qualidade de vida (GÓMEZ; DURÁN, 2012).

1.3 Diagnóstico da asma:

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma (2012) e com a *Global Initiative for Asthma* (2017), o diagnóstico clínico da Asma é sugerido pela presença de um ou mais sintomas, como dispneia, tosse crônica, sibilância, opressão ou desconforto torácico, sobretudo à noite ou nas primeiras horas da manhã (GINA, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012)

Além dos sintomas típicos, o modo com que se apresentam também pode contribuir para o diagnóstico da doença. A variabilidade dos sintomas, o desencadeamento de sintomas por irritantes inespecíficos (como fumaças, odores fortes e exercício) ou por aeroalérgenos (como ácaros e fungos), a piora dos sintomas à noite e a melhora espontânea ou após o uso de medicações específicas para asma são características que quando presentes aumentam a probabilidade de diagnóstico de asma (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012). Por outro lado, tosse isolada, produção crônica de escarro, falta de ar associada à tontura, sensação de desmaio ou formigamento periférico, dor no peito ou dispneia induzida por exercício com inspiração ruidosa são características menos frequentemente associadas à doença. (GINA, 2017)

Nem sempre o exame físico do asmático é específico, pois, a presença de sibilos, indicativos de obstrução ao fluxo aéreo, podem não ocorrer em todos os pacientes. Além disto, as principais diretrizes clínicas para o diagnóstico de asma ressaltam a necessidade de confirmação diagnóstica por meio de métodos objetivos, visto que os sinais e sintomas da asma não são patognomônicos da doença (GINA, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012).

Os testes diagnósticos disponíveis na prática clínica incluem espirometria (antes e após o uso de broncodilatador), testes de broncoprovocação e medidas seriadas do Pico de Fluxo expiratório (PFE) (GINA, 2016, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012).

Segundo o Protocolo de Asma, diagnóstico e Manejo, elaborado pela Prefeitura de Belo Horizonte em parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2015, é de grande importância para o diagnóstico da asma realizar uma boa anamnese. A história clínica deve incluir, além da sintomatologia já descrita, a idade

do aparecimento dos sintomas, a frequência e intensidade das exacerbações ou crises, a necessidade de atendimentos de emergência e presença de co-morbidades como rinite e refluxo gastroesofágico. Deve-se ainda pesquisar a história familiar de asma, atopia e também identificar a presença de fatores desencadeantes dos sintomas (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015).

Vale lembrar que nem sempre todos esses achados estão presentes, o que pode dificultar o diagnóstico da doença (MARTINEZ, 2013). Além disso, a asma pode apresentar várias expressões distintas, de acordo com a idade, fatores desencadeadores, ausência de evidência objetiva disponível e variação na evolução ao longo do tempo, o que também atua como dificultador do processo diagnóstico (MERINO;GANDARILLAS, 2013).

A correta identificação dos verdadeiros asmáticos é essencial para evitar tanto o subdiagnóstico quanto o excesso terapêutico (MERINO;GANDARILLAS, 2013). Até mesmo a taxa de mortalidade da doença muitas vezes está ligada a um diagnóstico incorreto e consequente tratamento inadequado para a doença (MARTINEZ, 2013). A asma mal controlada ou incorretamente tratada pode evoluir desfavoravelmente com exacerbações de extrema gravidade, que podem ser quase fatais ou evoluir para o óbito (ALMEIDA et al., 2012). Um número considerável dos casos de internação por asma por exemplo, ainda recebem diagnóstico de pneumonia (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015).

O manejo adequado da doença engloba o diagnóstico e tratamento precoce, fundamentais para limitar a frequência e gravidade das exacerbações, evitar a deterioração da função pulmonar, prevenir a morte por asma e manter a qualidade de vida do indivíduo e sua família (MONZÓ; LAITA; CARCELLER, 2012).

No Brasil, uma parcela substancial dos asmáticos não são reconhecidos e, portanto, não são diagnosticados e nem recebem o tratamento adequado (MARTINEZ, 2013), caracterizando o subdiagnóstico da asma (DE LUNA et al., 2013; JUCÁ et al., 2012).

Em seu estudo, De Luna et al.(2013), identificou que respostas dos indivíduos asmáticos a perguntas que são importantes para o seu diagnóstico como: “você já teve asma alguma vez na vida?” dependem do reconhecimento do indivíduo sobre a doença, o que, por sua vez, depende da percepção de seus familiares, do acesso do paciente ao sistema de saúde, da percepção e concepção do médico assistente e da morbidade da doença (DE LUNA et al., 2013).

Assim, o conhecimento que o paciente possui sobre a sua doença, pode influenciar diretamente no diagnóstico. Asmáticos com má percepção de sua doença possuem um maior risco de subestimá-la e receber tratamento insuficiente. Embora a percepção do paciente seja um aspecto de interesse para clínicos e pesquisadores, ainda não há um consenso estabelecido sobre um padrão ouro para mensurá-la objetivamente (ALMEIDA et al., 2012).

1.4 Tratamento e controle da Asma:

O tratamento da asma tem como objetivos principais: restaurar a melhor condição clínica possível, controlar os sintomas e permitir atividades normais; manter a melhor função pulmonar possível e prevenir limitação crônica do fluxo aéreo; prevenir a recorrência dos sintomas tratando a inflamação; eliminar interrupções do sono, evitar idas a emergência e a necessidade de hospitalização (GINA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012; PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015).

O manejo da asma pode ser conduzido de diferentes formas, dependendo de aspectos culturais, socioeconômicos e regionais. Contudo, o acompanhamento do asmático deve se basear em cinco componentes inter-relacionados: Parceria médico-paciente, identificação e controle dos fatores de risco, avaliação, monitoramento e manutenção do controle da asma, prevenção e controle de riscos futuros, consideração de situações especiais no manejo da asma (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012).

Nos últimos anos o tratamento farmacológico para asma avançou de forma importante. Ao invés de focar no tratamento das crises apenas, o tratamento atual consiste em evitar que elas ocorram, promovendo melhor qualidade de vida ao paciente. Procura-se priorizar o uso da medicação por via inalatória. Há o tratamento inalatório para controle da inflamação brônquica (associação do broncodilatador com o corticosteroide) e o uso do broncodilatador de ação rápida para alívio imediato dos sintomas nas situações de exacerbações dos sintomas ou crises agudas (KUBO; NASCIMENTO, 2013).

Além da prescrição e da disponibilização do tratamento farmacológico de acordo com a gravidade da asma, a educação e a orientação sobre o automanejo da

doença passaram a ser aspectos indispensáveis na abordagem clínica do paciente com asma (GINA, 2017).

Essa mudança do modelo de intervenção apenas biomédico para o modelo biopsicossocial, baseia-se em um novo paradigma da saúde, no qual o processo de recuperação do indivíduo está fundamentalmente associado ao modo como o sujeito se comporta em relação a sua saúde (THOMAS; CASTRO, 2012).

Diante disso, nos deparamos com o fato de que apesar dos avanços na implementação de diretrizes para o manejo da asma e do seu tratamento, observamos ainda pouco controle da doença (FASCIGLIONE; CASTAÑEIRAS, 2010). Isso pode ocorrer por vários motivos, como: falta de diagnóstico da doença, falta de acesso dos pacientes ao sistema de saúde, tratamento inadequado ou a não utilização da medicação prescrita de forma correta, que pode ser por falta de entendimento, ou por falta de aderência, apesar da orientação recebida (KLOK et al., 2014).

O controle bem sucedido dos sintomas em asma depende de alguns fatores determinantes: a medicação, uso adequado e garantia de acesso, alteração de fatores de risco modificáveis e o emprego de estratégias não farmacológicas. Portanto é de grande importância que cada paciente seja treinado e receba alguma formação a respeito das habilidades essenciais e do auto tratamento orientado para a doença. Para isto, informação sobre asma, métodos corretos de uso do inalador, aderência ao tratamento, plano de ação por escrito para a doença, autocuidado orientado e reavaliação médica regular devem fazer parte de um programa de educação em saúde voltado para pacientes com asma. (GINA, 2017)

Desta forma, além de um diagnóstico correto e prescrição adequada, a eficácia do tratamento depende também da adoção por parte dos pacientes de comportamentos compatíveis com as orientações e recomendações providas pelo profissional da saúde (LIMA et al., 2014).

A adesão vem sendo discutida como um dos fatores mais importantes. O conhecimento da doença, padrões culturais, fatores socioeconômicos, falta de percepção dos sintomas da asma, eventos adversos das medicações e habilidade no uso de dispositivos de inalação são aspectos que reconhecidamente podem influenciar a aderência ao tratamento e consequentemente o controle da asma (MACHADO; SANTOS; CRUZ, 2010).

A Falta de aderência ao tratamento da asma tornou-se um problema

frequentemente observado e está associado ao aumento dos sintomas, capacidade pulmonar prejudicada, aumento do consumo de recursos de saúde e impacto negativo na qualidade de vida (BENDER; RAND, 2004). Além disso, a má aderência é apontada como um fator de risco para a morte por asma (FERNANDES et al., 2014).

É imprescindível que o paciente entenda a sua doença, seu tratamento e tenha um plano de ação por escrito para uso em situações de exacerbação dos sintomas. No caso das crianças e adolescentes, o manejo da asma encontra-se sob a responsabilidade dos pais ou cuidadores e o conhecimento destes em relação à doença, à identificação dos fatores agravantes, ao controle dos fatores desencadeantes e ao uso adequado dos medicamentos pode influenciar fortemente na adesão ao tratamento e favorecer o controle dos sintomas (RONCADA et al., 2016).

No Brasil, o atendimento ao asmático é realizado em todos os níveis de atenção da rede de serviços públicos de saúde - primário, secundário e terciário (ARAÚJO; ROCHA; ALVIM, 2014).

Em destaque, a atenção primária à saúde é considerada um nível essencial na assistência ao asmático, pois é capaz de realizar diagnóstico precoce, tratamento, controle e acompanhamento da maioria dos pacientes com essa doença, propiciando melhor acesso ao atendimento e reconhecimento das condições ambientais em que vivem esses usuários (ARAÚJO; ROCHA; ALVIM, 2014).

Assim, a asma é considerada uma condição sensível à atenção primária, ou seja, um problema de saúde que pode ter seu risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas da atenção primária.

1.5 Educação e conhecimento em Asma

A educação associada ao tratamento farmacológico é fundamental para o manejo adequado da asma, devendo ser parte integral do cuidado com pacientes de qualquer idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012).

Dentre os princípios gerais para o manejo da asma de acordo com GINA (2017) destaca-se o conhecimento em saúde, definido como a capacidade do

paciente de obter, processar e compreender informações básicas sobre saúde, para que possa tomar decisões adequadas. Este aspecto deve ser levado em consideração tanto nos programas de educação sobre asma quanto, pelos gestores de serviços de saúde que prestam assistência aos pacientes com asma.

Assim, o conhecimento sobre a asma é fundamental para o diagnóstico, para adesão desejada ao tratamento e para o controle adequado da doença. Por meio do conhecimento da doença, os processos de adesão ao tratamento e adaptação a mudanças fazem com que o desfecho final seja a melhoria da qualidade de vida do paciente (SAINI et al., 2011).

Apesar da educação em saúde ser relevante para todos os pacientes, os indivíduos variam de acordo com as suas habilidades, capacidades ou vontade de assumir responsabilidades indicando a necessidade de personalização dos programas de educação em saúde voltados para os pacientes com asma (GINA, 2017)

Estudos que proporcionem uma avaliação do grau de conhecimento das pessoas sobre diferentes aspectos da asma ajudam na identificação de mitos e pontos pouco compreendidos sobre a doença. Assim, as informações produzidas poderão subsidiar programas de educação em asma mais individualizados e eficazes, que possam ter o objetivo de favorecer o diagnóstico adequado, o tratamento precoce e adesão ao tratamento em busca do controle dos sintomas, prevenção de exacerbações e da perda permanente da função pulmonar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência dos sintomas de asma, o conhecimento sobre asma e a relação existente entre essas duas variáveis, em famílias adscritas e cadastradas na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Prof. Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (USF VI), do Município de Ribeirão Preto.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência de sintomas sugestivos de asma através de instrumento de triagem específico (QTB-ECRHS) em usuários da Unidade de Saúde da Família VI, do Município de Ribeirão Preto.
- Identificar o nível de conhecimento sobre asma, por meio de um questionário específico e validado, em usuários da Unidade de saúde da Família VI, do Município de Ribeirão Preto.
- Identificar o estrato socioeconômico de usuários da Unidade de Saúde da Família VI, do Município de Ribeirão Preto.
- Identificar a associação entre sintomas de asma, nível de conhecimento sobre a asma e estrato socioeconômico de indivíduos cadastrados na Unidade de Saúde da Família VI, do Município de Ribeirão Preto.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo transversal, para a análise da prevalência de sintomas sugestivos de asma e nível de conhecimento sobre asma na população adstrita na área da Unidade de Saúde da Família VI “Prof. Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho” (USF VI) no município de Ribeirão Preto (SP) no período de outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

3.2 Participantes do estudo

Como participantes foram considerados adultos moradores na área de abrangência e cadastrados na Unidade de Saúde da Família VI, sem distinção de sexo, que concordaram em participar da pesquisa. Optou-se por considerar apenas participantes adultos (com idade igual ou superior a 18 anos) por se acreditar que crianças e adolescentes poderiam não conseguir compreender e responder adequadamente os questionários utilizados no estudo, como o de conhecimento sobre asma, classificação econômica e de sintomas.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado” com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número: 47670315.0.0000.5414 (anexo A). Todos os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas para as pesquisas realizadas com seres humanos.

