

# Adesão ao tratamento para asma em crianças atendidas em ambulatório especializado em Patos de Minas (MG)

*Adherence to asthma treatment among children attended at a specialized outpatient  
clinic in Patos de Minas, Minas Gerais, Brazil*

GEOVANA FRANKLIM GOMES E SILVA

Discente de Medicina (UNIPAM)  
geovanafranklim2@gmail.com

MARIA EDUARDA MAFFESSONI CARVALHO

Discente de Medicina (UNIPAM)  
mariaemc@unipam.edu.br

JULIANA ROCHA CAVALCANTI BARROS

Professora orientadora (UNIPAM)  
julianarochacb@unipam.edu.br

LUCIANA MENDONÇA ARANTES

Professora coorientadora (UNIPAM)  
lucianamarantes@unipam.edu.br

---

**Resumo:** A asma é uma doença respiratória crônica prevalente na infância, cujo controle depende da adesão ao tratamento farmacológico e às medidas não farmacológicas. Este estudo teve como objetivo avaliar a adesão terapêutica e fatores associados em crianças asmáticas acompanhadas em ambulatório especializado. Trata-se de estudo transversal com 20 participantes. A adesão farmacológica foi avaliada pelo MARS-5, e as medidas não farmacológicas foram classificadas como adequadas quando  $\geq 50\%$  dos itens recomendados eram cumpridos. Foram realizadas análises descritivas e inferenciais, adotando-se  $p < 0,05$ . Observou-se predominância de boa adesão farmacológica, embora parte dos participantes apresentasse adesão inadequada às medidas ambientais. Não houve associação estatisticamente significativa entre variáveis demográficas, adesão farmacológica e não farmacológica. Destaca-se que o tamanho reduzido da amostra pode ter limitado o poder estatístico. Os achados reforçam a importância de estratégias educativas para o controle integral da asma pediátrica.

**Palavras-chave:** asma; cooperação e adesão ao tratamento; pediatria.

**Abstract:** Asthma is a chronic respiratory disease prevalent in childhood, and its control depends on adherence to pharmacological treatment and non-pharmacological measures. This study aimed to evaluate therapeutic adherence and associated factors in children with asthma followed at a specialized outpatient clinic. This was a cross-sectional study involving 20 participants. Pharmacological adherence was assessed using the MARS-5, and non-pharmacological measures were classified as adequate when  $\geq 50\%$  of the recommended items were fulfilled. Descriptive and

inferential analyses were performed, adopting  $p < 0.05$ . A predominance of good pharmacological adherence was observed, although some participants showed inadequate adherence to environmental measures. No statistically significant association was found between demographic variables and pharmacological or non-pharmacological adherence. It should be noted that the small sample size may have limited the statistical power of the study. The findings reinforce the importance of educational strategies for the comprehensive control of pediatric asthma.

**Keywords:** asthma; treatment adherence and compliance; pediatrics.

---

## 1 INTRODUÇÃO

A asma pode ser definida como uma condição respiratória crônica ocasionada por inflamação das vias aéreas e posterior obstrução das vias brônquicas, ocorrendo de forma episódica e reversível. É uma condição imunomediada e multifatorial, podendo ser desencadeada por vários fatores, como infecções, alergênicos e uso de medicamentos. Se não controlada de maneira eficiente, pode evoluir para um quadro em que a obstrução do fluxo de ar se torna persistente, com limitações físicas e sociais para seus portadores (Cagliari *et al.*, 2023).

A asma é um dos distúrbios respiratórios mais frequentes do mundo. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), a asma afeta em torno de 20 milhões de pessoas no Brasil e é a terceira razão mais comum para internações no Sistema Único de Saúde (SUS) (Rodrigues *et al.*, 2021). É a doença crônica não transmissível mais prevalente da infância em todo o mundo e é responsável por morbidade e mortalidade significativas em crianças (Jones; Lawton; Gupta; 2022).

O diagnóstico de asma aumentou de forma exponencial nas últimas décadas, em decorrência da urbanização e da industrialização, e é considerado um problema de saúde pública global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima o aumento do número de diagnósticos em 100 milhões até o ano de 2025 (Kuruvilla *et al.*, 2019). De acordo com Batista *et al.* (2021), a alta prevalência da asma é um problema de saúde pública importante que deveria estar controlado nos dias de hoje, uma vez que existem diretrizes internacionais voltadas para o diagnóstico e tratamento adequados.

