

## Qualidade de vida em crianças e adolescentes com rinite alérgica

## Quality of life in children and adolescents with allergic rhinitis

*Carlos Henrique Martins da Silva*<sup>1</sup>, *Taís Estevão da Silva*<sup>2</sup>, *Nívea Macedo O. Moraes*<sup>3</sup>, *Karla P. Fernandes*<sup>4</sup>, *Rogério M. C. Pinto*<sup>5</sup>

Palavras-chave: adolescentes, crianças, qualidade de vida, rinite.

Keywords: adolescents, children, quality of life, rhinitis.

### Resumo / Summary

**A** rinite alérgica (RA) representa importante problema de saúde pública, compromete as atividades diárias e pode repercutir no bem estar dos pacientes. **Objetivo:** Avaliar o impacto da RA na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de crianças e adolescentes por meio do questionário genérico Child Health Questionnaire (CHQ-PF50). **Casuística e Métodos:** Entre janeiro e novembro de 2004 pais ou responsáveis de 23 crianças e adolescentes com RA sem comorbidades e teste cutâneo de hipersensibilidade imediata positivo para pelo menos um aeroalérgeno foram convidados a participar de um estudo transversal e solicitados a responder o CHQ-PF50. Os escores obtidos foram comparados com os de crianças e adolescentes saudáveis. **Resultados:** Os escores obtidos pelos pacientes foram menores ( $p < 0,05$ ) que os do grupo controle nos sumários físico e psicossocial e na maioria das escalas, com exceção na escala “alteração na saúde”. O tamanho do efeito foi maior no escore sumário físico que no psicossocial. **Conclusões:** A RA causa impacto negativo global na QVRS de crianças e adolescentes com maior repercussão na função física, e afeta negativamente a dinâmica familiar.

**A** llergic rhinitis (AR) remains a significant pediatric health problem because of the burden of uncontrolled symptoms on daily activities and on general well being. **Aim:** to assess the impact of AR on health-related quality of life (HRQL) of children and adolescents using a generic instrument, the Child Health Questionnaire (CHQ - PF50). **Methods:** Between January and November 2004, parents or caregivers of 23 children and adolescents with AR without comorbidities and with positive prick tests for at least one air allergen were invited to participate of a cross-sectional study and asked to answer the self-administered CHQ-PF50. The scores were compared to those of healthy children and adolescents. **Results:** Patient scores were lower ( $p < 0.05$ ) than healthy subsets in both the physical and psychosocial summaries and in most of the CHQ-PF50 scales ( $p < 0,05$ ), except for the “change in health” scale. The size effect was higher in the physical score compared to the psychosocial summary score. **Conclusions:** allergic rhinitis has a global negative impact on the HRQL of children and adolescents, with major repercussions in physical function; AR also negatively affects family relations.

<sup>1</sup> Doutor, Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

<sup>2</sup> Residente Pediatria, Residência 2º ano Pediatria, Universidade Federal de Uberlândia.

<sup>3</sup> Doutora, Neuropediatra do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia e da Associação de Assistência a Criança Deficiente, AACD.

<sup>4</sup> Mestre, Responsável pelo Serviço de Alergologia Infantil do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

<sup>5</sup> Doutor, Professor da Faculdade de Matemática da Universidade Federal de Uberlândia.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 6 de maio de 2008. cod. 5835

Artigo aceito em 12 de outubro de 2008.

---

## INTRODUÇÃO

---

Três razões fundamentais têm sido consideradas no tratamento de pacientes: prolongar a vida, reduzir a morbidade e buscar o bem-estar<sup>1</sup>. Até recentemente, o sucesso terapêutico era avaliado exclusivamente por índices de morbimortalidade. Medidas baseadas em testes fisiológicos e laboratoriais forneciam a gravidade da doença e acreditava-se que o bem-estar seria consequência natural da redução de tal gravidade<sup>2-4</sup>. Todavia, surgiram evidências de que os parâmetros objetivos mantêm correlações fracas a moderadas com o bem-estar do paciente. Gravidades clínicas semelhantes podem ter impacto diferente no bem-estar de pacientes distintos devido aos níveis de tolerância, às expectativas em relação à saúde e à capacidade de lidar com as limitações impostas pela doença individuais, sendo necessária uma avaliação que incorpore a percepção subjetiva do paciente de sua própria condição e de sua qualidade de vida (QV)<sup>2,5,6</sup>.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), QV refere-se à “percepção individual de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>7</sup>. O surgimento do termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) derivou, em grande parte, da redefinição de saúde dada pela OMS em 1948: “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”<sup>8</sup>.