3.3 Local do estudo

O atendimento ao indivíduo asmático é realizado nos três níveis de atenção na rede de serviços públicos de saúde da cidade de Ribeirão Preto/SP: primário, secundário e terciário.

Nesse estudo optou-se pelo cenário da atenção primária visto que ela é considerada um nível essencial na assistência do indivíduo com asma. A Atenção primária é capaz de realizar o diagnóstico precoce, tratamento, controle, educação em saúde e acompanhamento longitudinal da maioria dos pacientes com essa

doença, propiciando melhor acesso ao atendimento e reconhecimento das condições ambientais em que vivem os usuários.

Sendo a asma considerada uma condição sensível à atenção primária, entendemos que esse é o nível de atenção mais adequado para a realização da pesquisa em questão, que busca avaliar a prevalência dos sintomas de asma bem como o conhecimento apresentado pelos usuários sobre a doença e a relação existente entre essas duas variáveis.

A parceria entre a Universidade de São Paulo (USP) e a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto possibilitou o convênio em que o Departamento de Medicina Social da FMRP – USP é responsável pelo gerenciamento de USFs. Além da assistência prestada à população, estas USFs são locais de ensino, pesquisa e extensão para cursos de graduação e pós-graduação das áreas de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Dentre as USFs gerenciadas pelo Departamento de Medicina Social FMRP – USP, escolhemos realizar este trabalho na Unidade de Saúde da Família Prof. Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (USF VI). É composta por 5 microáreas de diferentes perfis sociodemográficos e abrange uma população de em média 2500 pessoas, possuindo atualmente cerca de 614 famílias cadastradas. Têm como característica uma população heterogênea e possui uma microárea de alta vulnerabilidade social (área de favela).

3.4 Critérios de Inclusão

- Família cadastrada na Unidade de Saúde da Família VI.
- Ter idade igual ou superior a 18 anos.

3.5 Critérios de Exclusão

- Indivíduo entrevistado apresentando comprometimento na compreensão e comunicação verbal.
- Informações ou dados incompletos ou inconsistentes no preenchimento do questionário.

3.6 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi calculado levando-se em consideração prevalência de asma clínica em adultos no Brasil de 12% (TO et al., 2012), número de famílias cadastradas no USF VI de 614, admitindo-se um erro amostral máximo de 5% e um coeficiente de confiança de 95%. Desta forma, foi estimado um tamanho amostral mínimo de 129 participantes, segundo a fórmula:

$$n = \frac{Z^2 (1-y)/2 Np(1-p)}{d^2 (N-1) + Z^2 (1-y)/2 p(1-p)}$$

Considerando-se a possibilidade de recusas, o tamanho amostral foi ajustado em 10%, totalizando 142 participantes.

3.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de visitas aos domicílios dos moradores cadastrados na Unidade de Saúde da Família VI (USF VI), onde apenas uma pessoa adulta foi considerada para a entrevista. A escolha dos domicílios visitados foi feita através de processo aleatório utilizando-se lista contendo todas as famílias cadastradas na USF VI e uma lista eletrônica de números (sorteio), respeitando-se as divisões das microáreas. Assim, considerando-se a existência de 5 microáreas, foram sorteados inicialmente cerca de 30 domicílios em cada microárea, totalizando 150 domicílios.

Inicialmente, a pesquisadora visitava o domicílio selecionado e fazia contato com o morador informando o motivo da pesquisa e o convidando a participar do estudo. Caso o indivíduo concordasse, era assinado o termo de consentimento livre e esclarecido TCLE (Apêndice B) e realizada a entrevista. Foram utilizados questionários de caracterização dos participantes, contendo informações sócio demográficas: nome, idade, endereço, gênero, etnia, naturalidade, procedência, estado civil e ocupação (Apêndice A), questionário de triagem para investigação de presença de diagnóstico de asma ou de sintomas da doença no domicílio, elaborado pelas pesquisadoras (Apêndice C), o questionário de triagem de asma em adultos (QTB ECRHS – anexo B) para a identificação dos prováveis portadores de asma. A

seguir, foi aplicado os Critérios de Classificação Econômica do Brasil (ABEP- anexo C) e o questionário de conhecimento sobre asma (anexo D). Ao final, foi entregue ao participante um folheto informativo (Apêndice D), elaborado pelas pesquisadoras, sobre principais aspectos da doença: definição, diagnóstico, prevenção e tratamento, além do esclarecimento de possíveis dúvidas apresentadas pelo indivíduo ou por sua família. Os dados coletados foram armazenados em planilhas do *Excel for Windows 2010* e analisados posteriormente. Ressalta-se que os indivíduos identificados como possíveis portadores de asma foram encaminhados a USF VI para detalhamento diagnóstico, tratamento e seguimento.

Foram visitados ao todo 201 domicílios e entrevistados 100 indivíduos, de acordo com o fluxograma abaixo:

Figura 1 - Fluxograma da composição da amostra do estudo

3.8 Instrumentos de Coleta de dados

Os instrumentos usados para a coleta de dados foram: Questionário de caracterização dos participantes, Questionário de triagem, Questionário QTA-B

ECRHS para diagnóstico de asma em adultos, Critério de Classificação econômica Brasil 2015 e Questionário sobre o conhecimento em asma.

O questionário de caracterização dos participantes (Apêndice A), elaborado pelas pesquisadoras desse estudo, é composto pelas seguintes variáveis: nome, idade, endereço, gênero, etnia, naturalidade, estado civil e ocupação.

O segundo questionário aplicado foi denominado de triagem (Apêndice C), elaborado também pelas pesquisadoras e engloba quatro perguntas, inspiradas nos questionários ISAAC e QTA-B ECRHS, com o objetivo de avaliar: Presença de diagnóstico de asma em alguém do domicílio e se há algum dos sintomas da doença em pessoas da casa como: tosse, chiado no peito ou falta de ar, todos sem associação ao resfriado ou gripe.

Foi também aplicado o questionário para avaliação da presença de sintomas sugestivos de asma em adultos. O questionário usado foi o de triagem de asma do inquérito de saúde respiratória da Comunidade Européia (ECRHS) (anexo B), validado no Brasil por Andrade em 2007. Apresenta 10 perguntas que englobam presença e frequência de sintomas de asma, impacto no sono e uso de medicamentos para a doença. Cada resposta afirmativa tem valor de 1 ponto e pontuações iguais ou maiores que 4 caracterizam presença de sintomas sugestivos de asma.

O instrumento usado para classificar economicamente a amostra do estudo foi o Critério de Classificação Econômica Brasil 2015 (anexo C), elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). É baseado em posse de bens, atrelando a cada item uma quantidade de pontos, além disso, inclui perguntas sobre o acesso a serviços públicos (água encanada e rua pavimentada) e grau de instrução do chefe de família. As pontuações realizadas classificam o indivíduo entrevistado em algum dos seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2 e DE.

O último instrumento aplicado foi o questionário sobre o conhecimento em asma (anexo D) desenvolvido e validado por Borges et al (2010). Composto por 34 perguntas que exploram aspectos do tratamento da asma, etiologia, sintomas, desencadeantes, tratamento, uso de inaladores, prevenção e planos de ação. As respostas são distribuídas nas seguintes categorias: “verdadeiro”, “falso” e “não sei”. Para o presente estudo, consideramos com referência nos valores de score médio apresentado por Borges et al (2010), como um conhecimento suficiente em asma

pontuações iguais ou superiores a 20 acertos e um conhecimento insuficiente em asma pontuações inferiores a 20 acertos. A pontuação total máxima do questionário é 34.

3.9 Análise estatística

Os dados foram analisados através da estatística descritiva e estão apresentados na forma de tabelas, contendo frequências absolutas e relativas, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão). Para a comparação das proporções das variáveis qualitativas entre dois grupos independentes utilizou-se o Teste Exato de Fischer. A associação entre as variáveis foi mensurada através da Razão de Prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança a 95% (IC 95%). Com a finalidade de analisar a relação entre score de sintomas de asma e nível de conhecimento sobre asma foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman e utilizou-se o modelo de Regressão linear simples. O nível de significância adotado para todos os testes estatísticos será fixado em 5%.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica e econômica

Foram entrevistados 100 indivíduos, sendo 82 do sexo feminino, representando 82% da amostra total.

Conforme podemos observar na tabela 1, a média de idade dos participantes foi de 52,5 anos (DP= 19,5), com idade mínima de 18 e máxima de 88 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes quanto ao gênero e idade.

Variáveis	Participantes
Gênero	
Masculino	18
Feminino	82
Idade	
Média	52,56
DP	19,514
Mediana	56,5
Mínimo	18
Máximo	88
IQ	35 – 67

De acordo com a tabela 2 que apresenta a caracterização sociodemográfica e econômica da amostra estudada, a faixa etária predominante foi de igual ou superior a 60 anos, com 46 indivíduos representando 46% do total, seguida pela faixa de 18 a 39 anos que representou 29% dos participantes.

A amostra de entrevistados foi composta em sua maioria por casados ou amasiados, 61 indivíduos (61%). Em relação à cor/raça houve um predomínio de pardos, com 49 indivíduos totalizando 49% do total, seguida da categoria branca, que representou 40% dos participantes.

Em relação à naturalidade, observou-se que 58 indivíduos eram procedentes

de outras localidades (fora de Ribeirão Preto), o que expressa a maioria dos nossos participantes (58%). Quanto a variável ocupação, a maior parte dos entrevistados da pesquisa relatou se enquadrarem na categoria “do lar”, esses totalizam 36 pessoas, seguida da categoria “empregado” que representou 33% dos participantes. Vale ressaltar que a categoria “do lar” engloba apenas pessoas que nunca trabalharam e que na categoria empregado foram incluídas atividades profissionais informais, de acordo com a interpretação do indivíduo acerca de ocupação.

Sobre a escolaridade, houve predomínio do nível fundamental incompleto representando 35% da amostra total e um expressivo número de nível de não alfabetizados que representou 22% dos indivíduos.

A classificação econômica também foi avaliada no estudo. Utilizou-se o Critério de Classificação Econômica do Brasil, elaborado pela Associação brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP – 2015), e observou-se predomínio da nossa amostra na Classe C (51%), sendo 25 pessoas enquadradas na classe C1 e 26 pessoas na classe C2.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e econômica da amostra estudada.

Variáveis	Distribuição em categorias	Participantes	
		N	%
Gênero	Masculino	18	18
	Feminino	82	82
Idade (anos)	18-39	29	29
	40-59	25	25
	≥ 60	46	46

Variáveis	Distribuição em categorias	Participantes	
		N	%
Estado civil	Solteiro	15	15
	Casado/ Amasiado	61	61
	Divorciado/ Separado	9	9
	Viúvo	15	15
Cor/Raça	Branco	40	40
	Preto	8	8
	Pardo	49	49
	Indígena	0	0
	Amarelo	3	3
Naturalidade	Ribeirão Preto	42	42
	Outras localidades	58	58
Ocupação	Empregado	33	33
	Aposentado	20	20
	Do lar	36	36
	Estudante	4	4
	Desempregado	7	7
Escolaridade	Não alfabetizado	22	22
	Fund.* incompleto	35	35
	Fund.* completo	15	15
	Médio incompleto	4	4
	Médio completo	21	21
	Superior incompleto	1	1
	Superior completo	2	2

Variáveis	Distribuição	Participantes	
	em categorias	N	%
Classificação econômica (estratos)	A	0	0
	B1	11	11
	B2	22	22
	C1	25	25
	C2	26	26
	DE	16	16

* Fund. – Ensino Fundamental.

4.2 Caracterização sociodemográfica e econômica por microárea

A cidade de Ribeirão Preto se localiza na região nordeste do Estado de São Paulo e sua população estimada é 682.302 habitantes. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

A Assistência à saúde é organizada em cinco regiões, que são denominadas Distritos de Saúde. Localizados da seguinte forma: Região norte: Distrito Simioni, Região Sul: Distrito Vila Virgínia, Região Leste: Distrito Castelo Branco, Região Oeste: Distrito Sumarezinho e Região Central: Distrito central.

Os distritos de saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos, epidemiológicos e sociais. Cada distrito possui uma Unidade Básica Distrital de Saúde e Unidades básicas de saúde no modelo tradicional ou com equipes de saúde da família (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

As equipes de saúde da família estão implantadas em unidades dos Distritos Leste, Norte e predominantemente no Oeste (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2016)

A Unidade de Saúde da Família escolhida para realização do estudo se localiza no distrito Oeste e é responsável pela assistência sanitária a 614 famílias cadastradas, o que representa aproximadamente 2000 indivíduos na sua área de

abrangência (Figura 2). A unidade possui uma Equipe de saúde da família composta por uma médica de saúde da família, uma enfermeira, cinco agentes comunitários, três auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo e uma auxiliar de limpeza.

Figura 2- Mapa com localização e área de abrangência da Unidade de Saúde da Família VI, localizada no Distrito de Saúde Oeste de Ribeirão Preto.