O aumento global da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como a asma, revela um problema alarmante, a má adesão ao tratamento proposto. A abordagem terapêutica da asma envolve tanto o manejo farmacológico quanto a implementação de medidas de controle ambiental e modificação de hábitos de vida. O não seguimento dessas intervenções está associado ao agravamento dos sintomas, maior comprometimento da qualidade de vida e elevação do risco de mortalidade. Fatores como dieta inadequada, obesidade, sedentarismo, tabagismo passivo e alta exposição a alérgenos domésticos contribuem para o descontrole dos sintomas, especialmente em pacientes pediátricos atópicos (GINA, 2024; Serrano *et al.*, 2022).

Há vários fatores que influenciam a adesão ao tratamento em relação aos pacientes pediátricos, como o fato de as crianças dependerem de um adulto para seu cuidado, o qual nem sempre está habilitado para seguir as recomendações médicas de maneira eficaz. A falta de informação e a existência de mitos e crenças populares também

contribuem para a baixa adesão ao tratamento proposto e, conseqüentemente, para a elevada busca pelos recursos de saúde. A asma requer atenção especial, buscando evitar perda de qualidade de vida, internamentos, exacerbações, conseqüências deletérias na vida adulta e mortalidade (Serrano *et al.*, 2022).

Diante da elevada prevalência da asma na população pediátrica e de seu impacto clínico e social, torna-se fundamental compreender como ocorre a adesão às terapias propostas em contextos assistenciais específicos. A análise desse cenário permite identificar fragilidades no seguimento farmacológico e nas medidas de controle ambiental, contribuindo para o aprimoramento do manejo clínico e para o desenvolvimento de estratégias mais direcionadas à realidade local. Nesse sentido, o presente estudo dedica-se a avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e às medidas não farmacológicas em crianças asmáticas acompanhadas em ambulatório especializado no município de Patos de Minas (MG), bem como a caracterizar o perfil clínico e comportamental dessa população, com ênfase em fatores potencialmente associados ao controle da doença.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS DA ASMA

A *Global Initiative for Asthma* (GINA) estabelece como objetivos para o tratamento da asma alcançar o controle ótimo da doença e minimizar o risco de exacerbação, mortalidade, perda da função pulmonar e efeitos adversos de medicamentos. Grande parte dos pacientes com asma consegue alcançar um controle eficaz da doença utilizando medicações inalatórias altamente efetivas (Lommatzsch; Buhl; Korn; 2020).

Paralelamente ao tratamento medicamentoso, também são de suma importância as estratégias terapêuticas não farmacológicas, que incluem a prática regular de exercícios físicos, a otimização do peso corporal, a cessação do tabagismo e a redução da exposição passiva ao fumo (GINA, 2024). O controle ambiental, por sua vez, pode ser definido como o conjunto de medidas destinadas a reduzir a quantidade de alérgenos e outras substâncias prejudiciais às vias aéreas, como umidade e mofo em ambientes internos. O controle ambiental é uma das vertentes do tratamento não farmacológico da asma, e a ausência dessa prática pode contribuir para a falta de controle e exacerbações da doença (Serrano *et al.*, 2022).

Diante do exposto, nota-se que o principal objetivo do tratamento é o bom controle da doença e, por essa razão, atribui-se uma importância considerável à mensuração do regime de adesão para controle da asma (Lommatzsch; Buhl; Korn; 2020).

### 2.2 ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

A adesão à terapêutica é definida pela OMS como o grau de correspondência entre o comportamento de uma pessoa em relação às recomendações realizadas pelos

profissionais de saúde, sobretudo no que refere à medicação prescrita, ao cumprimento de dieta ou a mudanças no seu estilo de vida (Martins *et al.*, 2020).

Não há consenso na literatura sobre o conceito de aderência ao tratamento da asma. A maior parte dos estudos considera o paciente aderente aquele que utiliza pelo menos 80% da dose do medicamento prescrito (Soares *et al.*, 2020). A adesão ao tratamento dessa patologia é conhecida por ser abaixo do ideal. Taxas de adesão inferiores a 50% foram relatadas em crianças, e taxas de não adesão variando de 30% a 70% foram relatadas em adultos (Zaeh *et al.*, 2022). Apesar dos avanços nas estratégias de tratamento e do atual arsenal terapêutico, 10% a 15% dos pacientes que possuem formas mais severas da doença permanecem sem o controle adequado (Soares *et al.*, 2020).

