

724UI/ml. Neste grupo, 90% referiam sintomas nasais e 45% sintomas cutâneos. Os eosinófilos estavam elevados em 46% e 38% eram reatores fortes ao teste cutâneo. O GII, constituído de 43 pacientes (88% abaixo dos 18 anos), apresentou uma IgE média de 2173UI/ml. Neste grupo, 83% referiam sintomas nasais e 33% sintomas cutâneos. Os eosinófilos estavam elevados em 65% e 65% eram reatores fortes ao teste cutâneo. **Conclusão:** O Grupo com IgE acima de 1000UI/ml ficou constituído basicamente de crianças, apresentou maior reatividade ao teste cutâneo e maior elevação dos eosinófilos. Os aspectos clínicos não diferenciaram os grupos.

#### **PO468 ATOPIA EM CRIANÇAS E ADULTOS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS**

Moreira MF<sup>1</sup>, Perin C<sup>2</sup>, Pereira RN<sup>3</sup>, Rizzatti MO<sup>4</sup>

1,3. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,4. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Palavras-chave:** Asma; Teste cutâneo; Atopia

**Introdução:** A presença de atopia é sempre investigada em pacientes com sintomas respiratórios. O teste cutâneo (TC) é um dos parâmetros utilizados na avaliação deste perfil. As crianças e adultos encaminhadas para o teste geralmente apresentam características diferentes. **Objetivos:** Analisar o perfil clínico e laboratorial dos pacientes pediátricos e adultos, sintomáticos respiratórios, encaminhados para realização de testes cutâneos a antígenos inalatórios. **Métodos:** Analisamos uma amostra de pacientes submetidos ao TC no Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A técnica utilizada foi do prick-teste, utilizando alérgenos da IPIASAC Brasil. Em todos os pacientes, testamos o dermatophagoides farinae, pteronyssinus e a poeira doméstica. A reação à histamina foi considerada +++ e graduamos a reação aos alérgenos de negativa a +++++. No momento do teste os pacientes foram submetidos a uma entrevista sobre queixas nasais, cutâneas, oculares e história familiar. A concentração da IgE sérica e a eosinofilia também foram avaliadas. **Resultados:** O grupo estudado ficou constituído de 173 pacientes, 121 abaixo de 17 anos (média de idade: 9 anos) e 52 acima (média de idade: 42 anos). No grupo I (crianças) encontramos asma em 98 pacientes (81%) e no grupo II (adultos) em 34 (65%). A história familiar foi similar nos dois grupos 86% no GI e 81% no GII. As queixas nasais, cutâneas e oculares foram 84%, 42% e 52% em GI e 69%, 31% e 61% em GII, respectivamente. A média da IgE no GI foi 1413UI e no GII 542UI ( $p < 0,05$ ). O valor médio dos eosinófilos foi 663 no GI e 345 no GII ( $p < 0,05$ ). O teste cutâneo foi positivo em 73% dos pacientes do GI e em 56% do GII ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Na amostra estudada, o perfil atópico mais acentuado do grupo infantil evidenciou-se no resultado dos exames laboratoriais. Na história clínica, apenas a presença de queixas nasais apresentou diferença significativa.

#### **PO469 ASSOCIAÇÃO ENTRE FUNÇÃO VENTILATÓRIA E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL**

Moreira MF<sup>1</sup>, Lucho MD<sup>2</sup>, Valmorbidia MP<sup>3</sup>, Meotti CD<sup>4</sup>, Sehn L<sup>5</sup>, Benedetto IC<sup>6</sup>, Barcellos PT<sup>7</sup>, Vieira VG<sup>8</sup>

1. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,3,4,5,6,7,8. FAMED-UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Palavras-chave:** Asma; Obesidade; Função pulmonar