- ( ) Unidade de Saúde da Família VI
- ( ) Área de abrangência da USF VI

Fonte: Autor

A USF VI é composta por cinco microáreas (numeradas de 1 a 5) que apresentam diferentes características e nas tabelas 3 e 4, podemos analisar os resultados de acordo com essa perspectiva.

Notamos que de forma geral há um predomínio do sexo feminino em todas as microáreas conforme mencionado anteriormente. Foram entrevistadas 20 pessoas de cada microárea e, através da análise da tabela 3, podemos destacar as microáreas 1 e 3, compostas no total por 40 entrevistados cada, sendo a grande maioria (18 em cada microárea) do sexo feminino, o que representa 90% dos participantes dessas microáreas.

Tabela 3 - Distribuição de gênero, segundo microáreas.

Microárea	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
1	2	10	18	90
2	4	20	16	80
3	2	10	18	90
4	4	20	16	80
5	6	30	14	70
Total	18	18	82	82

Na tabela 4 encontra-se a representação das características sociodemográficas e econômicas e observou-se que, diferentemente das outras microáreas onde a maioria dos indivíduos pertencem à faixa etária igual ou superior a 60 anos, a microárea 1 apresenta uma população mais jovem, sendo 75% dos indivíduos pertencentes à faixa de 18-39 anos.

Outros dados que podemos destacar em relação a essa microárea é que foi a que mais apresentou indivíduos que relataram a categoria de ocupação “Do Lar” (45% da amostra dessa microárea), o nível de escolaridade não alfabetizado (45% da amostra dessa microárea) e com relação à classificação econômica, foi a microárea que apresentou maior número de pessoas na classe DE (9 indivíduos – 45%), seguida da microárea 4 [3 indivíduos (18,7%) dos entrevistados].

Em relação à naturalidade, nas microáreas 4 e 5 houve predomínio de pessoas nascidas em Ribeirão Preto e na Microárea 1, a maioria é procedente de outras localidades (80% das pessoas entrevistadas nessa microárea).

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica e econômica da amostra estudada, de acordo com as microáreas.

Variáveis	Microáreas					41
	M1	M2	M3	M4	M5	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Gênero						
Masculino	2 (10)	4(20)	2(10)	4(20)	6(30)	18 (18)
Feminino	18 (90)	16 (80)	18(90)	16 (80)	14 (70)	82 (82)
Idade (anos)						
18-39	15 (75)	6 (30)	2 (10)	3 (15)	3 (15)	29 (29)
40-59	4 (20)	5 (25)	5 (25)	6 (30)	5 (25)	25 (25)
≥ 60	1 (5)	9 (45)	13 (65)	11 (55)	12 (60)	46 (46)
Estado civil						
Solteiro	3 (15)	7 (35)	3 (15)	1 (5)	1 (5)	15 (15)
Casado/ Amasiado	15 (75)	7 (35)	12 (60)	14 (70)	13 (65)	61 (61)
Divorciado/ Separado	1 (5)	1 (5)	1 (5)	4 (20)	2 (10)	9 (9)
Viúvo	1 (5)	5 (25)	4 (20)	1 (5)	4 (20)	15 (15)
Cor/ Raça						
Branco	4 (20)	7 (35)	11 (55)	9 (45)	9 (45)	40 (40)
Preto	5 (25)	1 (5)	0 (0)	1 (5)	1 (5)	8 (8)
Pardo	11 (55)	12 (60)	8 (40)	10 (50)	8 (40)	49 (49)
Indígena	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Amarelo	0 (0)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	2 (10)	3 (3)
Naturalidade						
Ribeirão Preto	4 (20)	7 (35)	7 (35)	11 (55)	13 (65)	42 (42)
Outras localidades	16 (80)	13 (65)	13 (65)	9 (45)	7 (35)	58 (58)
Ocupação						
Empregado	7 (35)	7 (35)	6 (30)	8 (40)	5 (25)	33 (33)
Aposentado	0 (0)	4 (20)	6 (30)	5 (25)	5 (25)	20 (20)
Do lar	9 (45)	6 (30)	7 (35)	6 (30)	8 (40)	36 (36)
Estudante	1 (5)	1 (5)	1 (5)	1 (5)	0 (0)	4 (4)
Desempregado	3 (15)	2 (10)	0 (0)	0 (0)	2 (10)	7 (7)

Variáveis	Microáreas					42
	M1	M2	M3	M4	M5	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Escolaridade						
Não alfabetizado	9 (45)	2 (10)	4 (20)	3 (15)	4 (20)	22 (22)
Fund.* incompleto	6 (30)	10 (50)	8 (40)	6 (30)	5 (25)	35 (35)
Fund.* completo	2 (10)	4 (20)	2 (10)	4 (20)	3 (15)	15 (15)
Médio incompleto	2 (10)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	1 (5)	4 (4)
Médio completo	1 (5)	3 (15)	4 (20)	6 (30)	7 (35)	21 (21)
Superior incompleto	0 (0)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Superior completo	0 (0)	1 (5)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	2 (2)
Classificação econômica						
A	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0(0)	0 (0)
B1	0 (0)	3 (15)	5 (25)	1 (5)	2 (10)	11 (11)
B2	2 (10)	6 (30)	6 (30)	5 (25)	3 (15)	22 (22)
C1	3 (15)	6 (30)	6 (30)	4 (20)	6 (30)	25 (25)
C2	6 (30)	4 (20)	2 (10)	7 (35)	7 (35)	26 (26)
DE	9 (45)	1 (5)	1 (5)	3 (15)	2 (10)	16 (16)

4.3 Prevalência de sintomas sugestivos de asma e conhecimento sobre asma

Com a finalidade de identificar pessoas com sintomas sugestivos de asma nos domicílios visitados, utilizou-se o questionário de triagem de asma do inquérito de saúde respiratória da Comunidade Européia (QTA-B ECRHS). Verificamos pontuações iguais ou maiores que 4 em 24 participantes, caracterizando presença de sintomas sugestivos de asma em 24 % da amostra (tabela 5).

Vale ressaltar que a microárea 3 apresentou a maior porcentagem de indivíduos com sintomas sugestivos de asma, totalizando 7, 29,1% do total de participantes que apresentou sintomas.

Tabela 5 – Prevalência de sintomas sugestivos de asma pela resposta ao QTA_B_ECRHS

Variáveis	Participantes (n=100)
Sintomas de asma	
Apresenta	24
Não apresenta	76
Score QTA-B ECRHS	
Média	2,31
DP	2,48
Mediana	1,0
Mínimo	0
Máximo	9
IQ	0,0 – 3,0

Ainda sobre a prevalência de sintomas sugestivos de asma, foram elaboradas 4 perguntas, denominadas de triagem (T1 a T4), cujos resultados foram organizados na tabela 6. Podemos destacar que 30% da amostra afirma que alguém em casa tem ou já teve asma diagnosticada, 54% apresenta alguém no domicílio com tosse sem estar resfriado ou gripado e 41% dos participantes apresentou alguém em casa que tem ou já teve falta de ar e chiado no peito.

Tabela 6 – Representação das respostas às perguntas de triagem

Perguntas de triagem	Sim		Não		Não sabe	
	N	%	N	%	N	%
T1. Alguém em casa tem ou já teve asma?	30	30	70	70	0	0
T2. Alguém em casa tem ou já teve tosse sem estar resfriado ou gripado?	54	54	46	46	0	0
T3. Alguém em casa tem ou já teve chiado no peito sem estar resfriado ou gripado?	41	41	59	59	0	0

Perguntas de triagem	Sim		Não		Não sabe	
	N	%	N	%	N	
T4. Alguém em casa tem ou já teve falta de ar sem estar gripado ou resfriado?	41	41	59	59	0	0

Os participantes foram também questionados sobre a procura de serviços de saúde no último ano por causa da asma ou sintomas de asma. Doze (12) participantes responderam sim, sendo que seis deles informaram que procuraram a USF, três procuraram um especialista em asma e três procuraram o serviço de pronto atendimento (PA). Importante ressaltar que desses doze indivíduos, três relataram necessidade de internação no último ano por asma ou sintomas de asma, sendo que, desses três, dois relataram procurar a USF quando necessitam e um relatou que nunca procura a USF, somente o PA.

Em relação ao conhecimento sobre asma foi aplicado o questionário desenvolvido e validado por Borges et al (2010). Para interpretação das respostas do questionário, o instrumento foi considerado como unidimensional e assim a descrição foi de acordo com a soma de acertos em relação às 34 questões aplicadas. Foi estipulado, como escore referente a possuir um conhecimento suficiente sobre asma, número de acertos iguais ou maiores que 20 e escore referente a um conhecimento insuficiente sobre asma número de acertos inferiores a 20. Observou-se que 64 participantes apresentaram conhecimento suficiente sobre asma, representando a maior parte dos entrevistados (64%), com média de acertos de 20,34 (DP=3,6) (Tabela 7).

Tabela 7- Conhecimento sobre asma.

Variáveis	Participantes (n=100)
Conhecimento sobre asma	
Suficiente	64
Insuficiente	36

Variáveis	Participantes
	(n=100)
Score questionário	
Média	20,34
DP	3,607568
Mediana	21
Mínimo	7
Máximo	28
IQ	18 – 23

Ao analisarmos somente o subgrupo de indivíduos que apresentaram sintomas sugestivos de asma (24 participantes), identificamos que em relação ao gênero 70,8% eram do sexo feminino e a média de idade encontrada foi de 50,12 anos (DP=18,74), com idade mínima de 18 anos e máxima de 78 anos (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos participantes com sintomas sugestivos de asma quanto ao gênero e idade.

Variáveis	Participantes
Gênero	
Masculino	7
Feminino	17
Idade	
Média	50,125
DP	18,74
Mediana	59
Mínimo	18
Máximo	78
IQ	36,5 – 64

O perfil sociodemográfico e econômico deste subgrupo é apresentado na tabela 9, onde se observa que a maior proporção dos indivíduos com sintomas sugestivos de asma está na faixa etária maior ou igual a sessenta anos (50%), é casado/amasiado (62,5%), pardo (50%), natural de Ribeirão Preto (66,7%), empregado (37,5%), com nível de escolaridade fundamental incompleto (33,3%) e classificação econômica C1 (37,5%).

Tabela 9 - Caracterização sociodemográfica e econômica dos participantes que apresentaram sintomas sugestivos de asma.

Variáveis	Distribuição em categorias	Participantes	
		N	%
Gênero	Masculino	7	29,2
	Feminino	17	70,8
Idade (anos)	18-39	7	29,2
	40-59	5	20,8
	≥ 60	12	50
Estado civil	Solteiro	6	25
	Casado/ Amasiado	15	62,5
	Divorciado/ Separado	1	4,2
	Viúvo	2	8,3
Cor/Raça	Branco	10	41,7
	Preto	0	0
	Pardo	12	50
	Indígena	0	0
	Amarelo	2	8,3
Naturalidade	Ribeirão Preto	16	66,7
	Outras localidades	8	33,3

Variáveis	Distribuição em categorias	Participantes	
		N	%
Ocupação	Empregado	9	37,5
	Aposentado	4	16,7
	Do lar	7	29,2
	Estudante	3	12,5
	Desempregado	1	4,2
Escolaridade	Não alfabetizados	4	16,7
	Fund.* incompleto	8	33,3
	Fund.* completo	5	20,8
	Médio incompleto	1	4,2
	Médio completo	5	20,8
	Superior incompleto	1	4,2
	Superior completo	0	0
Classificação econômica (estratos)	A	0	0
	B1	4	16,7
	B2	5	20,8
	C1	9	37,5
	C2	5	20,8
	DE	1	4,2

As respostas desse subgrupo para as perguntas de triagem (T1 a T4) foram representadas na tabela 10. O dado que mais se destaca é que 41,7% desses indivíduos responderam que ele(a) e nenhum outro morador do seu domicílio tem a asma.

Tabela 10 - Representação das respostas dos participantes com sintomas sugestivos de asma às perguntas de triagem (T1 a T4).

Perguntas de triagem	Sim		Não		Não sabe	
	N	%	N	%	N	%
T1. Alguém em casa tem ou já teve asma?	14	58,3	10	41,7	0	0
T2. Alguém em casa tem ou já teve tosse sem estar resfriado ou gripado?	20	83,3	4	16,7	0	0
T3. Alguém em casa tem ou já teve chiado no peito sem estar resfriado ou gripado?	21	87,5	3	12,5	0	0
T4. Alguém em casa tem ou já teve falta de ar sem estar gripado ou resfriado?	19	79,2	5	20,8	0	0

Em relação ao conhecimento sobre asma nesses participantes com sintomas sugestivos da doença, a média de score foi 20,7 pontos (DP=3,11), mediana igual a 21, score mínimo de 15 pontos e máximo de 26 pontos no questionário.

Entre os 24 participantes desse subgrupo, 10 apresentaram conhecimento insuficiente sobre a doença, segundo os critérios usados no presente estudo (score < 20), representando 41,6% desses participantes.

Tomando como referência o artigo de desenvolvimento e validação do questionário de conhecimento sobre asma usado nessa pesquisa, construímos a tabela 11 que representa a proporção de erros e acertos desse subgrupo a cada uma das perguntas do questionário e também a classificação das temáticas que cada uma das questões aborda de acordo com o artigo citado (Borges et al., 2010).

Tabela 11 - Respostas apresentadas por participantes com sintomas sugestivos de asma ao questionário de conhecimento sobre asma.