### 2.3 AVALIAÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA

Medir a falta de adesão à medicação é um desafio no que diz respeito ao alcance da população que pode ser medida e às ferramentas que podem ser utilizadas para medir. Não existe um método de avaliação da adesão à terapêutica que possa ser considerado padrão-ouro. Os métodos disponíveis oferecem apenas uma estimativa do comportamento de adesão dos pacientes. No entanto, essa análise é fundamental, principalmente no que se refere a otimização do controle das doenças crônicas (Martins *et al.*, 2020).

Nos últimos anos foram desenvolvidos instrumentos para facilitar e tornar prática a avaliação da adesão ao tratamento de doenças crônicas. Um desses instrumentos é o MARS (*Medicine Adherence Rate Scale*), um questionário com confiabilidade e reprodutibilidade significativas, validado para uso em doenças crônicas inespecíficas e traduzido para a língua portuguesa. Apresenta-se em duas versões, com 10 perguntas (versão original) e com 5 perguntas (MARS-5), ambas demonstrando eficácia comprovada na avaliação do grau de adesão (Serrano *et al.*, 2022).

Alguns estudos destacam a utilidade dos questionários preenchidos pelos doentes sobre a sua adesão à terapia, o que facilita o autorrelato de não adesão e a identificação de barreiras específicas para cada indivíduo (Martins *et al.*, 2020). A aplicação cuidadosa de questionários pode contribuir com identificação de possíveis problemas associados à adesão abaixo do ideal e com a determinação da prevalência das taxas de adesão entre pacientes com asma (Albassam; Alharbi; Awaisu; 2020).

### 2.4 DETERMINANTES DA FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO

O controle inadequado da asma se deve, além da própria gravidade da doença, à falha terapêutica, dificuldade no acesso à medicação, prescrição de doses inadequadas de medicamentos e comorbidades não tratadas (Soares *et al.*, 2020). Alcançar e manter o controle da asma pode ser difícil devido a exposições como alérgenos, irritantes, poluição ambiental, tabagismo, agentes ocupacionais e drogas (Pinto *et al.*, 2021).

A adesão ao tratamento da asma é impactada por múltiplos fatores, envolvendo aspectos relacionados à medicação, crenças dos pacientes, dinâmica familiar e interações com os profissionais de saúde. Entre os fatores medicamentosos, destacam-se os efeitos

adversos tardios, o custo elevado e a complexidade dos regimes terapêuticos. Barreiras adicionais incluem atitudes e crenças dos pacientes, desordens psicológicas e influência de cuidadores. A relação médico-paciente também exerce influência significativa sobre a adesão ao tratamento, afetando os desfechos terapêuticos (Zach *et al.*, 2022).

### 3 METODOLOGIA

Foi feito de um estudo descritivo, de delineamento transversal, com abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de pneumologia infantil da Clínica de Especialidades do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), no município de Patos de Minas (MG).

A amostra foi composta por 20 pacientes pediátricos diagnosticados com asma, com idade entre 2 e 14 anos, em acompanhamento regular no referido ambulatório. Foram incluídas crianças que já haviam recebido prescrição de medicação de uso contínuo para asma, incluindo corticosteroides inalados, associados ou não a broncodilatadores de longa duração. Também foi exigido o consentimento dos pais ou responsáveis legais, além do assentimento das crianças quando aplicável. Foram excluídos participantes cujos responsáveis referiram desconhecimento acerca do tratamento medicamentoso ou das condições ambientais da residência.

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio, junho, agosto e setembro de 2025, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPAM. Os dados foram obtidos por meio da aplicação presencial de um questionário impresso, aplicado em encontro único durante consulta ambulatorial, com duração de 10 minutos. O instrumento foi composto por duas partes: a primeira, elaborada pelos pesquisadores, contemplou informações sociodemográficas (sexo, idade, peso e altura) e questões relativas às medidas não farmacológicas e controle ambiental da asma (presença de fumantes, animais domésticos e alérgenos no domicílio; uso de capa impermeável no colchão e travesseiro; prática regular de exercícios físicos e adoção de alimentação balanceada); a segunda consistiu na versão validada em português da escala MARS-5 (Medication Adherence Report Scale), utilizada para avaliação da adesão à terapia farmacológica em doenças crônicas.