O estudo da QVRS inclui características como subjetividade, multidimensionalidade (dimensões ou domínios físico, psicológico e social) e bipolaridade (dimensões positivas e negativas, como autonomia e dependência)<sup>7</sup>. Vários questionários vêm sendo testados para a avaliação da QVRS e são classificados em genéricos ou específicos<sup>2,9</sup>.

O instrumento genérico inclui domínios que são aplicáveis em várias doenças e populações possibilitando comparação entre diagnósticos distintos e entre grupos saudáveis e doentes. O instrumento específico avalia a QVRS em doenças e/ou populações específicas sendo mais sensível na detecção de mudanças<sup>9,10</sup>.

A rinite alérgica (RA) está entre as doenças crônicas da infância que comprometem a QVRS. Trata-se de uma inflamação da mucosa nasal devido à reação de hipersensibilidade (mediada por anticorpos IgE) a alérgenos específicos, ocorrendo em indivíduos geneticamente predispostos e sensibilizados, manifestando-se por um ou mais dos sintomas: congestão nasal, rinorreia aquosa, espirros e prurido nasal<sup>11</sup>.

A prevalência vem aumentando nas últimas décadas devido, em parte, à maior exposição ambiental, às mudanças no estilo de vida (maior permanência em ambientes fechados) e a fatores socioeconômicos. Estatísticas mundiais apresentam prevalência de 30% a 40%

em crianças e adolescentes. No Brasil, alguns estudos mostraram prevalência de 33% e 34% em escolares de 6 a 7 e de 13 a 14 anos, respectivamente<sup>11</sup>. Na cidade de Uberlândia, encontrou-se prevalência de 24% em escolares de 6 a 7 anos<sup>12</sup>.

Embora haja uma tendência em subestimar as repercussões da RA na QV dos indivíduos acometidos, por ser uma doença benigna que raramente requer hospitalização, cirurgia ou intervenções mais sofisticadas<sup>1,6</sup>, a RA pode comprometer aspectos físicos, psicológicos e sociais da vida dos pacientes que precisam ser investigados<sup>2,3,13-15</sup>.

As avaliações do impacto da RA na QVRS cresceram a partir de 1990<sup>1,4</sup>. As primeiras investigações foram realizadas em adultos utilizando-se instrumentos genéricos e específicos<sup>16-19</sup>. Estudos em crianças e adolescentes foram desenvolvidos em menor número, por meio apenas de questionários específicos<sup>20,21</sup>. Nascimento Silva<sup>22</sup> conduziu estudo sobre a adaptação e a validação para a população brasileira de um questionário específico (RQLQ) destinado a adolescentes com rinite. Recomenda-se, atualmente, que a avaliação dos resultados dos ensaios clínicos em doenças crônicas respiratórias deve contemplar o estudo da QVRS por meio de instrumentos específicos e genéricos, além dos parâmetros clínicos objetivos como prova de função pulmonar (asma) e escalas de avaliação de sintomas (rinite)<sup>23,24</sup>.

O objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto da RA na QVRS de crianças e adolescentes por meio de um instrumento genérico - o Child Health Questionnaire (CHQ-PF50).

---

## CASUÍSTICA E MÉTODO

---

Foi realizado estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética local (processo nº 095/2002), entre janeiro e novembro de 2004.