Questões/ Assunto*	Acertos		Erros		p
	n	%	n	%	
1. Etiopatologia	19	79,2	5	20,8	0,008
2. Etiopatologia	18	75	6	25	0,0247

Questões/ Assunto*	Acertos		Erros		p
	n	%	n	%	
3. Etiopatologia	3	12,5	21	87,5	0,0005
4. Tratamento	16	66,7	8	33,3	0,1530
5. Tratamento	9	37,5	15	62,5	0,307
6. Etiopatologia	11	45,8	13	54,2	0,838
7. Etiopatologia	12	50	12	50	0,838
8. Etiopatologia	7	29,2	17	70,8	0,066
9. Etiopatologia	20	83,3	4	16,7	0,0022
10. Tratamento	6	25	18	75	0,0247
11. Tratamento	7	29,2	17	70,8	0,0247
12. Tratamento	3	12,5	21	87,5	0,0005
13. Inaladores	7	29,2	17	70,8	0,066
14. Inaladores	16	66,7	8	33,3	0,153
15. Tratamento	12	50	12	50	0,838
16. Inaladores	10	41,7	14	58,3	0,540
17. Tratamento	6	25	18	75	0,0247
18. Desencadeadores	23	95,8	1	4,2	<0,0001
19. Desencadeadores	19	79,2	5	20,8	0,008
20. Desencadeadores	23	95,8	1	4,2	<0,0001
21. Desencadeadores	24	100	0	0	-
22. Desencadeadores	22	91,7	2	8,3	0,0001

Questões/ Assunto*	Acertos		Erros		p
	n	%	n	%	
23. Desencadeadores	13	54,2	11	45,8	0,838
24. Desencadeadores	18	75	6	25	0,0247
25. Desencadeadores	17	70,8	7	29,2	0,066
26. Desencadeadores	9	37,5	15	62,5	0,307
27. Plano de ação	22	91,7	2	8,3	0,0001
28. Desencadeadores	17	70,8	7	29,2	0,0662
29. Plano de ação	17	70,8	7	29,2	0,0662
30. Tratamento	22	91,7	2	8,3	0,0001
31. Plano de ação	22	91,7	2	8,3	0,0001
32. Plano de ação	13	54,2	11	45,8	0,838
33. Plano de ação	15	62,5	9	37,5	0,307
34. Plano de ação	20	83,3	4	16,7	0,0022

* Assuntos categorizados por questão com referência em Borges et al., 2010.

4.4 Sintomas sugestivos de asma, conhecimento sobre asma, escolaridade e estrato socioeconômico

Foi utilizado o Teste Exato de Fisher para comparar proporções de variáveis categóricas em nossa amostra. Não observamos diferenças estatisticamente significativas entre grupos considerando: estrato socioeconômico e conhecimento sobre asma ($p=0,127$), escolaridade e conhecimento sobre asma ($p= 0,182$), escolaridade e sintomas de asma ($p=0,625$) e estrato socioeconômico e sintomas de asma ($p= 0,194$).

Com a finalidade de confirmar a presença ou não de associação e medir uma eventual associação presente entre as variáveis acima se calculou a Razão de

Prevalência (RP) e seus intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Também não foi observada nenhuma associação estatisticamente significativa entre as variáveis: conhecimento e sintomas de asma [RP 1,13 (IC95% 0,77-1,64)] estrato socioeconômico e sintomas de asma [RP 0,75 (IC95% 0,35 – 1,58)], escolaridade e sintomas de asma [RP 1,31 (IC95% (0,58-2,96)], estrato socioeconômico e conhecimento sobre asma [RP 1,20 (IC95% (0,87-1,66)] e escolaridade e conhecimento sobre asma [RP 1,16 (IC95% 0,85-1,59)].

Por fim, com a finalidade de avaliar a influência de uma variável sobre a outra, realizou-se o cálculo de regressão linear simples. Com a finalidade de facilitar a análise estatística, foram considerados os dados numéricos (variáveis contínuas) das variáveis sintomas de asma (escore) e conhecimento de asma (número de acertos). As variáveis escolaridade e estrato sócioeconômico foram consideradas variáveis ordinais. O resultado das análises mostrou correlação pequena e fraca, embora com valor p significativo para algumas delas, entre as seguintes variáveis:

- Sintomas sugestivos de asma e conhecimento em asma ($r=0,15$; $y=0,2347 + 0,1020x$; $p=0,8690$), significando que para cada acerto sobre conhecimento em asma o escore de sintomas sugestivos de asma aumenta em 0,10 (gráfico 1).

Gráfico 1 - Correlação entre sintomas sugestivos de asma (escore ECRHS) e conhecimento em asma (número de acertos) em indivíduos adscritos na USF VI – Ribeirão Preto/SP

- Sintomas sugestivos de asma e escolaridade ($r=0,07$; $y=1,9971+ 0,1126 x$; $p=0,0001$), significando que para cada aumento em um nível de escolaridade o escore de sintomas de asma aumenta em 0,1126 (gráfico 2).

Gráfico 2 - Correlação entre sintoma sugestivo de asma (escore ECRHS) e escolaridade em indivíduos adscritos na USF VI – Ribeirão Preto/SP

- Sintomas sugestivos de asma e estrato socioeconômico ($r=0,05$; $y=1,8992 + 0,1893 x$; $p= 0,024$), significando que para cada aumento do estrato socioeconômico o escore de sintomas sugestivo de asma (ECRHS) aumenta em 0,1893 (gráfico 3).

Gráfico 3 - Correlação entre sintoma sugestivo de asma (escore ECRHS) e estrato socioeconômico em indivíduos adscritos na USF VI – Ribeirão Preto/SP

- Conhecimento sobre asma e escolaridade ($r=0,20$ $y= 19,0749 + 0,4551x$; $p<0,0001$), significando que para cada aumento em um nível de escolaridade o escore de conhecimento em asma aumenta em 0,4551 (gráfico 4).

Gráfico 4- Correlação entre conhecimento sobre asma e escolaridade em indivíduos adscritos na USF VI – Ribeirão Preto/SP

- Conhecimento em asma e estrato socioeconômico ($r=0,22$; $y=17,7883 + 1,1759 x$; $p<0,0001$), significando que para cada aumento no estrato socioeconômico o conhecimento em asma aumenta em 1,1759 (gráfico 5).

Gráfico 5- Correlação entre conhecimento em asma e estrato socioeconômico em indivíduos adscritos na USF VI – Ribeirão Preto/SP

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sócio-demográfica e econômica

No presente estudo, a maioria dos indivíduos entrevistados era do sexo feminino (82%) e com faixa etária igual ou superior a 60 anos (46%). Podemos citar como uma das prováveis causas para esse resultado a metodologia escolhida em nosso estudo, visitas domiciliares em horário comercial, que pode facilitar o predomínio desse perfil encontrado.

O estudo de Menezes et al.(2015) sobre a prevalência de diagnóstico médico de asma em adultos brasileiros, utilizou metodologia semelhante, selecionando para entrevista apenas um indivíduo de 18 anos ou mais de cada domicílio, sorteado por meio de processo aleatório simples, e encontrou entre a sua amostra de 60.202 adultos cerca de 60% do sexo feminino. Alith e colaboradores (2015), em sua pesquisa sobre asma que engloba diferentes faixas etárias, relatam que a maioria dos pacientes com idade maior ou igual a 41 anos era do sexo feminino, corroborando os nossos resultados (MENEZES et al., 2015; ALITH et al., 2015).

É preciso ainda se considerar que, a partir de 1970, o Brasil vem sofrendo uma transição demográfica rápida que tem provocado significativas alterações na estrutura etária da população. Nos dias atuais, observa-se um contingente cada vez maior de pessoas com 60 anos ou mais de idade em nossa sociedade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Com relação a cor/raça na amostra estudada, houve um predomínio de participantes que se autodeclararam pardos (49%) e brancos (40%), o que pode ser justificado pela distribuição desta característica na população, que, segundo o último censo demográfico são as categorias predominantes na população município de Ribeirão Preto/SP (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A maior parte dos indivíduos entrevistados relatou ser casado(a)/amasiado(a). Resultados semelhantes foram encontrados por Brischiliari (2014) em seu estudo sobre doenças crônicas não transmissíveis, que encontrou 65,3% de indivíduos

casados/ amasiados. Da mesma forma, Drummond e Alves (2013), em sua pesquisa sobre perfil sócio econômico e demográfico em idosos atendidos pela ESF, observaram grande proporção de indivíduos pertencentes a esta categoria (ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014; DRUMMOND; ALVES, 2013).

Grande parte dos participantes desse estudo referiu ter como principal ocupação ser “do lar”. Segundo a Moraes, Moreira e Luiz (2011), a ocupação é considerada um dos principais meios de acesso à renda e aos serviços básicos e também está fortemente associada a melhores níveis de saúde. Os autores mencionam ainda, que a exclusão do indivíduo do mercado de trabalho além de gerar privação material, pode leva-lo a restrição de direitos, de segurança sócio econômica e de auto-estima. Outro fator que pode ter contribuído para esse resultado é o predomínio do sexo feminino em nossa amostra. A manutenção do modelo de família patriarcal confere à mulher a responsabilidade pelas tarefas domésticas e criação dos filhos, dificultando a conciliação das obrigações familiares com as atividades profissionais (NEVES, 2013).

O estudo também revelou que 58% dos moradores entrevistados eram procedentes de outras localidades (fora de Ribeirão Preto). Essa pesquisa foi realizada em Ribeirão Preto – SP, cidade do interior paulista que tem sido destaque no cenário nacional pelos seus aspectos demográficos e econômicos. Sua principal atividade econômica está ligada ao setor agroindustrial, organizado principalmente a partir da cultura canavieira, que oferece muitos postos de trabalho e oportunidade de renda. Esses dados podem explicar a grande atração pelo local, que caracteriza o perfil migratório para este município. Entre 1995 e 2000, 32.000 pessoas migraram para a região, vindas principalmente de outros locais da região sudeste (39,1%) e nordeste (33,5 %). Porém se considerarmos apenas migrações interestaduais, os dados mostram que 65% dos imigrantes são oriundos dos estados do nordeste, o concorda com os dados dos entrevistados que relatam, em sua maioria, virem de cidades nordestinas. (DEDECCA; MONTALI; BAENINGER,2009; OLIVEIRA, M. 2016)

A maioria dos participantes deste estudo apresentou baixa escolaridade. Observou-se o predomínio de indivíduos que não terminaram o ensino fundamental e indivíduos que nunca estudaram (ensino fundamental incompleto e não alfabetizados). Possivelmente, este perfil se deva à história de vida destas pessoas que, sendo mais velhas (50% dos entrevistados tinham 60 anos ou mais), viveram

sua juventude em uma época em que a escola não era prioridade e sim o trabalho, muito importante principalmente para as famílias de baixa renda (OLIVEIRA, R. et al, 2016). Estes dados relativos à escolaridade são confirmados pelo perfil de instrução apresentado pelo último censo demográfico, que relata que aproximadamente metade da população brasileira com mais de dez anos nunca estudou ou tem apenas o ensino fundamental incompleto, representando 50,2% da população geral (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Apesar dessa taxa representar um avanço em relação ao último levantamento realizado pelo Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE) de 2000, é um dado preocupante, pois, entre outros fatores, vários autores destacam que a escolaridade é um fator decisivo para o entendimento das orientações fornecidas pelas equipes de saúde e para a adesão adequada ao tratamento (REMONDI;ODA;CABRERA,2014).

O mesmo resultado pôde ser observado no estudo de Carmo e colaboradores (2011) que avaliou um programa de controle da asma em Unidades de Saúde da Família e encontrou tempo de estudo inferior a 9 anos entre a maioria dos entrevistados (CARMO; ANDRADE; NETO, 2011).

Por fim, com relação à caracterização sócio econômica da população estudada, observou-se que a maioria dos entrevistados pertenciam ao estrato sócio econômico C. Relatos da literatura apontam que áreas e grupos populacionais em situações sócio econômica menos favoráveis apresentam taxas de morbidade e mortalidade mais elevadas quando comparados àqueles com melhores condições de vida (ANTUNES et al., 2013), sendo, portanto uma variável importante para traçar um perfil da população estudada, segundo os objetivos do nosso estudo.

5.2 Caracterização sociodemográfica e econômica por microárea

Segundo Antunes et al. (2013) considerar a forma de organização social do espaço geográfico, estratificando os dados de saúde de acordo com essa categoria de análise, constitui estratégia que permite compreender melhor a ocorrência e distribuição de agravos à saúde, esclarecendo, em parte, aspectos da dinâmica do processo saúde-doença que muitas vezes não podem ser evidenciados a partir de

dados que não consideram variações espaciais. Assim sendo e considerando-se que os serviços de saúde são organizados em base espacial, conhecer o espaço geográfico pode permitir adequação individualizada das ações de saúde às necessidades dos moradores, favorecendo a adoção de intervenções em saúde mais equitativas

Seguindo essa perspectiva e sopesando o perfil heterogêneo do território, optou-se por relatar as características sócio demográficas e econômicas, segundo dados do Esus, das cinco microáreas da Unidade de Saúde VI.

Esta análise permitiu identificar a microárea 1 como sendo a com população entrevistada mais jovem (18-39 anos), com maior concentração de pessoas com menor escolaridade (45% dos entrevistados dessa microárea não são alfabetizados) e com maior número de pessoas pertencendo ao estrato sócio econômico DE (menor pontuação no questionário da ABEP que considera posse de bens, acesso a serviços de infraestrutura urbana e grau de instrução).