Para análise da adesão às medidas de controle não farmacológicas/ controle ambiental, foi criada uma variável dicotômica considerando como “adesão adequada” à realização de pelo menos 50% das medidas analisadas, e como “adesão inadequada” à realização de menos de 50% dessas medidas. Esse critério foi adotado para fins de análise estatística e categorização da amostra.

Durante o mesmo encontro, foram aferidos peso e altura das crianças participantes, utilizando-se balança e fita métrica, para posterior caracterização do perfil antropométrico (Índice de massa corporal, IMC). O preenchimento do questionário foi realizado pelo responsável legal, de forma individual, sem interferência dos pesquisadores, em ambiente reservado.

Os dados foram organizados inicialmente em planilhas eletrônicas no Google Planilhas, ferramenta utilizada para construção dos gráficos apresentados no estudo. As tabelas foram elaboradas no Microsoft Word. A análise estatística foi realizada com o auxílio do software Jamovi. Os resultados obtidos foram posteriormente confrontados e

discutidos à luz da literatura científica atual e das diretrizes vigentes para o manejo da asma pediátrica.

Foi realizada estatística descritiva, com apresentação de médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos para variáveis contínuas, além de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas. A normalidade das variáveis contínuas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Considerando o tamanho reduzido da amostra ( $n=20$ ) e a distribuição dos dados, optou-se pela utilização de testes não paramétricos nas análises comparativas.

A comparação da idade entre os grupos com boa e baixa adesão farmacológica foi realizada por meio do teste de Mann-Whitney. Para análise de associação entre variáveis categóricas (sexo e adesão farmacológica; adesão não farmacológica e adesão farmacológica), utilizou-se o Teste Exato de Fisher. Adotou-se nível de significância de 5% ( $p<0,05$ ) para todas as análises inferenciais.

O estudo foi conduzido em conformidade com as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e as crianças nas faixas etárias aplicáveis assinaram o Termo de Assentimento. Foram assegurados o sigilo, a confidencialidade das informações e a anonimização dos dados, sendo os participantes identificados por códigos numéricos. Não houve intervenção terapêutica, e os riscos foram considerados mínimos, restritos a eventual desconforto ao responder às perguntas.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 20 crianças diagnosticadas com asma, em acompanhamento ambulatorial especializado. Os dados coletados foram organizados e apresentados por meio de tabelas e gráficos, com o objetivo de facilitar a visualização das características demográficas, antropométricas e relacionadas à adesão terapêutica. Foi realizada análise estatística descritiva, com cálculo de médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos para variáveis contínuas, além de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas.

Em relação às características demográficas e antropométricas da amostra, conforme demonstrado na Tabela 1, a média de idade foi de 5,4 anos ( $\pm 2,5$ ; mínimo 2 – máximo 10 anos). Houve predominância do sexo masculino (65%,  $n=13$ ), em comparação ao feminino (35%,  $n=7$ ). O índice de massa corporal (IMC) variou entre 12,8 e 22,7  $\text{kg/m}^2$ , com média de 16,7  $\text{kg/m}^2$  ( $\pm 2,6$ ). Quando analisado por sexo, o IMC médio foi de 17,5  $\text{kg/m}^2$  no sexo masculino e 15,2  $\text{kg/m}^2$  no sexo feminino.

A avaliação nutricional foi realizada com base no IMC, considerando a recomendação da Organização Mundial da Saúde para utilização do escore-z de IMC para idade em crianças e adolescentes (WHO, 2006; WHO, 2007). Considerando a distribuição dos valores para a faixa etária estudada, observou-se que 75% da amostra ( $n=15$ ) apresentou IMC em faixa compatível com eutrofia. Foram identificados 15% ( $n=3$ ) dos participantes com valores  $\geq 19 \text{ kg/m}^2$  (19,6; 21,9 e 22,7  $\text{kg/m}^2$ ), sugestivos de sobrepeso ou obesidade. Além disso, 10% ( $n=2$ ) apresentaram IMC  $\leq 13,6 \text{ kg/m}^2$  (12,8 e 13,6  $\text{kg/m}^2$ ), valores possivelmente compatíveis com magreza.