### Participantes

Foram convidados a participar do estudo, pais ou responsáveis de crianças (acima de 5 anos) e de adolescentes com diagnóstico de pelo menos um ano de RA baseado na história clínica de sintomas sugestivos (espirros, rinorreia, prurido e/ou obstrução nasal) em circunstâncias sugestivas (exposição a alérgenos conhecidos) e com teste cutâneo de hipersensibilidade imediata positivo para pelo menos um dos aeroalérgenos: *Blomia tropicalis*, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*, ácaros de estocagem, fungos, polens, penas, *Blatella germanica*, lã, epitélios de cão e gato.

Não foram incluídos pacientes portadores de outras doenças crônicas ou comorbidades que pudessem comprometer a QVRS como asma, eczema atópico, sinusite ou alergia alimentar, pacientes em uso de medicamentos que interfeririam no resultado do teste cutâneo ou que se recusaram a realizá-lo.

O grupo controle foi obtido de um banco de dados de crianças e adolescentes saudáveis e sem história prévia de alergia respiratória, avaliadas durante o processo de validação da versão brasileira do CHQ-PF5021, sendo realizado pareamento por idade e sexo, na proporção de 3:1 para esta pesquisa.

### “Child Health Questionnaire - CHQ-PF50”

O “50-item, parent completed short form, Child Health Questionnaire” (CHQ-PF50) é um questionário genérico de avaliação da QVRS destinado a crianças acima de 5 anos e adolescentes, sob a perspectiva dos pais ou responsáveis. Foi desenvolvido em Boston - EUA entre 1990 e 1996<sup>25</sup>, adaptado culturalmente e validado para a população brasileira<sup>26,27</sup>. O instrumento contém 50 itens distribuídos em 4 escalas simples e 11 escalas de múltiplos itens e aborda onze domínios relacionados à criança e quatro relacionados à família (Tabela 1). Os escores das escalas variam de 0 a 100, sendo que maiores escores indicam melhor função ou sensação. Dois escores sumários resumem as funções física e psicossocial<sup>25</sup>.

### Procedimento

Após consentimento livre e esclarecido, pais ou responsáveis - com nível de compreensão adequado da língua portuguesa - responderam um protocolo com dados sócio-demográficos (incluindo sexo, idade, escolaridade e número de irmãos da criança, escolaridade do informante e renda familiar mensal) e sobre a doença (gravidade e duração). O CHQ-PF50 foi respondido momentos antes ou imediatamente após a consulta pela técnica de auto-aplicação.

Solicitou-se aos pacientes que apontassem o grau de incômodo geral da RA por meio de uma escala visual analógica (EVA) medindo 100 mm de comprimento, sem subdivisões, em que 0 indicava ausência e 100 incômodo extremo; e o incômodo proporcionado por cada sintoma (obstrução nasal, espirros, coriza e prurido nasal) pontuados de 0 a 6, indicando 0 ausência e 6 incômodo extremo. No total de 24 pontos, foram estabelecidas categorias: 0 (nenhum incômodo), 1-8 (leve), 9-16 (moderado-grave) e 17-24 (grave).

Os pacientes foram classificados segundo a gravidade da RA em leve e moderado-grave, de acordo com os critérios do consenso Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA)<sup>28</sup>.

Os escores do CHQ-PF50 obtidos pelos pacientes com RA foram comparados com os escores do grupo controle e correlacionados com a gravidade, grau de incômodo geral da RA (EVA) e grau de incômodo proporcionado por cada sintoma.

A confiabilidade do instrumento, quer dizer, a verificação se as escalas e os domínios do questionário não apresentam erros de medida e se realmente refletem o que

se pretende medir, foi realizada por meio da confiabilidade da consistência interna que se refere à extensão com que os itens estão relacionados entre si.

### Análise estatística

A análise estatística descritiva foi utilizada na caracterização sócio-demográfica dos participantes.

Por meio do coeficiente  $\alpha$ -Cronbach verificou-se a confiabilidade da consistência interna. O coeficiente de alfa Cronbach é baseado no número de itens em uma escala e na homogeneidade entre eles. Para o propósito de comparar grupos, medidas com confiabilidade mínima de 0,5 a 0,7, ou preferencialmente maiores, são recomendadas.

O teste t de Student foi utilizado para a comparação dos escores obtidos dos pacientes com AR e dos obtidos de crianças e adolescentes saudáveis.

