

inalatório reduz o declínio da função pulmonar na asma, mas não existem estudos prospectivos controlados que comprovem de forma inequívoca os seus benefícios em evitar a perda de função pulmonar. **Objetivo:** Avaliar o declínio da função pulmonar, o controle dos sintomas e a qualidade de vida em pacientes com asma grave. **Métodos:** Trata-se de estudo prospectivo de coorte ambulatorial de pacientes com asma grave previamente não tratada. Os pacientes foram acompanhados por 10 anos. Durante o acompanhamento os pacientes realizaram avaliação a cada 3 meses e receberam medicamentos gratuitos mensalmente [corticoide inalatório, beta 2 agonista de longa (LABA) e curta ação]. Foi aplicado o Questionário para Controle da Asma (ACQ), de qualidade de vida (AQLQ), no início e no final do estudo. Os pacientes realizaram espirometria anual, evitando usar a dose matinal da combinação de corticoide inalado com LABA. **Resultados:** 94 pacientes concluíram o estudo até o momento, sendo 80 (85,1%) pacientes do gênero feminino, com média de idade 53,37 (+14,19) anos e média de IMC 28,88 (+5,43). Oitenta e cinco (90,4%) pacientes tiveram diagnóstico de rinite: 44,7% com rinite moderada/grave de acordo com os critérios da Iniciativa ARIA. A frequência de teste cutâneo positivo para aeroalérgenos foi 55,3%. Na 1ª avaliação 63 (67%) pacientes tinham a asma não controlada e após tratamento regular prolongado este percentual foi reduzido para 30,9%, de acordo com o escore do ACQ. O escore de qualidade de vida (AQLQ) elevou-se de 3,58 (2,74-5,18) para 4,8 (3,83-5,64) entre as avaliações. Na avaliação espirométrica basal, antes do início do tratamento regular, encontramos medianas de VEF1 pré-BD 1,59 L (1,22-2,06) e 61% (47-77) e relação VEF1/CVF 0,65 (0,55-0,74). Naquele momento os pacientes apresentavam resposta ao broncodilatador com mediana de 310 ml (180-520) e 20% (12-32), enquanto o VEF1 pós-BD 1,95 L (1,46-2,5) e 71% (57-88). Avaliação espirométrica final mostrou mediana de VEF1 pré-BD 1,54 L (1,21-1,97) e 64,3% (50,56-76,33) e relação VEF1/CVF 0,66 (0,59-0,72) com VEF1 pós-BD 1,77 L (1,38-2,23) e 71,0% (57,6-83,4). A mediana da resposta ao broncodilatador foi 170 ml (62,5-307,5) e 12,0% (4,1-19,7). **Discussão:** O escore do ACQ após 10 anos de tratamento indica que muitos pacientes controlaram a doença e a melhora da qualidade de vida ao longo do estudo foi moderada. Há um pequeno declínio na função pulmonar basal, e redução média no VEF1 pós-BD de 1,8 ml/ano. Mas verificamos que a resposta ao BD no final do tratamento foi bem menor, sugerindo que a despeito de alguma melhora clínica, o tratamento não foi capaz de manter a reversibilidade da limitação do fluxo aéreo. A frequência elevada de obesidade pode influenciar, também, a função pulmonar e o controle da asma. **Conclusão:** Pacientes com asma grave em tratamento, controlaram a asma, melhoraram a qualidade de vida, mas apresentam reversibilidade progressivamente menor da limitação ao fluxo aéreo.

1. Bousquet J, Mantzouranis E, Cruz AA, et al. Uniform definition of asthma severity, control, and exacerbations: document presented for the World Health Organization Consultation on Severe Asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126(5):926-38.
2. Global Initiative for Asthma - GINA [homepage on the Internet]. Bethesda: Global Initiative for Asthma. [cited 2011 Aug 12]. Available from: <http://www.ginasthma.org>
3. Juniper, E. F., O'Byrne, P. M., Guyatt, G. H., Ferrie, P. J., and King, D. R. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *European Respiratory Journal*, 14: 902-07, 1999.
4. Leite, M., Ponte, E. V., Petroni, J., D'Oliveira, J. A., Pizzichini, E., and Cruz, A. A. Avaliação do questionário de controle da asma validado para uso no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34: 756-63, 2008.
5. Juniper EF, Guyatt GH, Epstein RS, et al. Evaluation of impairment of health-related quality of life in asthma: devel-

opment of a questionnaire for use in clinical trials. *Thorax*, 47:76-83, 1992.