**Tabela 1:** Características demográficas e antropométricas.

| Participante | Idade | Sexo | IMC  |
|--------------|-------|------|------|
| 1            | 4     | M    | 21,9 |
| 2            | 4     | F    | 13,6 |
| 3            | 6     | M    | 18,4 |
| 4            | 6     | F    | 18,3 |
| 5            | 8     | M    | 16,1 |
| 6            | 9     | M    | 17,6 |
| 7            | 5     | M    | 14,7 |
| 8            | 7     | F    | 18,1 |
| 9            | 4     | F    | 14   |
| 10           | 7     | M    | 22,7 |
| 11           | 6     | M    | 16,7 |
| 12           | 5     | F    | 12,8 |
| 13           | 2     | M    | 16   |
| 14           | 3     | M    | 16,2 |
| 15           | 2     | M    | 16   |
| 16           | 3     | M    | 16,7 |
| 17           | 4     | F    | 14,9 |
| 18           | 10    | M    | 15,1 |
| 19           | 10    | M    | 19,6 |
| 20           | 3     | F    | 14,9 |

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

A identificação de participantes com IMC sugestivo de excesso de peso é relevante, considerando a associação já descrita entre obesidade e pior controle da asma na infância. O excesso de tecido adiposo está relacionado a um estado inflamatório sistêmico que pode intensificar a inflamação das vias aéreas, além de alterações mecânicas pulmonares que favorecem maior limitação respiratória. Evidências indicam que crianças com obesidade apresentam maior frequência de exacerbações e pior resposta terapêutica quando comparadas às eutróficas, reforçando a importância da avaliação do estado nutricional no manejo da asma pediátrica (Forno; Celedón, 2017).

Na análise das medidas não farmacológicas para o tratamento da asma, observou-se que 20% (n=4) das crianças vivem em domicílios com fumantes, sendo o cigarro de palha o mais referido (n=3), seguido pelo cigarro branco (n=1).

A exposição passiva à fumaça do cigarro está associada a maior inflamação das vias aéreas, aumento da hiperresponsividade brônquica e maior frequência de exacerbações, além de maior risco de hospitalizações. Evidências demonstram que crianças expostas ao tabagismo passivo apresentam pior controle clínico e maior necessidade de medicação quando comparadas às não expostas, reforçando o impacto negativo do ambiente domiciliar no manejo da doença (GINA, 2024).

A presença de animais domésticos (cão ou gato) foi relatada em 45% (n=9) dos lares; e a presença de outros fatores potencialmente alergênicos no quarto ou sala, como tapetes, cortinas e bichos de pelúcia, que foram identificados em 40% (n=8) dos casos. Animal doméstico e fatores alergênicos estão presentes no lar de 7 participantes.

A literatura demonstra que a exposição contínua a alérgenos derivados de epitélio animal, ácaros da poeira domiciliar e partículas acumuladas em tecidos pode

intensificar a inflamação das vias aéreas em crianças atópicas, favorecendo exacerbações e pior controle da asma. Esses fatores ambientais estão associados ao aumento da hiperresponsividade brônquica e da frequência de sintomas, especialmente em indivíduos sensibilizados, reforçando a importância das medidas de controle ambiental como componente fundamental do manejo terapêutico (GINA, 2024).

Sobre medidas de proteção ambiental, o uso de capa impermeável no colchão foi observado em 20% (n=4) dos participantes, e no travesseiro em 20% (n=4), sendo o uso concomitante em apenas 10% (n=2).

O uso de capas impermeáveis para colchões e travesseiros pode reduzir a exposição a alérgenos de ácaros domésticos, um dos principais desencadeadores de sintomas em crianças asmáticas sensibilizadas a esses alérgenos. Revisões recentes apontam que intervenções ambientais que utilizam capas, associadas a outras estratégias de redução de alérgenos domiciliares, estão associadas à redução de sintomas respiratórios e à melhora do controle de asma em crianças com sensibilização aos ácaros da poeira, sugerindo benefício potencial dessas medidas no manejo da doença (Klain *et al.*, 2024).

Quanto aos hábitos de vida, 40% (n=8) praticam atividade física regular ( $\geq 2$  vezes/semana). Em relação à alimentação, 50% (n=10) foram descritas como tendo padrão saudável, com frutas, verduras e baixo consumo de guloseimas.

A adoção de hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada e prática regular de atividade física também exerce influência no controle da asma. Evidências indicam que dietas ricas em alimentos ultraprocessados e pobres em antioxidantes podem favorecer o estado inflamatório sistêmico, enquanto uma alimentação balanceada, com adequada ingestão de frutas, vegetais e fibras, pode contribuir para melhor modulação da resposta inflamatória. Da mesma forma, a prática regular de atividade física está associada à melhora da capacidade cardiorrespiratória, redução de sintomas e melhor qualidade de vida em crianças asmáticas, quando realizada sob adequado acompanhamento clínico. Assim, o estímulo a hábitos de vida saudáveis configura-se como componente complementar relevante no manejo da asma pediátrica (GINA, 2024).