Essa microárea apresenta maior grau de vulnerabilidade que as demais, sendo considerada uma região de “favela”. Observamos que há um crescimento nas cidades de áreas habitadas por pessoas em moradias precárias, formando ocupações irregulares que podem afetar as condições de saúde dessa população (AITH; SCALCO, 2015). Nas cidades, o surgimento e o agravamento das patologias estão muito ligados ao modo de vida, às desigualdades sociais e ambientais (JARA; HIDALGO; HANSEN, 2010).

Ribeiro e Silva (2016), em seu estudo, analisaram as desigualdades interurbanas associadas a internações hospitalares por doenças respiratórias e circulatórias em uma área da cidade de São Paulo. Os autores consideraram para as análises da distribuição espacial das internações: concentração de favelas, perfil sócio ambiental, índice de desenvolvimento humano (IDH) e população. Dos 14 distritos estudados, 13 apresentavam áreas de favela. Observaram que, em relação a internações por doenças do aparelho respiratório em pessoas de 60 anos ou mais, a distribuição espacial aponta desigualdade em saúde, ou seja, maiores taxas de internação relacionadas a pior perfil sócio ambiental, maior concentração de favelas, baixo IDH quando comparados aos distritos com melhor perfil sócio ambiental e IDH alto.

No presente estudo, no entanto não foi observada diferença estatisticamente significativa na prevalência de sintomas sugestivos de asma entre

as microáreas, apesar da diferença de perfil sócio-demográfico, ambiental e econômico que a microárea 1 apresentou. O fato pode ser explicado pela complexidade do processo saúde-doença, não sendo o perfil sócio-demográfico e ambiental o único fator determinante, mas envolvendo também variáveis biológicas. Além disso, o estudo envolveu apenas a população adscrita da USF6 limitando a extrapolação das conclusões para outros locais.

5.3 Prevalência de sintomas sugestivos de asma e conhecimento sobre asma

Como resposta ao principal objetivo desse estudo, verificamos que a prevalência de sintomas de asma na população estudada foi de 24%, frequência mais elevada do que o encontrado em outros estudos.

A maior parte dos estudos encontrados na literatura sobre prevalência de asma ou sintomas de asma foram realizados em crianças e adolescentes, com menos informações disponíveis referentes à população adulta. A European Community Respiratory Research (ECRHS) e a Pesquisa Mundial de Saúde (World Health Survey – WHS) avaliaram a prevalência de asma em adultos através de inquérito realizado em vários países. O estudo encontrou prevalência global de autorrelato de diagnóstico de asma estimada em 4,3% (IC95% 4,2 – 4,4). No Brasil, um dos países participantes da pesquisa, a prevalência de autorrelato de diagnóstico de asma foi aproximadamente de 12% e de sintomas de asma em torno de 22,6%, ultrapassando a prevalência global estimada pela WHS em adultos (com idade maior ou igual a 18 anos). Entre os países de médio GNI PPP (gross national income adjusted for purchasing power parity) a prevalência no Brasil foi a mais alta (TO et al., 2012).

Diferentemente da estimativa da WHS, Menezes et al., (2015) realizou uma pesquisa de prevalência de diagnóstico médico de asma em adultos brasileiros, também com idade maior ou igual a 18 anos, utilizando dados coletados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). A amostra final foi composta por 60.202 adultos, sendo a maioria mulheres e a prevalência encontrada foi de 4,4% (IC95% 4,1-4,7).

O presente estudo verificou a presença de sintomas sugestivos de asma, relevantes para o diagnóstico clínico da doença. Como já se sabe, a asma pode se manifestar clinicamente de diferentes formas (fenótipos), de acordo com a idade de

início de sintomas, presença de atopia, perfil inflamatório, fatores desencadeadores, gravidade e resposta ao tratamento. Esta diversidade de aspectos aliada à ausência de medida objetiva disponível para o reconhecimento preciso da doença torna o diagnóstico médico mais difícil. No nosso meio, não é incomum encontrar indivíduos com asma, apresentando sintomas típicos, sem nunca ter sido devidamente diagnosticado. O subdiagnóstico é uma realidade preocupante, pois está diretamente associado ao subtratamento, à falta de controle dos sintomas e a maiores risco de complicações futuras (MELLO et al., 2013).

Assim, a identificação precoce de prováveis asmáticos e a abordagem adequada dos casos a partir da confirmação diagnóstica é o melhor caminho para se resolver esta questão e o uso de questionários padronizados e validados destinados à triagem e diagnóstico epidemiológico de asma, são recursos bastante úteis que devem ser utilizados para este fim (ANDRADE, 2007; SOLÉ, 1997; TO et al., 2012).

Entretanto, é preciso atentar para o risco de se superestimar a prevalência especialmente naquelas situações em que o paciente pode apresentar outra doença que se manifesta clinicamente com sintomas semelhantes ao da asma, como é o caso das doenças bronquiais na infância e da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em adultos (MENEZES et al., 2015; TO et al., 2012). Estar atento para os diagnósticos diferenciais da asma considerando-se algumas características individuais como, por exemplo, a idade é um modo de minimizar as chances de se superestimar a prevalência de asma ou sintomas de asma (MENEZES et al., 2015; TO et al., 2012).

Assim, Menezes et al., (2015) sugere que a média elevada de prevalência observada no Brasil em relação a outros países pode ocorrer pela forma como foi avaliado o desfecho (autorrelato de diagnóstico), o que poderia ter elevado a prevalência. Esta reflexão também se aplica ao presente estudo que, da mesma forma se baseou em informações obtidas a partir de auto relatos de sintomas sugestivos de asma através de questionário validado para este fim. Apesar disto, considerando o objetivo do presente estudo, esta possibilidade não invalida os resultados, já que como instrumentos de “triagem”, os questionários estariam cumprindo seu papel, permitindo identificar casos prováveis na comunidade e estudar até que ponto o nível de conhecimento sobre asma está relacionado ao reconhecimento da doença.

No presente estudo, 41% das pessoas relataram apresentar ou ter alguém no domicílio que apresenta chiado no peito (sibilo) sem estar resfriado ou gripado, superando o que foi encontrado no WHS (22,6% de presença de sibilo no Brasil e uma taxa global de presença de sibilo de 8,6%) (TO et al., 2012). Uma proporção de 30% dos participantes respondeu ter asma ou ter alguém em casa com diagnóstico de asma, demonstrando que parte dos entrevistados reconhece a doença e isto pode ter contribuído para o nível de conhecimento sobre a asma observado no estudo (64%).

Quando questionados sobre a procura de serviços de saúde no último ano por causa da asma ou sintomas de asma, 12% dos entrevistados responderam afirmativamente sugerindo doença já diagnosticada e em atividade (não controlada), dado similar ao encontrado no estudo WHS onde a prevalência de asma diagnosticada no Brasil também foi de 12% (TO et al., 2012). Destes 12 indivíduos, a maioria (50%) relatou procurar a USF e 25%, a unidade de pronto atendimento (PA) mostrando que a porta de entrada preferencial destes pacientes foi a unidade de atenção primária, local que tem como preceitos assistir de forma resolutive e continuada seus usuários, além de coordenar o cuidado em saúde de sua população adscrita. O PA foi o local procurado por 25% dos entrevistados, que não é o que se espera para estes pacientes, exceto em situações de exacerbações graves dos sintomas. Não foi objetivo deste estudo investigar o fluxo destes pacientes no sistema de saúde, mas este resultado sugere que a USF cumpre seu papel à medida em que é procurada para resolver a demanda do seu usuário, mas pode estar perdendo a oportunidade de assistir, orientar e acompanhar outros que ainda procuram preferencialmente a emergência (PA). Muitos pacientes seguem sem acompanhamento adequado, com qualidade de vida bastante comprometida, tratando a asma apenas nas crises de exacerbação dos sintomas, retardando o tratamento da inflamação brônquica e aumentando risco de internações desnecessárias e morte (MARCHIORO et al., 2014; CARDOSO et al., 2017).

Três entrevistados relataram internação por asma no último ano, indicando doença ativa e não controlada, por falta de tratamento adequado ou pela gravidade da doença. Programas de educação em saúde podem ser desenvolvidos e implantados com o objetivo de informar o paciente sobre sua situação de saúde e envolvê-lo de forma co-participativa no tratamento da sua doença, além de engajá-

los em atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde (PARTRIDGE, 2012; KUBO; NASCIMENTO, 2013).

Entretanto, mesmo com tratamento adequado, alguns pacientes não conseguem alcançar o controle dos sintomas. Muitas têm sido as razões apontadas para este desfecho, desde gravidade maior da doença observada em 5 a 10% dos pacientes com asma, até baixa adesão ao tratamento e às orientações dos profissionais de saúde (GINA, 2017). Um fator que frequentemente está relacionado à baixa adesão na asma é a falta de conhecimento sobre a doença, tanto por parte do paciente quanto do profissional de saúde, contribuindo de forma importante para a discrepância entre o que o profissional de saúde diz e o que o paciente entende (CARMO; ANDRADE; NETO, 2011; KUBO; NASCIMENTO, 2013; MELLO et al., 2013).

A intervenção educacional na asma, associada a um plano escrito de automanejo, permite maior controle dos sintomas e a redução de internações hospitalares, visitas aos serviços de emergência e visitas médicas não agendadas, além de reduzir o absenteísmo ao trabalho e à escola (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012;GINA, 2017; PINTO, 2014).

Ações educativas que favoreçam o conhecimento e a divulgação de informações sobre a asma, representam estratégia eficaz de controle da asma a curto, médio e longo prazos, além de serem instrumentos importantes para a redução do subdiagnóstico (PEREIRA; AVILA; SOLÉ, 2016; KUBO; NASCIMENTO, 2013). Profissionais de saúde, bem como os pacientes e seus familiares, devem ser educados com três objetivos principais: identificar prováveis asmáticos, controlar os sintomas dos pacientes com asma diagnosticada através do manejo e automanejo da doença e alcançar a melhor qualidade de vida possível (CIDADE et al., 2014).

O atual estudo avaliou o conhecimento sobre asma e identificou que 64% dos entrevistados conhecem asma. Foi utilizado o questionário desenvolvido e validado por Borges et al.(2010) como um elemento unidimensional, como o artigo sugere. Considerou conhecimento de asma um número de acertos iguais ou maiores que 20. Para a definição desse número nos baseamos nos resultados encontrados no artigo de Borges et al., onde é relatado que o subgrupo de pacientes asmáticos obteve uma média de escore de $21,47 \pm 4,11$ (variação:9-31) e o subgrupo controle, média de escore de $17,27 \pm 5,11$ (variação: 7-28), o que os autores consideraram baixo.

Em seu artigo, Borges et al., (2010) relata que o questionário foi aplicado no Hospital e que considerou como grupo controle acompanhantes dos pacientes asmáticos. Apesar de afirmar que esses indivíduos não tinham asma nem se envolvido no tratamento de membros da família ou de amigos com asma, supõe-se que o fato dele acompanhar o paciente mostra que ele tem convivência com alguém asmático e isto pode ter influenciado o número de acertos deste grupo.

A população envolvida no presente estudo era uma população onde a presença de sintomas de asma era desconhecida e a consideramos, a princípio, como população “sem asma”. Dentro desse raciocínio optamos pelo número de 20 acertos, que corresponde a 59% das questões, maior que os 17 observado no grupo controle do estudo de Borges et al. (2010). Este número, escolhido como parâmetro para definir conhecimento de asma, apesar de ter se baseado no artigo de validação do questionário, foi decisivo para os resultados obtidos. A média total de acertos no questionário em nossa amostra foi de 20,34 (DP=3,6), semelhante a encontrada por Borges et al. (2010) e a variação entre escore mínimo e máximo da nossa amostra foi idêntica a variação relatada no artigo original para o grupo controle (variação: 7-28). A frequência observada de 64% de conhecimento em asma foi interpretada como boa, já que se tratava de população com prevalência de asma desconhecida. Entretanto, estas pessoas pertencem a uma área com cobertura da ESF, onde práticas de educação em saúde acontecem rotineiramente e isto pode ter sido importante para aumentar o conhecimento sobre a doença, lembrando que a asma é considerada uma condição sensível à APS (ARAÚJO; ROCHA; ALVIM, 2014). Por outro lado, este número pode ter sido baixo para esta população e assim, ter superestimado o conhecimento. Entretanto, considerando o encontrado por Borges et al. (2010) (média de 17 acertos no grupo controle), o número escolhido de 20 acertos para o presente estudo pode ter sido adequado ou até mesmo elevado para a população estudada. Mesmo assim, com maior rigor na identificação de indivíduos com conhecimento em asma pelo questionário utilizando-se este escore, o estudo encontrou 64% de conhecimento entre os entrevistados, o que foi considerado bom nível de conhecimento para esta população.