O tamanho do efeito foi utilizado para avaliar a magnitude das diferenças encontradas em cada escala e nos escores sumários, subtraindo-se a média do grupo doente pela média do grupo controle e dividindo-se o resultado pelo desvio padrão do grupo controle. O resultado de 0,20 a 0,49 é considerado pequeno, 0,50 a 0,79 moderado e a partir de 0,80 grande<sup>29</sup>.

O coeficiente de correlação ponto biserial foi utilizado para verificar a correlação entre as escalas e escores sumários do CHQ com a escala visual analógica

O coeficiente de correlação ponto biserial foi utilizado para verificar a correlação entre as escalas e escores sumários do CHQ com a escala visual analógica. Os coeficientes de correlação de Pearson (variáveis quantitativas) e de Spearman (variáveis qualitativas) verificaram a correlação entre as escalas e escores sumários do CHQ com a gravidade da doença e com categorias do incômodo proporcionado por cada sintoma, respectivamente.

O nível de significância foi estabelecido em 0,05.

## RESULTADOS

### Participantes

Durante a pesquisa, 44 pacientes com diagnóstico de RA (sem asma ou outras comorbidades) compareceram ao ambulatório. Destes, 2 foram excluídos por desistência, 6 por terem idade inferior a 5 anos, 4 por não devolução do questionário, 5 por apresentarem resultado negativo ao teste cutâneo e 4 por não terem realizado-o. Ao final, 23 questionários foram obtidos para análise. Vinte e um pacientes apresentaram RA persistente e apenas dois, RA intermitente.

A maioria dos informantes foi a mãe (86,95%). A média de idade dos pacientes foi de 9,22 anos, sendo a maioria do sexo masculino (78,26%). Características adicionais da amostra são apresentadas na Tabela 2.

Os coeficientes de alfa-Cronbach obtidos foram acima de 0,7, exceto na escala percepção de saúde (0,3).

**Tabela 1.** Interpretação dos escores dos domínios do CHQ PF-50

Domínio	Escore baixo	Escore alto
Avaliação global de saúde	De um modo geral, a saúde da criança é má	De um modo geral, a saúde da criança é excelente
Função Física*	A criança é muito limitada em realizar todas as atividades físicas, incluindo cuidado próprio, devido a problemas de saúde	A criança realiza todos os tipos de atividades, incluindo as que precisam de muita energia, sem limitações devido a problemas de saúde
Limitação, devido aos aspectos emocionais*	A criança é muito limitada na realização de atividades escolares ou com amigos devido a problemas emocionais ou de comportamento	A criança não possui limitações na escola ou em atividades com amigos devido a problemas emocionais ou de comportamento
Limitação, devido à função física*	A criança é muito limitada em atividades escolares ou com amigos devido a problemas de saúde física	A criança não possui limitações na escola ou em atividades com amigos devido a problemas de saúde física
Dor corporal*	A criança possui dor muito grave e frequente	A criança não possui dor
Comportamento*	A criança frequentemente discute, tem dificuldades de concentração, mente, rouba, faz birra ou fica irritada/emburrada	A criança nunca discutiu, teve dificuldades de concentração, mentiu, roubou, fez birra ou ficou irritada/emburrada
Comportamento global	O comportamento da criança é mau quando comparado ao de outras crianças	O comportamento da criança é excelente quando comparado ao de outras crianças
Saúde mental*	A criança sempre tem crises de choro, sente-se sozinha, fica nervosa, aborrecida ou contrariada	A criança nunca tem crises de choro, sente-se sozinha, fica nervosa, aborrecida ou contrariada
Autoestima*	A criança é muito insatisfeita com habilidades, aparência, relacionamentos e a vida em geral	A criança é muito satisfeita com habilidades, aparência, relacionamentos e a vida em geral
Percepção de saúde	Os pais acreditam que a saúde do filho é ruim e tende a se tornar pior	Os pais acreditam que a saúde do filho é excelente e continuará sendo
Alteração na saúde	A saúde da criança é muito pior agora que há um ano	A saúde da criança é muito melhor agora que há um ano
Impacto emocional nos pais*	Os pais experimentam muita preocupação ou aborrecimento devido à saúde física ou psicossocial da criança	Os pais não experimentam preocupação ou aborrecimento devido à saúde física ou psicossocial da criança
Impacto no tempo dos pais*	Os pais sentem-se muito limitados em suas próprias necessidades devido à saúde física ou psicossocial da criança	Os pais não se sentem limitados em suas próprias necessidades devido à saúde física ou psicossocial da criança
Atividades familiares*	A saúde da criança com muita frequência limita/interrompe atividades familiares ou é causa de tensão	A saúde da criança nunca limita/interrompe atividades familiares ou é causa de tensão
Coesão familiar	A capacidade da família em se entender é má	A capacidade da família em se entender é excelente