Em relação a adesão ao tratamento farmacológico, o escore médio do questionário MARS-5, apresentado na Tabela 2, foi de 19,6 pontos ( $\pm 4,6$ ; mínimo 10 – máximo 25). Considerando que escores  $\geq 20$  indicam boa adesão ao tratamento e que 25 pontos correspondem à adesão total, 60% das crianças (n=12) apresentaram boa adesão, sendo que 10% (n=2) atingiram adesão total (25 pontos). Por outro lado, 40% (n=8) foram classificadas com adesão inadequada ( $< 20$  pontos).

**Tabela 2:** Pontuação do MARS-5.

| Participante | Escore MARS- 5 |
|--------------|----------------|
| 1            | 13             |
| 2            | 10             |
| 3            | 21             |
| 4            | 21             |
| 5            | 12             |
| 6            | 24             |
| 7            | 21             |
| 8            | 25             |

|    |    |
|----|----|
| 9  | 18 |
| 10 | 24 |
| 11 | 17 |
| 12 | 15 |
| 13 | 25 |
| 14 | 19 |
| 15 | 23 |
| 16 | 18 |
| 17 | 21 |
| 18 | 23 |
| 19 | 21 |
| 20 | 22 |

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

Com o objetivo de explorar possíveis associações entre as variáveis demográficas e a adesão ao tratamento farmacológico, foram realizadas análises inferenciais complementares. Inicialmente, a normalidade das variáveis contínuas foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Considerando o tamanho reduzido da amostra ( $n=20$ ), optou-se pela utilização de testes não paramétricos para comparação entre grupos, bem como o Teste Exato de Fisher para análise de associação entre variáveis categóricas. Adotou-se o nível de significância de 5% ( $p<0,05$ ).

A comparação da idade entre os grupos com boa e baixa adesão foi realizada pelo teste de Mann-Whitney. Observou-se média etária superior no grupo com boa adesão ( $5,9 \pm 2,8$  anos) em comparação ao grupo com baixa adesão ( $4,6 \pm 1,7$  anos). Contudo, a diferença não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,331$ ).

A associação entre sexo e classificação da adesão ao tratamento foi avaliada por meio do Teste Exato de Fisher. Entre os participantes do sexo masculino, 61,5% ( $n=8$ ) apresentaram boa adesão, enquanto no sexo feminino essa proporção foi de 57,1% ( $n=4$ ). Não foi observada associação estatisticamente significativa entre sexo e adesão ao tratamento (Fisher;  $p = 1,000$ ).

Na análise conjunta das duas variáveis no mesmo participante — adesão às medidas não farmacológicas (definida neste estudo como cumprimento de 4 ou mais dos 7 itens avaliados, ou seja,  $\geq 50\%$ ) e adesão farmacológica — observou-se que, entre os participantes classificados como aderentes às medidas não farmacológicas (35%;  $n=7$ ), 57,1% ( $n=4$ ) apresentaram boa adesão farmacológica e 42,9% ( $n=3$ ) baixa adesão. Entre os participantes que não atingiram o critério de adesão não farmacológica (65%;  $n=13$ ), 61,5% ( $n=8$ ) apresentaram boa adesão farmacológica e 38,5% ( $n=5$ ) baixa adesão. Não foi observada associação estatisticamente significativa entre as variáveis (Teste Exato de Fisher;  $p = 1,000$ ).

De modo geral, não foram observadas associações estatisticamente significativas entre as variáveis analisadas, considerando-se o nível de significância de 5% ( $p<0,05$ ). Entretanto, destaca-se que o estudo contou com uma amostra reduzida ( $n=20$ ), o que pode ter limitado o poder estatístico das análises e a capacidade de detectar possíveis associações. Dessa forma, a ausência de significância estatística deve ser interpretada com cautela, não excluindo a possibilidade de que tais associações possam ser identificadas em amostras maiores.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu caracterizar o perfil clínico, antropométrico e comportamental de crianças asmáticas acompanhadas em ambulatório especializado no município de Patos de Minas (MG), com ênfase na adesão ao tratamento farmacológico e às medidas não farmacológicas. Observou-se que, embora a maioria dos participantes tenha apresentado boa adesão ao tratamento medicamentoso segundo o escore do MARS-5, parcela expressiva ainda demonstrou adesão inadequada, evidenciando a persistência de desafios no manejo da asma pediátrica.