O SUS estabeleceu um sistema estruturado e integrado de serviços de saúde organizados a partir da AP. Seu contexto de formulação e implantação permitiu a institucionalização de um modelo novo de atenção orientado pela noção de direito à saúde e por uma concepção ampliada de saúde. Dessa forma o Brasil incorporou a

ESF como principal modelo para a construção de práticas pautadas nas necessidades de saúde identificadas em um território. Essa estratégia tem como ponto central o vínculo e a criação de laços de compromisso entre profissionais e população, entendendo a família a partir do ambiente onde vive e suas particularidades, buscando promover a melhoria de condições de vida (ARCE; SOUZA, 2014). Pelo fato da asma ser considerada um problema de saúde pública, tem sido estimulado a realização de estudos e a implantação de programas de controle, que tem surgido por todo o país (CARMO; ANDRADE; NETO, 2011). Estudos avaliando estas iniciativas mostram impactos positivos na implementação de programas com esse fim, como por exemplo o Programa de Controle da Asma e da Rinite Alérgica na Bahia (ProAR), implantado em 2003. As análises dos dados obtidos de pacientes acompanhados neste programa demonstraram expressiva redução da utilização de recursos de saúde, redução dos custos familiares e governamentais, elevação da renda familiar e da qualidade de vida dos pacientes e observado sensível redução das taxas de hospitalização e mortalidade hospitalar por asma em Salvador após a implantação do Programa (SOUZA-MACHADO et al., 2008).

Como um dos nossos principais objetivos era identificar a prevalência de sintomas sugestivos de asma na área de estudo, optamos por analisar de forma específica esse grupo com o objetivo de traçar um perfil das pessoas que apresentaram os sintomas sugestivos de asma e como esses 24 indivíduos se comportaram em relação ao conhecimento sobre a doença.

Entre os 24 indivíduos com sintomas de asma, a maior proporção foi de mulheres (70,8%), como na amostra total do estudo. Arteaga et al.(2013) refere que a asma na infância é mais comum entre os meninos, mas ao atingir a puberdade, esta relação tende a se igualar progressivamente e tornar-se mais frequente entre as mulheres, sem uma explicação comprovada para tal fato. Em seu estudo, Menezes et al. (2013) afirma que independentemente da definição utilizada (sintomas ou diagnóstico médico) a maioria das pesquisas relata maior prevalência de asma no sexo feminino na idade adulta, ao contrário da infância, em que o sexo masculino é o que apresenta maior prevalência. Refere ainda que apesar das razões para essas diferenças conforme o sexo não estarem bem estabelecidas, possíveis explicações têm sido propostas na literatura, como o menor diâmetro das vias

aéreas relativo ao volume pulmonar e maior sensibilidade aos alérgenos nas crianças do sexo masculino.

Ainda concordando com o perfil da amostra total, os participantes desse subgrupo se apresentaram em maior proporção na faixa etária de maior ou igual a 60 anos, pardo, com nível de escolaridade fundamental incompleto e estrato econômica C1. O que esse subgrupo difere do perfil da amostra geral é ser em sua maioria natural de Ribeirão Preto e em relação à ocupação maioria se localiza na categoria empregado.

Achados parecidos foram relatos em uma pesquisa sobre prevalência de asma em adultos, onde a maior parte da amostra de 60.202 adultos era do sexo feminino (56,9%) sem instrução e fundamental incompleto (38,5%), raça/etnia pardo (49%), e residindo em zona urbana (50,01%) (Menezes et al., 2013).

No estudo de Carmo, Andrade, Neto (2011) onde avaliaram um programa de controle de asma em unidades de saúde da família, encontraram em sua amostra de 145 indivíduos (todos portadores de asma), mais da metade do sexo feminino e a maior proporção de sua amostra tinha menos de nove anos de estudo e classificava-se na classe C de nível socioeconômico, assim como na atual pesquisa.

Quando os participantes que apresentaram sintomas sugestivos de asma foram questionados sobre as perguntas de triagem (T1 a T4), um pouco menos que a metade (41,7%) dessa amostra relatou que ele(a) e nenhum outro morador do seu domicílio tem asma. Esse é um dado que nos chama a atenção já que esses indivíduos apresentaram um escore no questionário compatível com sintomas sugestivos da doença, porém não se reconhecem e provavelmente nunca foram diagnosticados como asmáticos.

Felizola et al, 2005 seu estudo sobre prevalência em asma avaliou 6.437 escolares e descreve que as prevalências de sintomas de asma encontradas foram superiores à de asma diagnosticada, o que pode representar subdiagnóstico da doença naquela população.

No estudo de prevalência global de asma em adultos que avaliou quase 5 mil adultos em todo Brasil através do inquérito WHS foi encontrada uma taxa de 12,4% de asma diagnosticada por médico e 22,6% de pessoas com sintomas sugestivo de asma. A diferença de mais de 10% entre a proporção de pessoas que têm sintomas sugestivos de asma e as que têm diagnóstico indica que o subdiagnóstico pode ser um problema expressivo (TO et al., 2012).

Sabe-se, como já mencionado anteriormente neste estudo, que uma das principais barreiras para o adequado diagnóstico e tratamento da asma é certamente a desinformação ou falta de conhecimento sobre a doença. Ainda que este estudo tenha tido um resultado geral positivo acerca do conhecimento sobre a doença, o mesmo não foi encontrado no grupo com sintomas sugestivos de asma (escore do questionário da ERCHS ≥ 4). Observou-se que 41,7% das pessoas com sintomas de asma não conhecem a doença. Este dado chama atenção, já que são prováveis asmáticos sem conhecimento sobre a doença, o que pode dificultar a percepção dos sintomas, retardar o diagnóstico e o início do tratamento.

Ao analisar as respostas do questionário de conhecimento sobre asma desse subgrupo em relação aos temas abordados pelas perguntas, observou-se que as duas perguntas com maior taxa de erro [21 pessoas (87,5 %)] foram relacionadas a etiopatologia (“Uma pessoa pode pegar asma dos gatos?”) e ao tratamento (“Os broncodilatores, por exemplo, o formoterol, são os melhores remédios para controlar a asma?”). Das 34 questões que compõem esse questionário, 12 questões (35,3% do questionário) foram respondidas de forma incorreta por esse subgrupo, a maioria delas a respeito de tratamento, o que sugere que são pessoas que não estão recebendo tratamento específico para a asma, apesar de apresentarem os sintomas.

Borges et al., (2010) observou em seu estudo que o grupo de paciente asmático respondeu incorretamente 37% das questões, sendo que a maioria foi em relação ao tratamento da doença, resultados semelhantes aos apresentados no presente estudo. O autor ainda discute que temas em que os pacientes tiveram mais dificuldade devem ser considerados em consultas médicas e em programas de educação, pois embora não exista um limiar que estabeleça um nível ideal, o conhecimento em asma é fundamental no tratamento da doença.

5.4 Sintomas sugestivos de asma, conhecimento sobre asma, escolaridade e estrato sócioeconômico

Para se estudar presença de sintomas de asma, nível de conhecimento sobre a doença e outros fatores relacionados, utilizou-se a regressão linear simples, que revelou correlação pequena e fraca, apesar de significativa, entre as variáveis.

O conhecimento em asma pode influenciar o autorrelato de sintomas sugestivos, aumentando a possibilidade de diagnóstico clínico da asma. Atualmente várias diretrizes, protocolos e recomendações destacam a importância do conhecimento sobre a doença e ações de educação em asma como um elemento-chave na identificação, manejo e controle da asma (GINA, 2017; DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA PARA O MANEJO DA ASMA, 2012). O conhecimento em asma promove a autoconfiança tanto do paciente asmático quanto dos seus familiares, o que propicia um impacto positivo na sua saúde, em virtude da mudança de comportamento frente à doença, devendo ser prioridade central de qualquer equipe ou serviço de assistência médica (CIDADE et al., 2014).

Em seu estudo com escolares com asma sobre conhecimento e formas de atuação da família, Carrasco (2013), identificou que o conhecimento sobre a asma está associado à gravidade da doença, sendo que um conhecimento insuficiente foi associado a uma maior gravidade da doença. Cuebelo, Pinchak e Gutiérrez (2010) discutem em seu artigo que a falta de conhecimento sobre a doença tem repercussões que vão além da simples informação. Pais de crianças asmáticas que têm pouco conhecimento sobre asma têm mais dificuldade para reconhecer os sintomas de início de uma crise de seus filhos, demonstram pouca aceitação do diagnóstico de asma, alta resistência ao uso de inaladores e baixa adesão às recomendações de cuidados ambientais para a redução de fatores que podem favorecer a inflamação brônquica.

Cruz (2014) destaca a desinformação como principal barreira para o diagnóstico adequado da asma e refere que a falta de percepção dos sintomas, e consequente falta de diagnóstico, pode provocar sérias consequências, tais como falta de tratamento adequado, agravamento da doença, além de risco de morte e perda irreversível da capacidade pulmonar do paciente.

Sobre a correlação entre sintomas sugestivos de asma e estrato sócioeconômico e escolaridade, resultados semelhantes foram encontrados na literatura. Tanto a baixa escolaridade como o baixo nível sócio econômico têm sido relacionados à asma na América Latina, mas alguns autores ponderam que é difícil distinguir a pobreza de outras variáveis ambientais ou estilos de vida que cursam com ela e que também podem estar envolvidos na asma, como poluição, tabagismo, infecções respiratórias, baixo peso, prematuridade, dentre outros (MENEZES et al.,

2013). Uma análise ecológica de 20 centros no Brasil mostrou associação direta entre prevalência de asma e condições sanitárias inadequadas, mortalidade infantil, índice de inequidade (GINI) e mortalidade por todas as causas (FRANCO et al., 2007). Da mesma forma, Solé (2014), estudando escolares no município de Montes Claros/MG, encontrou que a prevalência da asma na população não está apenas relacionada à predisposição genética, mas também a outros fatores especialmente a condição social. Filizola et al. (2005) também mostrou predomínio de sintomas de asma na classe social menos favorecida, o que atribuiu a provável influência de fatores ambientais, como maior exposição a poeira, mofo e pêlos de animais, ambiente domiciliar compartilhado com muitas pessoas, tabagismo, falta de acesso ao tratamento adequado e crises de maior gravidade.

Com relação ao conhecimento sobre asma, o presente estudo encontrou correlação pequena com escolaridade e estrato sócio econômico, mostrando que o conhecimento em asma aumenta à medida que grau de instrução aumenta e as condições de vida melhoram. Este dado reforça a necessidade de adequação dos programas de educação em saúde para a realidade das pessoas. As equipes de saúde devem ser capacitadas e preparadas para se comunicar de forma clara, levando em conta o perfil sóciodemográfico e econômico do paciente e seus familiares.

A qualificação de toda equipe de saúde - médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários da Estratégia de Saúde da Família, para a assistência ao paciente com asma ou sintomas de asma também deve ser uma preocupação dos gestores e de cada profissional. Equipes capacitadas a realizar visitas domiciliares com orientação sobre o controle ambiental dos alérgenos e uso dos dispositivos inalatórios, podem influenciar positivamente os desfechos associados a asma, como melhora do controle dos sintomas, redução do número de exacerbações e internações por asma.

6 CONCLUSÕES

Ao final, podemos concluir que:

- a) a prevalência de sintomas sugestivos de asma identificada pelo escore do questionário triagem de asma do Inquérito de Saúde Respiratória da Comunidade Européia (ECRHS) foi de 24% nos indivíduos estudados, discretamente acima do observado na literatura;
- b) a prevalência de conhecimento sobre asma segundo ao escore do questionário de conhecimento de Borges et al, (2010) foi de 64% na amostra total e entre os indivíduos com sintomas sugestivos de asma foi de 58,4%, também acima do esperado;
- c) a maior parte dos entrevistados (51%) pertenciam ao estrato sócioeconômico C (que engloba C1 e C2), segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil 2015, elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP);
- d) embora não tenha sido observado associação entre sintomas sugestivos de asma, conhecimento em asma e os demais fatores estudados, encontrou-se correlação positiva fraca especialmente entre conhecimento em asma e escolaridade.

Novos estudos sobre o tema, com diferentes delineamentos, devem ser incentivados, considerando novas localidades, outros grupos populacionais e gravidade da doença para que seja possível entender outros fatores relacionados ao conhecimento da asma e diagnóstico e controle da doença.

REFERÊNCIAS

- AITH, F.; SCALCO, N. Direito à saúde de pessoas em condições de vulnerabilidade em centros urbanos. **Revista USP**, São Paulo, n. 107, pp. 41-54, 2015.
- ALITH, M. B. et al. Impacto negativo da asma em diferentes faixas etárias. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 16-22, 2015.
- ALMEIDA, P. C. A. et al. Comparison between two methods of asthma control evaluation based on individual perception. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 299-307, 2012.
- AMARAL, L. M.; PALMA, P. V.; LEITE, I. C. G. Evolução das políticas públicas e programas de controle da asma no Brasil sob a perspectiva dos consensos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 518-25, 2012.
- ANDRADE, E.O. Validação do questionário de triagem de asma do inquérito de saúde respiratória da Comunidade Européia (ECRHS) na cidade de Manaus-AM. 2007.87f. Tese (Doutorado em Ciências Pneumológicas) – **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2007.
- ANTUNES, F. P. et al. Desigualdades sociais na distribuição espacial das hospitalizações por doenças respiratórias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(7):1346-1356, jul, 2013.
- ARAÚJO, A.; ROCHA, R.L.; ALVIM, C.G. Adolescência e manejo da asma: a perspectiva dos assistidos na atenção primária à saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 171-176, 2014.
- ARAÚJO, A.S.G. et al. Increased sympathetic modulation and decreased response of the heart rate variability in controlled asthma. **Journal of Asthma**, v. 52, n. 3, p. 246-253, 2015.
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. de. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. **Cad. saúde coletivo**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 62-68, 2014.
- ARTEAGA, Y. P. et al. Caracterización epidemiológica de la descompensación aguda del asma bronquial. **Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río**, v. 17, n. 4, p. 94-104, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, ABEP, Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: < www.abep.org >. Acesso 20 de julho de 2015.
- BARKER, N.J. et al. Breathing exercises for dysfunctional breathing/hyperventilation syndrome in children. **The Cochrane Library**, 2013.
- BARNETT, S.B.L.; NURMAGAMBETOV, T.A. Costs of asthma in the United States: 2002-2007. **Journal of allergy and clinical immunology**, v. 127, n. 1, p. 145-152, 2011.
- BARRETO, M. L. et al. Prevalence of asthma symptoms among adolescents in brazil: national adolescent school-based health survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, p. 106-115, 2014.