6. Silva LMC, Silva LCC. Validação do questionário de qualidade de vida em asma (Juniper) para o português brasileiro. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 51 (1): 31-37, 2007.
7. Cruz AA, Popov T, Pawankar R, Annesi-Maesano I, Fokkens W, Kemp J et al. Common characteristics of upper and lower airways in rhinitis and asthma: ARIA update, in collaboration with GA2LEN. *Allergy* 2007; 62:1-41.
8. Juniper EF, Guyatt GH, Willan A, Griffith LE. Determining a minimal important change in disease-specific quality of life questionnaire. *J Clin Epidemiol* 47(1):81-87, 1994.
9. BARROS LL, SOUZA-MACHADO A, CORRÊA LB, Santos J, CRUZ C, LEITE M, et al. Obesity and Poor Asthma Control in Patients with Severe Asthma. *Journal of Asthma*, 48:171-176, 2011
10. LITTLETON SW. Impact of obesity on respiratory function. *Respirology* 17, 43-49, 2012.
11. Dias-Júnior SA, Reis M, Carvalho-Pinto RMde, Stelmach R, Halpern A, Cukier A. Effects of weight loss on asthma control in obese patients with severe asthma. *Eur Respir J*; 43: 1368-1377, 2014.

PD024 **RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS CLÍNICAS E QUALIDADE DE VIDA AUTO-RELATADA EM PACIENTES ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA**

GABRIELE CARRA FORTE; GABRIELA CRISTOFOLI BARNI; CHRISTIANO PERIN; FERNANDA CANO CASAROTTO; SIMONE CHAVES FAGONDES; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN
 UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Palavras-chave: Fibrose cística; qualidade de vida; função pulmonar

Introdução: Com a melhora da expectativa de vida em Fibrose Cística (FC), a qualidade de vida ganhou fundamental interesse. **Objetivo:** avaliar a associação entre variáveis clínicas, nutricionais, de função pulmonar, qualidade do sono e variáveis polissonográficas com dois questionários de qualidade de vida, o questionário geral proposto pela Organização Mundial da Saúde versão curta (WHOQoL) e o questionário específico para pacientes com FC (QVFC), em pacientes adultos com FC, atendidos em hospital terciário no sul do Brasil. **Métodos:** Estudo transversal, envolvendo pacientes com FC clinicamente estáveis. Foram submetidos à avaliação clínica e nutricional, aplicação de questionário de qualidade de vida (WHOQoL e QVFC), polissonografia e questionário do sono (Índice de qualidade do sono de Pittsburgh- IQSP e Escala de sonolência de Epworth - ESE). Além disso, foram avaliadas função pulmonar, distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos (TC6) e ecocardiograma. Para avaliar a relação entre as variáveis clínicas e os questionários de qualidade de vida foi construído um modelo de regressão linear multivariado controlado para idade e sexo. **Resultados:** 51 pacientes com FC participaram do estudo; 47% eram do sexo feminino. A média de idade dos participantes foi 25±8,8 anos de idade, e a mediana da idade do diagnóstico foi 3 anos, e a média de IMC foi 20,5 kg/m². O maior escore do WHOQoL foi o domínio "relações sociais" (70,9±20,8) e o menor para o domínio "físico" (63,1±18,3). "Transtornos alimentares" (84,7±17,5) e "sintomas digestivos" (83,4±14,9) tiveram as maiores pontuações QVFC. As pontuações mais baixas CFQoL foram para o domínio "percepção de saúde" (52,9±28,0). Considerando o escore WHOQoL, IQSP foi associado com domínio "físico"; distância percorrida no TC6 e ESE com domínio "psicológico", IQSP com domínio "ambiental"; e VEF1% predito e IQSP com domínio de "relação social". Considerando o CFQV, idade do diagnóstico, escore clínico e IQSP foram associados com o domínio de "função física"; distância percorrida no TC6 e pressão pulmonar arterial sistólica (PPAS) com domínio "papel social"; sexo e IQSP com o