No que se refere às medidas não farmacológicas, identificaram-se exposições ambientais e hábitos de vida potencialmente relacionados ao descontrole da doença, como presença de fumantes no domicílio, contato com alérgenos ambientais e baixa adesão ao uso de capas impermeáveis. Tais achados reforçam que o controle da asma vai além da prescrição medicamentosa, exigindo abordagem integrada que contemple intervenções ambientais e comportamentais.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre as variáveis demográficas analisadas e a adesão farmacológica, tampouco entre adesão farmacológica e não farmacológica. Contudo, a reduzida dimensão amostral pode ter limitado o poder estatístico do estudo, devendo os resultados ser interpretados com cautela.

Os achados destacam a importância do acompanhamento contínuo, da educação em saúde e do fortalecimento da orientação aos responsáveis quanto às estratégias de controle ambiental e ao uso correto da medicação. Estudos com amostras maiores e delineamentos multicêntricos são recomendados para aprofundar a compreensão dos fatores associados à adesão terapêutica na asma pediátrica, contribuindo para o aprimoramento das estratégias de cuidado e para a redução de exacerbações e complicações futuras.

## REFERÊNCIAS

ALBASSAM, A.; ALHARBI, A.; AWAISU, A. Assessing Adherence to Inhaled Corticosteroids Among Adults with Asthma in Kuwait Using the Medication Adherence Report Scale for Asthma. **Patient preference and adherence**, vol. 14, p. 963-970, 9 jun. 2020.

BATISTA H. E. A. *et al.* A relevância da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes asmáticos. **Revista Encontros Científicos UniVS**, v. 3, n. 1, p. 61-70, jan. 2021.

CAGLIARI, L. L. *et al.* Asma infantil: uma revisão abrangente sobre a etiologia e fisiopatologia, fatores de risco, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento, plano de gerenciamento, nutrição e estilo de vida, prevenção e perspectivas futuras. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 5, p. 20252-20268, 2023.

FORNO E.; CELEDÓN J. C. The effect of obesity, weight gain, and weight loss on asthma inception and control. **Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology**, v. 17, n. 2, p. 123-130, abr. 2017.

GINA. GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. **Global strategy for asthma management and prevention**. 2024. Disponível em: <https://ginasthma.org/2024-report/>.

JONES, H., LAWTON, A., GUPTA, A. Asthma attacks in children-challenges and opportunities. **Indian journal of pediatrics**, vol. 89, n. 4, p. 373-377, 21 jan. 2022.

KLAIN, A. *et al.* The prevention of house dust mite allergies in pediatric asthma. **Children**, v. 11, p. 469, 2024.

KURUVILLA, M. E. *et al.* Epidemiology and risk factors for asthma. **Respiratory medicine**, v. 149, p. 16-22, 31 jan. 2019.

LOMMATZSCH, M., BUHL, R., KORN, S. The treatment of mild and moderate asthma in adults. **Deutsches Arzteblatt International**, vol. 117, pág. 434-444, 2020.

MARTINS, M. *et al.* Adesão à terapêutica na asma. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia**, v. 28, n. 2, p. 87-95, 2020.

PINTO, R. M. de C. *et al.* Recomendações para o manejo da asma grave da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Jornal brasileiro de pneumologia**, vol. 47, n. 6, 2021.

RODRIGUES, A. S. *et al.* Abordagem geral da asma: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v.1, n. 2, 5 nov. 2021.

SERRANO, R. A. *et al.* Avaliação da adesão ao tratamento da asma em crianças: a influência do atendimento especializado. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, v. 6, n. 1, p. 360-368, 2022.

SOARES, F. C. *et al.* Estudo de vida real do perfil epidemiológico e da adesão ao tratamento de pacientes com asma alérgica grave em uso de Omalizumabe durante 12 meses. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 41, n. 2, p. 321-330, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Child Growth Standards**. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Reference 2007**: growth reference data for 5–19 years. Geneva: World Health Organization, 2007.

ZAEH, S. E. *et al.* The impact of adherence and health literacy on difficult-to-control asthma. **The journal of allergy and clinical immunology. In practice**, vol. 10, n. 2, p. 386-394, 2022.