\*A pergunta considera apenas as últimas quatro semanas

Os escores obtidos pelo grupo de pacientes foram menores que os do controle, exceto na escala alteração na saúde. Apenas nas escalas comportamento global e atividades familiares essa diferença entre os grupos não foi significativa ( $p=0,108$  e  $p = 0,081$ , respectivamente). O tamanho do efeito foi grande para os sumários e 10 escalas, moderado em 5 escalas; e foi maior para o escore sumário físico (1,83) do que para o psicossocial (0,89) (Tabela 3).

A escala visual analógica apresentou correlação positiva e significativa com a escala comportamento global ( $r=0,42$ ) e negativa e significativa com a escala alteração na saúde ( $r= -0,52$ ) (Tabela 4).

A gravidade da doença e o incômodo proporcionado por cada sintoma não apresentaram correlações significativas com os escores do CHQ.

**Tabela 2.** Características gerais dos participantes

Características	Participantes (n=23)
Idade média em anos (variação)	9,2 (5-14)
Sexo masculino (%)	18 (78,3%)
Escolaridade média em anos (variação)	3,2 (0-7)
Número médio de irmãos (variação)	1 (0-5)
Gravidade da rinite (ARIA), n (%)	
Leve	5 (21,7%)
Moderada-Grave	18 (78,3%)
Duração média da doença em anos (variação)	5,2 (0,7-14)
Grau de incômodo geral da rinite (escala visual analógica), média (variação)	53 (1,1-100)
Grau de incômodo dos principais sintomas, n (%)	
Leve	8 (34,8%)
Moderado-grave	12 (52,2%)
Grave	3 (13,0%)

**Tabela 3.** Escores do CHQ-PF50 obtidos pelos pacientes e controles

Escala e sumários do CHQ-PF50	Controles (n = 69)		Pacientes (n= 23)		p valor*	Tamanho do efeito
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Avaliação global de saúde	93,26	12,03	62,17	25,26	0,000	2,58
Função física	98,47	8,93	88,52	21,78	0,043	1,11
Limitação, devido aos aspectos emocionais	97,42	8,76	85,85	23,05	0,031	1,32
Limitação, devido à função física	98,06	12,13	86,23	21,70	0,019	0,97
Dor corporal	96,96	9,28	70,43	19,88	0,000	2,86
Comportamento	78,17	12,52	65,46	19,74	0,007	1,01
Comportamento global	85,00	16,13	75,65	25,37	0,108	0,58
Saúde mental	78,95	11,85	70,87	17,17	0,014	0,68
Autoestima	93,06	13,46	82,44	23,35	0,048	0,79
Percepção de saúde	79,01	11,90	64,00	17	0,000	1,26
Alteração na saúde	67,54	23,84	84,78	19,57	0,001	-0,72
Impacto emocional nos pais	83,70	21,93	63,76	30,42	0,007	0,91
Impacto no tempo dos pais	93,30	15,85	79,03	27,74	0,030	0,90
Atividades familiares	89,19	14,26	82,71	17,95	0,081	0,45
Coesão familiar	78,48	18,28	61,09	30,78	0,016	0,95
Escore físico sumário	56,65	5,33	46,89	10,53	0,000	1,83
Escore psicossocial sumário	54,03	6,54	48,23	7,72	0,001	0,89

\* teste t de Student

## DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que avaliou a QVRS de crianças e adolescentes com RA utilizando o questionário genérico CHQ-PF 50.