**Introdução:** A prevalência de asma e obesidade está aumentando. Não há consenso quanto à relação causal entre essas duas doenças crônicas. Um índice de massa corporal (IMC) acima de 30 pode provocar redução da Capacidade Vital (CV). Alguns estudos sugerem que a asma seja incorretamente diagnosticada em muitos obesos, sendo que muitas vezes a dispnéia é decorrente do excesso de peso e não da hiperreatividade brônquica e obstrução ao fluxo aéreo. **Objetivos:** Avaliar a interferência da elevação do IMC na função ventilatória de pacientes do PEAA (Programa de Educação em Asma do Hospital de Clínicas de Porto Alegre). Analisar a influência do IMC na capacidade vital (CV) e no volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), em vários graus de distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO). **Métodos:** Estudo transversal em que analisamos pacientes adultos participantes do PEAA. Todos os pacientes realizaram espirometrias em equipamento da marca Jaeger. O peso e altura foram aferidos no momento da realização do exame. Classificamos como obesos os pacientes com IMC  $> 30\text{Kg}/\text{m}^2$ , sobrepeso com IMC entre 25 e 29,9 $\text{kg}/\text{m}^2$  e peso normal ou baixo peso com IMC  $< 25\text{kg}/\text{m}^2$ . O grau de DVO foi classificado em leve, moderado e grave de acordo com as Diretrizes de Função Pulmonar de 2002. **Resultados:** Os 122 pacientes incluídos tinham uma média de idade de 45 anos, sendo 75% do sexo feminino, peso médio de 71kg, altura média de 1,59m, IMC médio de 28 $\text{Kg}/\text{m}^2$ , VEF1 de 2025ml, CV de 2978ml. Observamos que 66% dos pacientes tinham IMC maior do que 25 (39 obesos e 42 com sobrepeso). Apenas 18% dos pacientes com IMC acima 30 tinham DVO grave. Entre os pacientes obesos, 40% eram mulheres e 7% homens. O coeficiente da correlação IMC e CV foi: -0,18, indicando correlação negativa. Fraca ( $p = 0,05$ ), havendo redução da CV com o aumento do IMC. O coeficiente da correlação entre IMC e VEF1 não foi significativo. **Conclusão:** Em nossa amostra de pacientes asmáticos, observamos alta prevalência de sobrepeso e obesidade, mas a gravidade do DVO nos pacientes com IMC elevado não diferiu dos pacientes com peso normal ou baixo. O parâmetro espirométrico mais influenciado pela elevação do IMC foi a Capacidade Vital.

#### **PO470 ANÁLISE DO FLUXO AÉREO NA AVALIAÇÃO DOS PACIENTES DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM ASMA PARA ADULTOS DO HCPA (PEAA)**

Moreira MF<sup>1</sup>, Lucho MD<sup>2</sup>, Valmorbidia MP<sup>3</sup>, Benedetto IC<sup>4</sup>, Silva DL<sup>5</sup>, Meotti CD<sup>6</sup>, Sehn L<sup>7</sup>, Vieira VG<sup>8</sup>

1. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,3,4,5,6,7,8. FAMED-UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Palavras-chave:** Asma; Programa de Educação; Função pulmonar

**Introdução:** Os Programas de Educação em Asma tem como objetivo otimizar a qualidade de vida dos pacientes e a compreensão da doença. A melhora das condições ventilatórias nem sempre acompanha a melhora clínica. O PEAA, ativo desde 1999, tem como meta educar adultos asmáticos em relação ao entendimento e manejo de sua doença. **Objetivos:** Avaliar as

alterações das condições ventilatórias em um grupo de pacientes do PEAA. **Métodos:** Em uma amostra de pacientes, avaliamos: o VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo), o VEF1/CVF e a variação de VEF1 com o broncodilatador (BD) retirados de espirometrias realizadas antes do ingresso no programa, e após 12 meses de acompanhamento no PEAA, que inclui a participação em palestras e consultas. A intensidade do DVO (distúrbio ventilatório obstrutivo) foi classificada de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Função Pulmonar de 2002 em leve (DVOL), moderada (DVOM) e grave (DVOG). **Resultados:** O grupo de 42 pacientes (37 homens e 5 mulheres), com média de idade de 50 anos ( $\pm 14$ ), apresentava 8 exames normais e 34 com DVO (17 leves, 9 moderados e 8 graves), na avaliação inicial. Na avaliação final tínhamos 14 exames normais e 28 com DVO (12 leves, 13 moderados e 3 graves). Na primeira espirometria: O valor médio do VEF1 foi 1711ml (+730) 63% do previsto, do VEF1/CVF foi 0,68 e a variação com o BD foi 255ml ( $\pm 200$ ). Na espirometria final: o valor médio do VEF1 foi 1842ml (+681), 76% do previsto, o VEF1/CVF foi 0,69 e a variação com o BD foi 172ml (+206). Comparando os dois exames, observamos que o aumento do VEF1 e a redução da variação com o BD foram significativos ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Observamos melhora da função ventilatória nos pacientes do PEAA com aumento do VEF1 e redução da responsividade do BD. Mesmo nos casos com persistência da obstrução houve melhora no grau do DVO.

#### **PO471 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ADULTOS EM ACOMPANHAMENTO NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM ASMA DO HCPA**

Moreira MF<sup>1</sup>, Pires DO<sup>2</sup>, Manfroi CB<sup>3</sup>, Pereira RN<sup>4</sup>, Rizzatti MO<sup>5</sup>, Barcellos PT<sup>6</sup>, Silva DL<sup>7</sup>, Vieira VG<sup>8</sup>

1. Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil; 2,3,4,5,6,7,8. FAMED-UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Palavras-chave:** Asma; Educação; Qualidade de vida