domínio "vitalidade"; sexo e IMC com o domínio da "imagem corporal"; distância percorrida no TC6 e IQSP com domínio "percepções de saúde"; idade, sexo, IMC e índice de excitação com o domínio de "peso"; idade, sexo, VEF1% do previsto, distância percorrida no TC6 e PPAS com o domínio "sintomas respiratórios"; e escore de Shwachman-Kulczycki (S-K) com o domínio "sintomas digestivos". Conclusão: Escore IQSP, distância percorrida no TC6, ESE e VEF1% do previsto foram preditores independentes dos domínios do escore de WHOQoL; por outro lado, a idade do diagnóstico, o S-K, IQSP, distância percorrida no TC6, sexo, IMC, idade, índice de excitação, FEV1% do previsto e PPAS foram preditores dos domínios do CFQV. Assim, os resultados mostram a importância do papel de diferentes medidas de qualidade de vida na percepção subjetiva de saúde na CF.

Abbott J, Hart A, Havermans T, Matossian A, Goldbeck L, Barreto C et al. Measuring health-related quality of life in clinical trials in cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis*. 2011; 10(Suppl 2), S82-S85.

Abbott J, Hart A. Measuring and reporting quality of life outcomes in clinical trials in cystic fibrosis: a critical review. *Health Qual Life Outcomes*. 2005; 3:19.

Skevington SM, Lofty M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and Results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004; 13:299-310.

Gee L, Abbott J, Conway SP, Ehterington C, Webb AK. Development of a disease specific health related quality of life measures for adults and adolescents with cystic fibrosis. *Thorax*. 2000; 55:945-954.

PD025 IMPACTO DE UM PROGRAMA CURRICULAR EM ASMA SOBRE O CONHECIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE UM COLÉGIO PÚBLICO EM SALVADOR-BA

ANA CARLA CARVALHO COELHO; TÁSSIA NATALIE NASCIMENTO DOS SANTOS; THIARA SILVA OLIVEIRA; LAÍS SOUZA BARRETTO CARDOSO; CAROLINA SOUZA-MACHADO; ADELMIR SOUZA-MACHADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL

Palavras-chave: Asma; conhecimento; educação em saúde
Introdução: Educação em asma inserida no currículo do ensino básico pode contribuir para o manejo da asma, em crianças e adolescentes¹. **Objetivo:** Avaliar o impacto de um programa curricular em asma sobre o conhecimento de adolescentes de um colégio público em Salvador-BA. **Métodos:** Ensaio clínico controlado uno cego, não randomizado. **Inclusão:** alunos do 6 ao 9 ano do ensino fundamental. **Grupo intervenção (GI):** alunos do turno vespertino. **Grupo controle (GC):** alunos do turno matutino. **Intervenção(IT):** Programa educativo elaborado por equipes de saúde e escolar, incorporado ao currículo tradicional do ensino básico, segundo teoria sócio-interacionista. Por duas semanas, conceito, fisiopatologia, fatores desencadeadores, sintomas, tratamento, plano de ação e mitos sobre a asma (segurança/eficácia dos broncodilatadores, proibição da prática de exercício físico e a asma como doença transmissível) foram inseridos no plano de curso do ano letivo, em todas as disciplinas. Foram desenvolvidas atividades lúdicas em sala de aula (40 min cada), em cada série, utilizando estratégias educativas como jogos de teatro e problematização do conteúdo através do teatro. Avaliou-se o conhecimento em P0: período basal, P1 e P2: (15 e 90 dias após P0, respectivamente). **Questionário de conhecimento:** 20 questões; em 5 domínios (D): 1-conceito e fisiopatologia; 2-fatores desencadeadores; 3-tratamento; 4-sinais e sintomas/plano de ação e 5-mitos. O conhecimento foi avaliado pela média de acertos no escore geral e por domínio e proporção de alunos que acertaram as questões. O