A confiabilidade da consistência interna do item do instrumento foi adequada, exceto na escala percepção de

saúde, o que também foi observado na aplicação da versão brasileira do CHQ-PF50 para a população saudável, com artrite idiopática juvenil e com paralisia cerebral<sup>27,30,31</sup>. Este resultado pode indicar problemas na adaptação cultural do instrumento ou dificuldade na compreensão dos itens dessa escala.

**Tabela 4.** Correlações entre as escores do CHQ-PF50 e escala visual analógica

Escalas e sumários do CHQ-PF50	EVA	
	r	p-valor
Avaliação global de saúde	0,10	0,62
Função física	0,32	0,12
Limitação, devido aos aspectos emocionais	0,24	0,28
Limitação, devido à função física	0,29	0,17
Dor corporal	-0,34	0,11
Comportamento	0,05	0,82
Comportamento global	0,42	0,04
Saúde mental	0,22	0,29
Auto-estima	0,13	0,54
Percepção de saúde	-0,04	0,84
Alteração na saúde	-0,52	0,00
Impacto emocional nos pais	0,28	0,19
Impacto no tempo dos pais	0,30	0,16
Atividades familiares	0,17	0,42
Coesão familiar	-0,11	0,60
Escore físico sumário	0,15	0,49
Escore psicossocial sumário	0,09	0,68

EVA = escala visual analógica

Os resultados obtidos indicam impacto negativo multidimensional da RA na QVRS de seus portadores. A repercussão é mais pronunciada nos domínios relacionados à saúde física quando comparados a psicossocial (tamanho do efeito maior no escore do sumário físico), o que também foi descrito em outros trabalhos que avaliaram adultos e crianças<sup>17,18,21</sup>. O menor escore obtido pelo grupo controle na escala alteração na saúde já era esperado, uma vez que a população saudável não apresenta variações ao longo do tempo em relação à saúde.

Alguns estudos<sup>16,20,21,32</sup> documentaram situações relacionadas à RA que mais incomodavam os pacientes: sintomas nasais, sintomas associados (cefaleia, lacrimejamento, sede aumentada, cansaço/fadiga, dificuldade de concentração, insônia); emoções (irritação, frustração devido à limitação imposta pela doença em atividades diárias, inquietude, impaciência, raiva, nervosismo, vergonha devido aos sintomas nasais) e problemas práticos (coçar e assoar o nariz repetidamente, carregar lenços, uso de remédios).

Particularmente em relação às crianças, os sintomas nasais e problemas práticos podem incomodar colegas levando a rotulações e constrangimento. O rendimento escolar pode ser prejudicado por distração, fadiga, irritabilidade, efeitos colaterais de alguns medicamentos ou absenteísmo. A medida terapêutica de controle que consiste em evitar o contato com alérgenos pode limitar

atividades de recreação e o contato com outros colegas levando ao isolamento<sup>4</sup>.

Em um estudo brasileiro realizado em adolescentes, os sintomas físicos (principalmente nasais) foram mais citados como agentes incômodos que os emocionais. Outras situações relatadas como incômodas incluíram cansaço, indisposição, sede, ansiedade, nervosismo, uso de medicamentos e situações embaraçosas devido aos sintomas<sup>22</sup>.

Os resultados obtidos nos domínios relacionados à família indicam que a doença tem impacto negativo sobre a mesma. Estudos realizados em doenças crônicas da infância mostraram que elas podem comprometer a QV dos familiares por situações como: comprometimento do sono, fadiga, falta ao trabalho, cancelamento de férias, interferência na vida social e gasto financeiro. Alguns pais podem se sentir culpados, tornarem-se ansiosos e superprotetores ou até hostis em relação à criança afetada, o que pode repercutir negativamente sobre todo o grupo familiar<sup>4,33</sup>.

A correlação entre a escala visual analógica e o domínio alteração na saúde sugere que quanto maior o incômodo da RA constatado pela criança, pior a percepção de melhora da doença observada pelos pais, o que pode representar um maior desafio na obtenção do sucesso terapêutico nos pacientes com maior grau de incômodo.