**Introdução:** Os Programas de Educação em Asma incluem a avaliação da qualidade de vida (QV) dos pacientes. Sendo este um parâmetro difícil de medir, diversos instrumentos foram propostos. O AQLQ (Asthma Quality of Life Questionnaire-Juniper e Guyatt) é um questionário com 32 perguntas divididas em 4 áreas: Limitação das atividades (LA), Sintomas (S), Emocional (E) e Exposição a estímulos ambientais (A). Cada pergunta possui uma escala de 1 a 7, definindo-se como 1 a presença de limitações graves e 7 a ausência de impedimento. **Objetivos:** Estimar a variação na qualidade de vida dos pacientes que participaram do PEAA (programa de Educação e Assistência em Asma do Adulto) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O programa visa educar os pacientes no manejo da asma, através de acompanhamento ambulatorial e reuniões de grupo mensais. **Métodos:** Aplicamos o questionário aos pacientes que participaram do PEAA nos anos de 2002 a 2004, no momento da entrada no programa e após 6 a 8 meses de acompanhamento. **Resultados:** O grupo ficou constituído de 31 pacientes, 4 homens e 27 mulheres, com idade média de 48 anos, que responderam as perguntas antes de iniciar o PEAA e após 6 a 8 meses. As classificações da asma foram divididas da seguinte forma: 1 paciente com asma intermitente, 15 com asma persistente leve, 7 com asma persistente moderada e 8 pacientes com asma persistente grave (Consenso Brasileiro de Asma 2002). Observamos que o escore geral médio da QV era 3,37 no início e 4,96 no final ( $p < 0,001$ ), com uma variação média de 1,59. Em relação aos sintomas a média inicial foi 3,61 e final 5,20 ( $p < 0,001$ ), com uma variação de 1,59. Na limitação das atividades, a média inicial foi 3,26 e final 4,77 ( $p < 0,001$ ), com uma variação de - 1,50. Na área emocional a média inicial foi de 2,96 e final 5,16 ( $p < 0,001$ ), com uma variação de 2,20. Na área ambiental, a média inicial foi de 3,45 e final 4,53 ( $p < 0,001$ ), com uma variação de 1,08. Observou-se elevação significativa dos escores, empregando-se o teste t para amostras pareadas. **Conclusão:** Observamos uma melhora significativa dos escores em todas as áreas, o que indica uma melhora na qualidade de vida dos pacientes, sugerindo uma absorção dos ensinamentos transmitidos no Programa, com maiores conhecimento e habilidade no manejo da sua doença.

#### **PO472 REDUÇÃO DAS TAXAS DE HOSPITALIZAÇÃO POR ASMA EM SALVADOR (1998 A 2005) E O PROGRAMA PARA O CONTROLE DA ASMA E DA RINITE ALÉRGICA DA BAHIA (PROAR)**

Souza Machado A<sup>1</sup>, Souza-Machado C<sup>2</sup>, Ponte EV<sup>3</sup>, Franco RNA<sup>4</sup>, Cruz Filho AAS<sup>5</sup>

1. PROAR - Faculdade de Medicina da UFBA, Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil; 2. PROAR - Faculdade de Medicina da UFBA, Professora da Faculdade de Enfermagem - UCSAL, Salvador, BA, Brasil; 3. PROAR - Faculdade de Medicina da UFBA, Doutorando do PPGMS - UFBA, Salvador, BA, Brasil; 4.5. PROAR - Faculdade de Medicina da UFBA, Salvador, BA, Brasil.

**Palavras-chave:** Asma; Hospitalização; Prevenção

**Introdução:** A asma é uma doença de elevada prevalência mundial. No Brasil, estima-se que 20% dos adolescentes apresentam sibilância. De acordo com o DATASUS (2005) a asma representa a quarta causa de hospitalização e terceiro maior custo do SUS dentre todas as doenças. O acompanhamento da evolução dos indicadores de saúde é essencial para avaliar o impacto de mudanças sociais e econômicas, assim como de eventuais avanços ou retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde. A implantação de um programa local de controle de asma pode gerar impactos no sistema público de saúde. **Objetivos:** Identificar as taxas de hospitalizações devidas à asma no sistema de saúde público de Salvador registradas entre 1998 e 2005 e comparar com os mesmos indicadores em Recife que é outra região metropolitana de características populacionais, sociais e econômicas e de suporte à saúde semelhantes. **Métodos:** Estudo, observacional, de tendência temporal, retrospectivo. Foram coletadas na base de dados do DATASUS, a frequência de internações e calculadas as taxas de hospitalização por asma por 10.000 habitantes nos anos de 1998 a 2005, por local de residência, sexo e faixa etária em Salvador e em Recife. Após descrição dos dados, foi realizada análise de tendência de variáveis contínuas. Foram considerados estatisticamente significantes valores com  $p < 0,05$ . **Resultados:** As taxas de hospitalização observadas foram 9,3/10.000 e 25,2/10.000 para Salvador e Recife, respectivamente, no período de 1998 a 2005. Observou-se redução das taxas de hospitalização em 5,5/10.000 (58%) em Salvador em comparação a 8,1/