teste t- Student e regressão logística binária foram aplicados. **Resultados:** Participaram 101 alunos no GI e 80 no GC. O sexo feminino predominou -GI: 54% e GC: 55%; idade média -GI: 13,94 ± 1,52 e GC: 13,6 ± 1,61 anos; histórico familiar de asma/alergia -GI: 73,7% e GC: 70%; asma prévia -GI: 8,1% e GC: 6,5%. Foi observado conhecimento sobre asma no escore geral no P0 para o GI (53,5% acertos) e GC (57,3% acertos), destacando-se o desconhecimento do D3 nos alunos do GC (87,5%) e do GI (86,1%) e no D5 72,5% e 79,2% dos alunos no GC e GI, respectivamente. A história familiar de asma/alergia associou-se ao melhor conhecimento prévio no GC (P=0,03). Houve elevação da média de acertos no GI comparado ao GC após IT (P0-GC: $\chi = 11,46 \pm 2,70$ vs. GI: $10,70 \pm 2,90$; P= 0,07; P2-GC: $\chi = 10,40 \pm 3,94$ Vs. $15,50 \pm 3,14$; P= 0,000). No GI elevaram-se o número de acertos de P0 para P2 (P=0,000). O oposto ocorreu no GC, com redução da média de acertos (P=0,00). Não houve diferença no conhecimento entre o P1 e P2 (p=0,23), sugerindo apreensão do conhecimento após IT no GI. Houve melhoria no conhecimento após a IT em todos os domínios (P=0,000), destacando-se o D3 e D5 (P2:D3-GC: $\chi = 1,55 \pm 0,88$ vs. GI: $2,48 \pm 1,00$, P=0,000; P2:D5-GC: $\chi = 1,73 \pm 1,39$ vs. GI: $3,24 \pm 1,06$, P=0,00). **Conclusão:** Um modelo de programa estruturado de educação em asma com inserção curricular no ensino básico elevou o nível de conhecimento de alunos sobre a doença

Bruzzese J-M, Bonner S, Vincent EJ, Sheares BJ, Mellins RB, Levison MJ, Wiesemann S, Du Y, Zimmerman BJ, Evans D. Asthma education: the adolescent experience. *Patient Educ Couns* 2004;55:396-406.

PD026 A CAPNOGRAFIA VOLUMÉTRICA E A ESPIROMETRIA NA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR DE FILHOS DE MÃES HIV E NÃO INFECTADOS PELO VÍRUS. ADYLEIA APARECIDA DALBO CONTRERA TORO; SUELEN DO COUTO FERNANDES; MARIA ANGELA GONÇALVES RIBEIRO; NATASHA MATSUNAGA; ANDRÉ MORCILLO MORENO; PRICILA MARA NOVAIS DE OLIVEIRA; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO; MARCOS TADEU NOLASCO DA SILVA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Palavras-chave: Criança; função pulmonar; capnografia volumétrica

A exposição ao vírus da imunodeficiência humana intra uterina pode levar a corioamionite e déficit no desenvolvimento pulmonar. **Objetivo:** Avaliar a função pulmonar de crianças filhas de mãe HIV, infectadas e não infectadas pelo vírus HIV através da Espirometria e da Capnografia Volumétrica e comparar os resultados obtidos com um grupo controle de crianças saudáveis. **Pacientes e Método:** Estudo clínico do tipo corte transversal analítico, controlado, observacional e não randomizado envolvendo crianças e adolescentes com idade entre 7 à 19 anos de ambos os sexos. **Resultados :** Foram incluídos no estudo 124 indivíduos, destes, 24 eram pacientes filhas de mães HIV, mas não infectadas pelo vírus HIV, soro reversores (Grupo I); 21 pacientes infectados pelo vírus HIV sem doença pulmonar (Grupo II) e 79 indivíduos saudáveis (Grupo III). A idade foi maior no Grupo II ($14,9 \pm 3,1$) quando comparado ao Grupo I ($9,7 \pm 2,30$) e ao Grupo III ($11,2 \pm 1,7$), p < 0,001. A altura e o IMC foram significativamente menores nos pacientes do Grupo II ($-0,71 \pm 0,99$; $-0,50 \pm 1,14$) quando comparados ao Grupo I ($0,64 \pm 1,05$; $0,56 \pm 1,33$) p < 0,001. Os pacientes do Grupo I quando comparados aos indivíduos do Grupo III apresentaram valores de altura e IMC semelhantes. As variáveis VEF1% (p=0,013) e FEF25-75% (p=0,006) apresentaram diferença significativa entre os grupos, O Grupo I apresentou menores valores quando comparado ao Grupo II e Grupo III respectivamente. Em litros, também foi observado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que diz respeito à CVF (p=0,002), VEF1 (p=0,001) e FEF25-75