

# 13ª Mostra da Produção Universitária

Rio Grande/RS, Brasil, 14 a 17 de outubro de 2014.

## **AValiação DO Crescimento DE Crianças ASMÁTICAS**

**FRANCO, Ozeia Simões; SILVEIRA, Denise Halpern; PRIETSCH, Silvio Omar.  
ZHANG, Linjie. (orientador)  
professorozei@hotmail.com**

**Evento: Encontro de Pós-Graduação  
Área do conhecimento: Ciências da Saúde**

**Palavras-chave:** Asma; Desenvolvimento Infantil; Estatura-idade.

### **1 INTRODUÇÃO**

Este trabalho teve o objetivo de comparar o comprimento/estatura entre crianças com asma persistente e intermitente. Nossa hipótese é que crianças com asma persistente possam apresentar maior prevalência de baixo comprimento/estatura do que crianças com asma intermitente, justificando-se pela falta de evidência conclusiva sobre o assunto.

### **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

A asma é uma doença crônica que acomete em torno de 10% da população mundial (GINA, 2014), no Brasil são aproximadamente 20 milhões de asmáticos sendo a maior parte crianças em idade escolar (SOLÉ, et al., 2007), é a doença crônica mais comum na infância e a principal causa das faltas escolares, hospitalização e atendimentos de emergência (MASOLI, et al., 2008). Estudos indicam que crianças asmáticas podem apresentar comprimento/estatura abaixo do esperado para idade (REIS, et al. 2003; SHAREK, et al., 2000). Crianças com asma persistente necessitam de tratamento regular com corticoides inalatórios e são mais expostas aos corticoides sistêmicos que podem comprometer o crescimento.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS (ou PROCEDIMENTO METODOLÓGICO)**

O projeto foi aprovado pelo CEPAS-FURG (nº 81/2011) e CEP-UFPeI (nº 63/12). Os responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi realizado um estudo caso-controle nos ambulatórios de pneumologia pediátrica dos hospitais universitários da FURG e UFPeI entre abril de 2012 e maio de 2013. Foram incluídas crianças com idade entre 3 e 12 anos com diagnóstico de asma, sendo classificadas como casos (asma persistente) e controles (asma intermitente). O diagnóstico e a classificação foram feitas por pneumologistas segundo consensos internacionais (BTS, 2008; GINA, 2014; EPR, 2007). O comprimento/estatura das crianças na entrada do estudo foi aferida com estadiômetro (ALTURAEXATA<sup>®</sup>) conforme metodologia padronizada. O comprimento ao nascer foi obtido do cartão de nascimento. O comprimento/estatura foi avaliado pelo escore-z para idade, das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde, sendo considerado baixo comprimento/estatura os valores das medidas abaixo escore-z -2. O teste qui-quadrado foi utilizado para comparação da prevalência de baixo comprimento/estatura entre dois grupos. O programa Stata 11 (Stata Corp, College Station, Estados Unidos) foi utilizado para análise dos dados.

# 13ª Mostra da Produção Universitária

Rio Grande/RS, Brasil, 14 a 17 de outubro de 2014.

## 4 RESULTADOS e DISCUSSÃO

Das 332 crianças 223 foram classificadas com asma persistente e 109 intermitente. Ao nascer 22,27% dos asmáticos persistentes e 24,76% dos intermitentes apresentavam baixa comprimento/estatura, não havendo diferença estatística entre os grupos ( $P=0,618$ ), por outro lado na entrada do estudo esses percentuais passaram para 3,14% e 4,63% respectivamente ( $P=0,496$ ), o que indica que o crescimento não foi afetado pela doença, nem pela gravidade da doença.

Os dados indicam que o baixo comprimento/estatura ao nascer pode ser devido a fatores socioeconômicos e outros fatores maternos (AERTS, et al., 2004) e que o aporte nutricional adequado promove um crescimento dentro do esperado mesmo em crianças asmáticas (ANTONIO, et al., 2003).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não encontramos diferença significativa entre o crescimento de crianças com asma persistente e intermitente.

## REFERÊNCIAS

AERTS, D.; et al. Determinantes do retardo no crescimento no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1182-1190, 2004.

ANTONIO, M. A. G. M.; et al. Avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes com asma. **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n. 4, p. 367-371, 2003.

BRITISH THORACIC SOCIETY SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK et al. British guideline on the management of asthma. **Thorax**, v. 63, p. iv1, 2008.

EPR. Expert Panel Report 3 (EPR-3): Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma-Summary Report 2007. *The Journal of allergy and clinical immunology*. v. 120, (5 Suppl):p. S94–138, 2007.

Global Initiative For Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Vancouver, WA, USA: GINA, 2014. Disponível em: < [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org) >. Acesso em: 06 jul. 2014.

MASOLI, M.; et al. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. **Allergy**, v. 59, n. 5, p. 469-478, 2004.

REIS, M. A.; et al. O crescimento de crianças com asma. **J Pneumol**, v. 29, n. 1, p. 37, 2003.

SHAREK, Paul J.; BERGMAN, David A. The effect of inhaled steroids on the linear growth of children with asthma: a meta-analysis. **Pediatrics**, v. 106, n. 1, p. e8-e8, 2000.

SOLE, D.; et al. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema in Brazilian adolescents related to exposure to gaseous air pollutants and socioeconomic status. **Journal of investigational allergology and clinical immunology**, v. 17, n. 1, p. 6, 2007.