BENDER, B.G.; RAND, C. Medication non-adherence and asthma treatment cost. **Current opinion in allergy and clinical immunology**, v. 4, n. 3, p. 191-195, 2004.

BOINGI, A. C. et al. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-66, 2012.

BORGES, M.C. et al. Development and validation of an asthma knowledge questionnaire for use in Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 8-13, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [homepage on the Internet]. Brasília: DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def>>

CARDOSO T. A. et al. The impact of asthma in Brazil: a longitudinal analysis of data from a Brazilian national database system. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, São Paulo, 2017;43(3):163-168.

CARMO, T. A. do; ANDRADE, S. M. de; CERCI NETO, A. Avaliação de um programa de controle da asma em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 162-172, 2011.

CARRASCO, Z.C. Conocimientos y modos de actuación de la familia en escolares con asma bronquial. **Rev Ciencias Médicas**, Pinar del Río , v. 17, n. 4, p. 11-23, agosto 2013 .

CARSON, Kv. At al. Physical training for asthma. **Cochrane Database Syst Rev** 2013; **9**: CD001116.

CIDADE, S.F. et al. Educação em asma: principais técnicas adotadas em programas de intervenção. **Sci Med**, v. 24, n. 3, p. 297-306, 2014.

CRUZ. A.A. ASMA, uma doença negligenciada no Brasil. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro. Junho 2014, Sociedade aberta. Depoimento de Álvaro A. Cruz.

CURBELO, N.; PINCHAK, C.; GUTIERREZ, S.. Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos. **Arch. Pediatr. Urug.**, Montevideo, v. 81, n. 4, p. 225-230, dic. 2010 .

DE LUNA, M.F.G. et al. Comparação temporal das prevalências de asma e rinite em adolescentes em Fortaleza, Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 128-137, 2013.

DE OLIVEIRA, R. E. M. et al. **Uso de medicamentos por homens de uma unidade de saúde da família**. Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 63-69, 2016.

DEDECCA, C.; MONTALI, L.; BAENINGER, R. **Estudos Regionais Pólo Econômico de Ribeirão Preto**. Campinas: FINEP : NEPP : NEPO : IE Unicamp, 2009. (Regiões Metropolitanas e Pólos Econômicos do Estado de São Paulo: desigualdades e indicadores para as Políticas Sociais). Disponível em: <<http://www.nepo.unicamp.br/simesp/Site/Estudos/RP.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

DRUMMOND, A.; ALVES, E. D. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 727-738, 2013.

FASCIGLIONE, M.P.; CASTAÑEIRAS, C.E. The educational component in an integrated approach to bronchial asthma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 252-259, 2010.

FERNANDES, A.G.O. et al. Fatores de risco de morte em pacientes portadores de asma grave. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 364-372, 2014.

FRANCO, R.; SANTOS, A. C.; NASCIMENTO, H. F.; SOUZA-MACHADO, C.; PONTE, E.; SOUZA-MACHADO, A. et al. **Cost-effectiveness analysis of a state funded programme for control of severe asthma**. BMC Public Health 2007; 7: 82.

GINA BRASIL. INICIATIVA GLOBAL CONTRA A ASMA. Disponível em: <<http://www.ginanobrasil.org.br/home/>>. Acesso em 10 de junho de 2017.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). *Pocket guide for asthma management and prevention (for adults and children older than 5 years)*. Disponível em: <<http://ginasthma.org/2016-pocket-guide-for-asthma-management-and-prevention/>>. Acesso em: 15 de junho de 2017

GÓMEZ, V.; DURÁN, D. Efectos de un programa de rehabilitación pulmonar en asma severa. Presentación de caso. **Revista Ciencias de la Salud**, v. 10, n. 2, p. 89-100, 2012.

HERNÁNDEZ, M.I.M. Educação para el control del asma. **Pediatría Atención Primaria**, v. 15, p. 105-108, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=354340&idtema=87&search=sao-paulo|ribeirao-preto|censo-demografico-2010:-resultados-gerais-da-amostra->>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

JARA, J. J.; HIDALGO, M. T.; HANSEN, R. S. "La ciudad desde los determinantes de la salud". In: GALVÃO, L. A. C.; FINKELMAN, J.; HENAO, S. **Determinantes ambientales y sociales de la salud**. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2010.

JUCÁ, S.B.C. et al. Asthma prevalence and risk factors in adolescents 13 to 14 years of age in Cuiabá, Mato Grosso State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 689-697, 2012.

KLOK, T. et al. Every parent tells a story: why non-adherence may persist in children receiving guideline-based comprehensive asthma care. **Journal of Asthma**, v. 51, n. 1, p. 106-112, 2014.

KUBO, A.V. ; NASCIMENTO, E.N. Educação em saúde sobre asma brônquica na atenção primária. **ABCS health sci**, v. 38, n. 2, 2013.

LIMA, G.R. et al. Seguimento das diretrizes terapêuticas e adesão à farmacoterapia no tratamento da asma. **Brasília Méd**, Brasília, v. 50, n. 3, 2014.

MACHADO, A.S; SANTOS, P.M; CRUZ, A.A. Adherence to treatment in severe asthma: Predicting factors in a program for asthma control in Brazil. **World Allergy Organization Journal**, v. 3, n. 3, p. 1, 2010.

MARCHIORO, J. et al. Nível de controle da asma e sua relação com o uso de medicação em asmáticos no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 487-494, 2014.

- MARTINEZ , F.D; VERCELLI, D. Asthma. **The Lancet**, v. 382, n. 9901, p. 1360-1372, 2013.
- MARTINEZ, J.A.B. Nem tudo que sibila é asma!. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 39, n. 4, 2013. Editorial.
- MELLO, L. M. et al. Assessment of Asthma Knowledge and Management by Primary Health Care Teams in a Brazilian City - Basis for a Program of Professional Training in Asthma. In: **EAACI-WAO Congress 2013 of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology**, 2013, Milão. Abstract Book, 2013. v. I. p. 167-167.
- MENEZES, A. M. B. et al. Prevalência de diagnóstico médico de asma em adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. São Paulo, 2015, v. 18, n. Suppl 2 [Acessado 14 dezembro de 2017] , pp. 204-213. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060018>>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060018>.
- MERINO, A.G.; GANDARILLAS, I.M. Diagnóstico del asma. **Pediatría Atención Primaria**, v. 15, p. 89-95, 2013.
- MIRANDA, G.M.D.; GOUVEIA, A.D.C.M, ANDRADE, A.L.S. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro. 2016;19(3):507-519.
- MONZÓ, M.T.A; LAITA, J.A.C; CARCELLER, M.E. Diagnóstico del asma: El Pediatra de Atención Primaria y el Diagnóstico de Asma. Documentos técnicos do Grupo de Vias Respiratórias (GVR), publicação DTGVR-6. Associação Espanhola de Pediatria em Atenção Primária. 2012. Consultado em 11/04/2016. Disponível em: <<http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>>.
- MORAES, J. R. de; LIMA MOREIRA, J. P. de; LUIZ, R. R. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, 2011.
- NEVES, M. A. Anotações sobre trabalho e gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 43, n. 149, p. 404-421, 2013.
- OLIVEIRA, M. M. de. Serviço social e o preconceito: um debate a partir da realidade do migrante em município da região de Ribeirão Preto. 2016. 224p. Mestrado – Universidade Estadual Paulista, Franca, 2016.
- PEREIRA, M.U ; AVILA, J. ; SOLÉ, D. Programa Infantil de Prevenção de Asma: um programa de atenção especializada a crianças com sibilância/asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 42-47, 2016.
- PINTO, L. A. Educação para controle da asma. **Sci Med**, Rio Grande do Sul,24(3):216. 2014. Editorial.
- PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de asma diagnóstico e manejo**. Belo Horizonte, MG, 2015. 21p. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo-asma-diagnostico-manejo-2015.pdf>>. Acesso em: 16 de junho de 2016.
- REMONDI, F. A.; ODA, S.; CABRERA, M.A.S.C. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, Araraquara, v.35, n.2, p.177-185, 2014.

RESOLUÇÃO 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

RIBEIRO, H.; SILVA, E. N. Desigualdades intraurbanas em internações hospitalares por doenças respiratórias e circulatórias em uma área da cidade de São Paulo. **Cad. Metrop.**, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 461-480, Dec. 2016.

ROCHA-BRISCHILIARI, S. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. **Revista Brasileira Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 35-42, 2014.

RONCADA, C. et al. Mitos populares e características do tratamento da asma em crianças e adolescentes de zona urbana do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 136-142, 2016.

Saini B. et al: Asthma disease management – Australian pharmacists' interventions improve patients' asthma knowledge and this is sustained. **J Pat Educ Couns**. 2011, 83 (3): 295-302. 10.1016/j.pec.2011.05.001.

SLY, P.D. The early origins of asthma: who is really at risk?. **Current opinion in allergy and clinical immunology**, v. 11, n. 1, p. 24-28, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes da sociedade brasileira de pneumologia e tisiologia para o manejo de asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v 38,p.S1-S46, 2012. Suppl 1.

SOLÉ, D. et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) written questionnaire: validation of the asthma component among Brazilian children. **Journal of investigational allergology & clinical immunology**, Barcelona, v. 8, n. 6, p. 376-382, 1997.

SOLÉ, D. et al. Prevalence of asthma and allergic diseases in adolescents: nine-year follow-up study (2003-2012). **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 30-35, 2015.

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**, Salvador, v. 78, n. 2, 2009.

THOMAS, C.V. ; CASTRO, E.K. Personalidade, Comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: Uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 13, n. 1, p. 100-109, 2012.

TO, T. et al. Global asthma prevalence in adults: findings from the cross-sectional world health survey. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 204, 2012.

TOOLE, K.P. Helping children gain asthma control: Bundled school-based interventions. **Pediatric nursing, Washington**, v. 39, n. 3, p. 115, 2013.

ZILLMER, L. R. et al. Diferenças entre os sexos na percepção de asma e sintomas respiratórios em uma amostra populacional em quatro cidades brasileiras. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 591-598, 2014.

APÊNDICE A: Instrumento de caracterização do participante.

Data:

 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____anos

Endereço: _____

Microárea: _____ Família: _____

Naturalidade: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Gênero: (1) M (2) F

Etnia: (1) Caucasiano (2) Negro (3) Pardo (4) Indígena (5) Mulato (6) Oriental

Procedência: (1) Ribeirão Preto (2) Região de Ribeirão Preto Qual? _____

Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado/Amasiado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo

Ocupação: _____

APÊNDICE B : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Sintomas e Nível de Conhecimento sobre Asma de uma População adscrita a uma Unidade de Saúde de Família – Município de Ribeirão Preto - SP”, tendo como objetivo geral avaliar a ocorrência de sintomas de asma através de questionários próprios na população usuária do USF VI. Você foi escolhido (a) por ser morador da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família VI. A coleta de dados será composta por quatro questionários. O primeiro é para conhecer melhor os participantes do estudo. O segundo será para identificação dos prováveis portadores de asma. O terceiro avalia o nível socioeconômico. E ao final, o quarto mede o nível de conhecimento sobre essa doença.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento e sua recusa não trará nenhum dano a você com a pesquisadora ou com o serviço que realiza o seu tratamento.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação e seu nome jamais será identificado, principalmente se os resultados forem apresentados em eventos e/ou publicados em artigos científicos. Além disto, você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano permanente decorrente da sua participação nesta pesquisa.

Uma via deste termo ficará com você e qualquer dúvida sobre o projeto poderá ser esclarecida pelo endereço abaixo.

Pesquisadoras Responsáveis: Daniela Santos de Lourenço Pereira e Profa. Dra. Luane Marques de Mello

Endereço:

Departamento de Medicina Social - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Avenida dos Bandeirantes 3900, Monte Alegre - Ribeirão Preto/SP - Brasil CEP 14049-900.

Tel: (16) 3602-2549 e/ou (16) 3602-3070

Eu, _____ declaro que compreendi os objetivos e procedimentos da pesquisa. Dessa forma, concordo em participar.

Assinatura do Participante

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Entrevistador

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2015.