A não concordância entre as escalas comportamento global e comportamento na verificação da correlação com a escala visual analógica pode ser decorrente de uma



abordagem diferente sobre o tema, pois a primeira escala solicita comparar o comportamento com o de outras crianças em apenas um item e a segunda aborda cinco situações questionando o comportamento da criança em cada uma. Os resultados obtidos indicam que os pais não percebem diferenças no comportamento quando comparam seus filhos com as outras crianças, embora sejam capazes de relatar um pior comportamento frente a situações mais cotidianas. Instrumentos específicos que avaliem este domínio poderão fornecer informações mais esclarecedoras.

### Limitações do estudo

Embora os instrumentos genéricos de QVRS permitam comparações entre pacientes com diferentes condições crônicas, eles podem, no entanto, ser indiferentes a mudanças em condições específicas, pois o foco não é uma doença em particular<sup>9</sup>. Esta limitação metodológica inerente aos instrumentos genéricos pode explicar a presença, no presente estudo, de resultados conflitantes acima descritos.

A utilização de representantes para o preenchimento de um questionário sobre QVRS é uma situação que, a priori, é discordante com o princípio básico que busca a avaliação do próprio paciente sobre seu estado. As crianças apresentam diferenças quanto ao desenvolvimento de entendimento básico dos significados e funções das palavras saúde e doença, e isto pode impedir uma comunicação efetiva. A concordância entre as respostas obtidas pelas crianças e as observadas pelos pais ou responsáveis ainda é controversa, entretanto, foi confirmada em alguns estudos<sup>10,34</sup>.

A RA frequentemente ocorre em associação com outras doenças alérgicas, e em particular com a asma. Entretanto o presente objetivou avaliar o impacto da RA isoladamente. Esse rigor adotado no critério de inclusão restringiu a participação de indivíduos com outras manifestações atópicas e refletiu diretamente no tamanho da amostra.

---

### CONCLUSÕES

---

A RA causa impacto negativo global na QVRS de crianças e adolescentes com maior repercussão na função física, pela percepção dos pais ou responsáveis, e afeta negativamente o grupo familiar.

---

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Juniper EF. Can quality of life be quantified? *Clin Exp All Rev.* 2002;2(2):57-60.
2. Juniper EF. Impact of upper respiratory allergic diseases on quality of life. *J Allergy Clin Immunol.* 1998;101 Suppl 2:386-91.
3. Thompson A, Juniper EF, Meltzer EO. Quality of life in patients with allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2000;85(5):338-48.
4. Meltzer EO. Quality of life in adults and children with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2001;108 Suppl 1:45-53.

5. De Graff-in 't Veld T, Koenders S, Gerrelds IM, Gerth Van Wijk R. The relationships between nasal hyper reactivity, quality of life, and nasal symptoms in patients with perennial allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol.* 1996;98(3):508-13.
6. Juniper EF. Measuring health-related quality of life in rhinitis. *J Allergy Clin Immunol.* 1997;99 Suppl 2:742-9.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41:1403-9.
8. Gerth Van Wijk R. Allergy: A global problem. *Quality of life. Allergy.* 2002;57(12):1097-110.
9. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118(8):622-9.
10. Jenney MEM, Campbell S. Measuring quality of life. *Arch Dis Child.* 1997;77(4):347-54.
11. Consenso sobre rinites. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2000;66 Suppl 10:4-34.
12. Guimarães R, Ceccon CL, Fernandes DT, Pinto LF, Faria TL, Ambrosio MR et al. Prevalência da rinite alérgica em escolares de 6 a 7 anos na cidade de Uberlândia, ISAAC fase 3. *Anais da XVI Semana Científica da Medicina;2003 Set 17-20;Uberlândia, Brasil.* p. 31.
13. Scadding GK, Bousquet J. Introduction. *Allergy.* 2007;62 Suppl 85:3-5.
14. Canonica GW, Bousquet J, Mullol J, Scadding GK, Virchow JC. A survey of the burden of allergic rhinitis in Europe. *Allergy.* 2007;62 Suppl 85:17-25.
15. Schatz M. A survey of the burden of allergic rhinitis in the USA. *Allergy.* 2007;62 Suppl 85:9-16.
16. Juniper EF, Guyatt GH. Development and testing of a new measure of health status for clinical trials rhinoconjunctivitis. *Clin Exp Allergy.* 1991;21(1):77-83.
17. Bousquet J, Bullinger M, Fayol C, Marquis P, Valentin B, Burtin B. Assessment of quality of life in patients with perennial allergic rhinitis with the French version of the SF-36 health status questionnaire. *J Allergy Clin Immunol.* 1994;94(2 Pt 1):182-8.
18. Meltzer EO, Nathan RA, Selner JC, Storms W. Quality of life and rhinitic symptoms: Results of a nationwide survey with the SF-36 and RQLQ questionnaires. *J Allergy Clin Immunol.* 1997;99 Suppl:815-9.
19. Leynaert B, Neukirch C, Liard R, Bousquet J, Neukirch F. Quality of life in allergic rhinitis and asthma. A population-based study of young adults. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000;162(4):1391-6.
20. Juniper EF, Guyatt GH, Dolovich J. Assessment of quality of life in adolescents with allergic rhinoconjunctivitis: development and testing of a questionnaire for clinical trials. *J Allergy Clin Immunol.* 1994;93(2):413-23.
21. Juniper EF, Howland WC, Roberts NB, Thompson AK, King DR, Math B. Measuring quality of life in children with rhinoconjunctivitis. *J Allergy Clin Immunol.* 1998;101(2 Pt 1):163-70.
22. Silva MGN. Adaptação e validação do questionário "RQLQ" para avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes com rinite alérgica [tese de mestrado]. São Paulo(SP): Universidade Federal de São Paulo;1999.
23. Passalacqua G, Canonica GW, Baiardini I. Rhinitis, rhinosinusitis and quality of life in children. *Pediatr Allergy Immunol.* 2007;18 Suppl 18:40-5.
24. Kremer B, Klimek L, Bullinger M, Mösges L. Generic or disease-specific quality of life scales to characterize health status in allergic rhinitis? *Allergy.* 2001;56:957-63.
25. Landgraf JM, Abetz L, Ware JE Jr. *The Child Health Questionnaire: A user's manual.* 2nd ed. Boston (MA): The Health Act;1999.
26. Machado CSM, Ruperto N, Silva CHM, Ferriani VPL, Roscoe I, Campos LMA et al. For the Pediatric Rheumatology International Trials Organization (PRINTO) The Brazilian version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin Exp Rheumatol.* 2001;19 Suppl 23:25-9.
27. Gomes DC. Adaptação e validação para a língua portuguesa do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida - "50-item, parent complete short form, Child Health Questionnaire" (CHQ-PF50) [tese de mestrado]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia;2001.

- 
28. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). *Allergy* .2008;63 Suppl 86:8-160.
  29. Health outcomes methodology symposium. *Glossary Med Care*. 2000;38 Suppl 2:7-13.
  30. Landgraf JM, Maunsell E, Speechley KN, Bullinger M, Campbell S, Abetz L, et al. Canadian-French, German and UK versions of the Child Health Questionnaire: methodology and preliminary item scaling results. *Qual Life Res*. 1998;7(5):433-45.
  31. Morales NMO, Silva CHM, Frontarolli AC, Araújo RRH, Rangel VO, Pinto RMC et al. Psychometric properties of the initial Brazilian version of the CHQ-PF50 applied to the caregivers of children and adolescents with cerebral palsy. *Qual Life Res*. 2007;16(3):437-44.
  32. Meltzer EO. Does rhinitis compromise night-time sleep and daytime productivity? *Clin Exp All Rev*. 2002;2(2):67-72.
  33. McCormick MC, Stemmler MM, Athreya BH. The impact of childhood rheumatic diseases on the family. *Arthritis Rheum*. 1986;29(7):872-9.
  34. Eiser C, Morse R. The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. *J Dev Behav Pediatr*. 2001;22(4):248-56.