APÊNDICE C: Questionário de Triage**TRIAGEM**

1. Alguém em casa tem ou já teve asma?

() Sim () Não () Não sabe

Quem? _____

2. Alguém em casa tem ou já teve tosse sem estar resfriado ou gripado?

() Sim () Não () Não sabe

Quem? _____

3. Alguém em casa tem ou já teve chiado no peito sem estar resfriado ou gripado?

() Sim () Não () Não sabe

Quem? _____

4. Alguém em casa tem ou já teve falta de ar sem estar resfriado ou gripado?

() Sim () Não () Não sabe

Quem? _____

APÊNDICE D: Folheto informativo

CARTILHA DE ORIENTAÇÕES

Dicas para controlar a asma e a rinite alérgica e melhorar a qualidade de vida

Quem tem rinite alérgica apresenta espirros, muitas vezes contínuos, coriza abundante, coceira do nariz e entupimento nasal. Algumas pessoas podem apresentar também inflamação alérgica nos olhos, causando coceira e vermelhidão.

4. QUAIS SÃO AS CAUSAS MAIS COMUNS DE CRISES DE RINITE ALÉRGICA E ASMA?

- Poeira domiciliar (principalmente por causa dos ácaros)
- Animais domésticos (cão e gatos)
- Fungos (mofo ou bolor)
- Restos de insetos (principalmente baratas)
- Pólenes de plantas em algumas regiões do país

5. COMO UMA PESSOA SABE SE TEM ALERGIA?

O diagnóstico é feito pelo médico através das informações sobre como a pessoa se sente quando apresenta uma crise e através do exame físico. Algumas vezes é preciso fazer testes na pele ou no sangue para se descobrir a causa das crises de alergia. Outras vezes, pode ser preciso avaliar a função dos pulmões através do teste do sopro ou espirometria.

1. O QUE É ALERGIA?

Alergia é uma reação exagerada que algumas pessoas apresentam quando têm contato com certos tipos de substâncias estranhas ao organismo, mesmo em quantidades muito pequenas. A poeira de dentro de casa, o mofo (ou bolor), pólenes de plantas, animais como gato e cachorro, além de proteínas de alguns alimentos são exemplos de substâncias capazes de causar alergias. Quem tem parentes próximos (pais e irmãos) com alergias, tem mais chances de desenvolver alergias.

2. O QUE É ASMA?

Asma é uma doença inflamatória dos brônquios, que causa o estreitamento das vias que levam o ar para os pulmões. A pessoa que tem asma, frequentemente tem tosse, chiado, falta de ar e sensação de aperto no peito, que surgem em crises. As crises podem variar de intensidade. Algumas vezes podem ser fortes e outras mais leves. Fora dos períodos de crises, a pessoa pode apresentar poucos ou nenhum sintoma.

3. O QUE É RINITE ALÉRGICA?

A rinite alérgica é uma inflamação da camada que reveste o interior do nariz (mucosa nasal) em pessoas geneticamente predispostas.

6. O QUE É CONTROLE AMBIENTAL?

43

Controle ambiental ou higiene ambiental é a eliminação dos alérgenos do ambiente. Locais arejados e ensolarados, limpos, sem umidade, sem objetos que acumulem poeira são ideais para o alérgico. Evitar a entrada de animais domésticos no quarto ou na residência e não fumar dentro de casa são medidas muito importantes. É recomendado que os locais da casa onde a pessoa alérgica costuma ficar mais tempo sejam sempre limpos.

CUIDADOS COM O AMBIENTE:

Poeira Doméstica:

Ácaros são seres microscópicos encontrados na poeira de dentro de casa. Grandes quantidades de ácaros são encontradas na cama, nos travesseiros e nos sofás, mas também são encontrados nos tapetes, almofadas, brinquedos de pelúcias ou de pano e outros. É muito importante manter o quarto sempre limpo e trocar as roupas de cama com frequência.

Apêndice D: Folheto informativo

O que fazer?

- Colocar capa impermeável (anti-ácaros) no colchão e travesseiros
- Lavar a roupa de cama toda semana
- Remover carpetes e tapetes da casa, principalmente do quarto
- Limpar a casa com aspirador de pó ou pano úmido pelo menos uma vez por semana, evitando o uso de vassoura.
- Usar cobertor do tipo edredon e travesseiros de material sintético.
- Manter o quarto de dormir limpo, evitando objetos que acumulem poeira como livros, bichos de pelúcia, almofadas, etc.
- Preferir móveis de madeira, plástico, couro ou corino, evitando estofados de tecido
- Preferir cortinas laváveis ou do tipo "veneziana" que possam ser limpas com frequência.

Animais de estimação:

Muitas pessoas têm animais de estimação em suas casas. Os animais oferecem companheirismo e diversão, mas para algumas pessoas um cão ou gato pode também desencadear reações na pele, no nariz e até crise de asma.

O que fazer?

44

- O animal deve ficar, de preferência, fora de casa.
- Se não for possível mantê-lo fora de casa, o animal não deve entrar nos quartos da casa.
- Lave a roupa de cama em água quente.
- O animal deve tomar banho toda semana.
- Limpe tapetes e carpetes com frequência. O melhor são pisos de madeira ou de cerâmica.
- Mantenha o seu animal de estimação longe do contato com camas e móveis estofados. Cubra os estofados com lençóis e lave-os regularmente.

Baratas em casa

Baratas são causas frequentes de asma e rinite. Partes do corpo das baratas, fezes, ovos e secreções liberadas por onde a barata passa ficam na poeira de casa e podem causar sintomas de alergia.

O que fazer?

- Limpar rigorosamente a cozinha, removendo o lixo todos os dias.
- Armazenar os alimentos em recipientes bem fechados, com tampa.
- Não deixar restos de alimentos, comida para gatos e cães, copos com resto de suco ou outras bebidas na cozinha, à noite, para serem limpos no dia seguinte.

Quarto de dormir:

As pessoas passam bastante tempo no quarto de dormir, respirando o ar deste ambiente. Por isto, manter esse local limpo, organizado e livre de substâncias que desencadeiam alergias é muito importante para o controle dos sintomas.

O que fazer?

- Remova poltronas, estofados, tapetes e cortinas.
- A mobília deve ser preferencialmente de madeira, plástico ou metal.
- Limpe sempre a estrutura da cama, o estrado e não acumule objetos debaixo da cama.
- Não permita a entrada de animais de estimação no quarto de dormir.
- Prefira usar travesseiros sintéticos, preferencialmente de espuma e lave-os todo mês.
- Mantenha as janelas limpas.
- Limpe o quarto pelo menos três vezes por semana com pano úmido.
- Toda aglomeração de objetos deve ser reduzida.
- Cômodos úmidos e com mofo podem causar formação de fungos e infestação de insetos.

7. TRATAMENTO

45

Os tratamentos devem ser individualizados, levando em consideração a doença, sua intensidade e gravidade. Consulte o seu médico.

8. PRÁTICA DE ESPORTE

Esportes devem ser praticados e estimulados, mas sempre com orientação e acompanhamento médico. Além disso, não deve ser praticado quando a pessoa alérgica estiver em crise!

IMPORTANTE:

A COOPERAÇÃO COM TODOS OS ASPECTOS DO SEU TRATAMENTO É UMA QUESTÃO ESSENCIAL NO CONTROLE DO SEU PROBLEMA CLÍNICO.

Cuide de você! Converse e confie em seu médico!
Siga as recomendações de cuidado ambiental e use sempre seus medicamentos corretamente!

Mestranda: Daniela Santos de Lourenço Pereira
Orientadora: Prof^a Dr^a Luane Marques de Mello
Mestrado em Saúde da Comunidade
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- FMRP/USP

**AnexoA- Comprovante de Aprovação no Comitê de Ética (CEP), CAAE número:
47670315.0.0000.5414**

Público

Pesquisador

Alterar Meus Dados

Cadastros

Daniela Santos d

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Prevalência dos Sintomas de Asma e do Nível de Conhecimento sobre Asma na População adscrita na Área de Abrangência do Núcleo de Saúde da Família VI, Município de Ribeirão Preto - SP.
Pesquisador Responsável: Daniela Santos de Lourenço Pereira
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 47670315.0.0000.5414
Submetido em: 12/08/2015
Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_510503

LISTA DE PESQUISADORES DO PROJETO

CPF/Documento ^	Nome ^	Atribuição	E-mail ^	Currículo	Tipo de Análise ^	Ação
517.270.306-30	LUANE MARQUES DE MELLO	Assistente da Pesquisa	luane@fmrp.usp.br	Lattes CV	PROPONENTE
086.778.886-08	Daniela Santos de Lourenço Pereira	Contato Científico, Contato Público, Pesquisador principal	danieladelourenco@yahoo.com.br	Lattes CV	PROPONENTE

LISTA DE COMITÊS DE ÉTICA DO PROJETO

ANEXO B - Instrumento de triagem para diagnóstico de asma em adultos**ANEXO 2: TRIAGEM PARA O DIAGNÓSTICO DE ASMA EM ADULTOS (QTA-B ECRHS):**

1. Você tem tido falta de ar ou chiado no peito em algum momento nos últimos 12 meses?

Se você respondeu NÃO, vá para a questão 2, SE SIM:

1.1 Você já se sentiu totalmente sem fôlego, quando apresentou chiado no peito?

1.2 Você sentiu esta falta de ar ou chiado no peito quando você não estava resfriado?

2. Você acordou com sensação de aperto no peito em algum momento nos últimos 12 meses?

3. Você já acordou com um ataque de falta de ar em algum momento nos últimos 12 meses?

4. Você já foi acordado por um ataque de tosse em algum momento nos últimos 12 meses?

5. Você teve algum ataque de asma nos últimos 12 meses?

6. Você está atualmente tomando algum remédio (incluindo nebulização, inaladores, sprays, bombinhas, xaropes ou comprimidos) para a asma?

7. Você tem algum tipo de alergia nasal (coriza, entupimento nasal, coceira, espirros frequentes) ?

8. Qual a data de nascimento?

9. Que dia é hoje?

10. Qual o seu sexo?

Questionário e Triagem para Asma (Adaptado do Estudo ECRHS)

Questões: Cada resposta afirmativa tem valor de 1 ponto

Nota de corte: ≥ 4 pontos

Andrade, EO. Validação do questionário de triagem de asma do inquérito de saúde respiratória da Comunidade Européia (ECRHS) na cidade de Manaus- AM. 2007.72f. Tese doutorado em ciências Pneumológicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Variáveis	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domesticos	0	3	7	10	13
Automoveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2
E escolaridade do chefe da família		Serviços públicos			
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0	Não		Sim	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1				
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	Água encanada	0	4	
Médio completo / Superior incompleto	4	Rua pavimentada	0	2	
Superior completo	7	PONTOS DE CORTE			
		A			45-100
		B1			38-44
		B2			29-37
		C1			23-28
		C2			17-22
		DE			0-16

ANEXO D - Questionário sobre o conhecimento em Asma**ANEXO 4: QUESTIONÁRIO SOBRE O CONHECIMENTO EM ASMA**

Data: ____/____/____

Nome: _____

Microárea: _____ Família: _____

Aqui estão algumas afirmações sobre asma. Marque “sim” se você acha que a afirmação é correta. Marque “não” se você acha que a afirmação é errada. Marque “não sei” se você não sabe se a afirmação é certa ou errada.

1. Uma pessoa pode pegar asma de outra pessoa.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

2. Se você tiver asma, seu filho(a) tem mais chance de ter asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

3. Uma pessoa pode pegar asma dos gatos.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

4. Tratamento com simpatia funciona para asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

5. A natação cura a asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

6. A asma é uma infecção.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

7. A asma é uma inflamação.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

8. A asma é uma doença que ataca o coração e o cérebro.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

9. O chiado no peito é causado por uma diminuição da passagem de ar nos brônquios devido ao seu estreitamento.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

10. Se você usar os remédios para a asma por muito tempo eles perdem o efeito.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

11. O corticoide inalatório é o melhor remédio para controlar a asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

12. Os broncodilatadores, por exemplo, o formoterol, são os melhores remédios para controlar a asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

13. Alguns remédios usados com “bombinha” podem viciar.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

14. Para o controle da asma e para se evitar uma crise, a medicação inalatória (bombinha, aerossol ou cápsulas de pó) é melhor que xarope e comprimido.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

15. A asma pode ser curada.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

16. Os xaropes, comprimidos e injeções causam mais efeitos colaterais que as bombinhas.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

17. Corticóide inalatório faz muito mal e não deve ser usado para tratar asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

18. Animal dentro de casa, por exemplo, cão ou gato, pode piorar a asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

19. Quem tem asma tem que evitar bebida alcoólica e atividade sexual.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

20. Poeira, ácaro e mofo podem piorar a asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

21. Fumaças e cigarro podem piorar a asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

22. Produtos de limpeza (água sanitária, desinfetante e outros) podem piorar a asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

23. Emoção, raiva e ansiedade podem piorar a asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

24. Gripe e resfriado podem piorar a asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

25. Alguns tipos de trabalho podem piorar a asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

26. Baratas em casa podem piorar a asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

27. Se você perceber o que piora a asma e evitar o contato, as crises de asma diminuem.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

28. Quem tem asma pode fazer exercício.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

29. Se você precisar da bombinha de salbutamol várias vezes ao dia, a asma está controlada.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

30. A maioria dos casos de morte por asma poderia ser prevenida.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

31. Se a asma está controlada pelo uso dos remédios e você para sem ordem médica, a asma continuará controlada.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

32. O médico escutando os pulmões é suficiente para falar que a asma está controlada.

☐ sim ☐ não ☐ não sei

33. Para falar que a asma está controlada é preciso fazer uma espirometria (exame do sopro).

☐ sim ☐ não ☐ não sei

34. Você deve ter uma receita médica para usar no caso de crises de asma.

☐ sim ☐ não ☐ não sei