

4. ARTIGO ORIGINAL

QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADORES DE CRIANÇAS ASMÁTICAS

Quality of life in caregivers of asthmatic children

Franklene M. Santos¹, Enaldo V. Melo², Silvia de M. Simões³.

- 1- Estudante do sexto ano de medicina da Universidade Federal de Sergipe – Aracaju (SE) - Brasil;
- 2- Professor Assistente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Aracaju (SE) - Brasil
- 3- Professora Adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Aracaju (SE) - Brasil.

Correspondência:

Franklene Machado Santos: Av. Deputado Silvio Teixeira, número 10, Condomínio Costa Brava, bloco Barcelona, apartamento 701, bairro Jardins, CEP:49025-100. Email: lenemachado.med@gmail.com

Telefone para contato: (79) 99662371.

Instituição: Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Hospital Universitário – UFS

Não houve fonte financiadora

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de crianças asmáticas atendidas em serviço ambulatorial especializado e sua associação com o nível de controle da asma. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo e analítico. Entrevista com o cuidador e avaliação do prontuário da criança constituíram as fontes de informações. Para a mensuração da qualidade de vida, foi utilizado o questionário *Pediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire* (PACQLQ). A asma foi classificada em controlada e não controlada baseada nos sintomas referidos na última semana. **Resultados:** Foram entrevistadas 41 mulheres cuidadoras de crianças asmáticas (idade média de 33,3 anos). Foram avaliadas 41 crianças com 3 a 8 anos de idade, sendo 58,5% portadoras de asma não controlada e 41,5%, asma controlada. Quarenta crianças receberam diagnóstico de rinite. A proporção de crianças com rinite e a frequência da doença na última semana, foram significativamente maiores no grupo de asma não controlada. Cuidadoras de crianças com asma não controlada apresentaram escores totais e específicos do PACQLQ significativamente mais baixos quando comparados ao grupo de asma controlada. A frequência de sintomas de rinite se correlacionou negativamente com a média do escore total ($r = -0,53$; $p < 0,001$), com a média de limitação de atividades ($r = -0,34$; $p = 0,03$) e com a média do domínio afetivo ($r = -0,56$; $p < 0,001$). **Conclusões:** Cuidadores de crianças com asma não controlada apresentaram uma pior qualidade de vida em comparação a asma controlada. A rinite se comportou como um importante fator influenciador do controle da asma e da qualidade de vida do cuidador da criança.

Descritores: asma, qualidade de vida, cuidadores, crianças.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life in caregivers of asthmatic children treated in specialized outpatient service and its association with the level of asthma control. **Methods:** Cross-sectional, prospective and analytical. Interview with the caregiver and evaluation of the child's records were the information sources. Pediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ) was used to measure quality of life. Asthma was classified into controlled and uncontrolled according to symptoms reported in the last week. **Results:** 41 female asthmatic children caregivers were interviewed (mean age 33.3 years). Forty-one children aged 3-8 years old were studied - 58.5% with uncontrolled asthma and 41.5% with controlled asthma. Forty children were diagnosed with rhinitis. The proportion of children with rhinitis and the disease frequency last week, were significantly higher in the group with uncontrolled asthma. Children caregivers with uncontrolled asthma showed total and specific PACQLQ scores significantly lower when compared with controlled asthma group. The frequency of rhinitis symptoms was correlated negatively with the mean total score ($r = -0.53$, $p < 0.001$), with the mean emotions score ($r = -0.34$, $p = 0.03$) and with the mean activities domain ($r = -0.56$, $p < 0.001$). **Conclusion:** Caregivers of uncontrolled asthma children had a worse quality of life compared with controlled asthma ones. Rhinitis was as an important influencing factor of asthma control and of the child's caregiver quality of life.

Keywords: Asthma, Quality of life, Caregivers, Children.

INTRODUÇÃO

A asma é a doença crônica mais comum da infância, sendo considerada um problema de saúde pública.¹ É uma causa importante de absenteísmo escolar, de limitação para atividades do cotidiano de uma criança.² Além do sofrimento individual, a asma na infância gera sofrimento familiar, custos indiretos do absenteísmo ao trabalho dos responsáveis pelas crianças asmáticas, custos com a utilização do sistema de saúde, incluindo serviços de emergência, ambulatórios e/ou internações e gastos com as medicações.³

O aspecto crônico da asma influencia não somente a vida da criança, mas também a de seu responsável aumentando as exigências quanto à atenção e dedicação ao paciente.⁴ A asma impõe restrições à vida do paciente asmático que acaba refletindo na sua família.⁵ A presença de uma criança com asma propicia aos cuidadores uma série de alterações emocionais e dificuldades nas atividades cotidianas, o que muitas vezes desestabiliza todo o funcionamento familiar. Assim, os cuidadores de crianças asmáticas têm uma qualidade de vida comprometida.⁶

Em 1996, Juniper et al elaboraram o *Pediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire* (PACQLQ) que tem como propósito mensurar a qualidade de vida dos cuidadores principais de crianças com asma. Trata-se de um instrumento que é utilizado para avaliar as áreas funcionais, físicas e emocionais dos cuidadores de crianças asmáticas.⁷

Após iniciar o acompanhamento médico e tratamento de controle adequados, paciente e seus familiares tendem a evoluir com melhora na qualidade de vida.^{6,8} Entretanto, em função do aspecto crônico da asma, o controle da doença pode ser influenciado por fatores clínicos, ambientais e emocionais, ocasionando exacerbações o que irá reincidir no comprometimento da qualidade de vida da família³.

Conhecer a qualidade de vida do cuidador da criança asmática acompanhada no ambulatório especializado amplia o entendimento do impacto da doença na rotina familiar e poderá auxiliar no tratamento educacional da doença⁴. O objetivo desse estudo foi avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de crianças asmáticas atendidas

em serviço ambulatorial especializado e sua associação com o nível de controle da asma, bem como correlacionar o escore de qualidade de vida com variáveis clínicas.

MÉTODOS

Estudo transversal, prospectivo e analítico.

População de estudo

Crianças com idade de 3 a 8 anos, com diagnóstico de asma atendidas no período de setembro de 2012 a abril de 2013, no ambulatório de Alergia Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, e seus cuidadores.

Considerou-se o cuidador como o adulto que residia com a criança e se responsabilizava pelo cuidado com sua saúde, administrando medicamentos quando necessário, acompanhando a criança na consulta ambulatorial e fiscalizando os sintomas da asma.

O diagnóstico da asma foi baseado nas manifestações clínicas da asma: episódios recorrentes sibilância, dispneia, tosse seca persistente e desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã, desencadeados por fatores ambientais (poeira, mudanças climáticas) ou por exercícios físicos, que melhoravam espontaneamente ou após o uso de broncodilatador.³

O diagnóstico de asma nas crianças com idade menor de 5 anos foi feito com base no índice clínico que utiliza critérios maiores (um dos pais com asma, diagnóstico de dermatite atópica) e critérios menores (rinite alérgica, sibilância não associada a resfriado, eosinofilia maior ou igual a 4%). O diagnóstico de provável asma foi definido por quatro ou mais episódios de sibilância no último ano associados a um critério maior ou dois menores.⁹

Coleta de dados

Para obtenção dos dados realizou-se uma entrevista com o responsável pela criança e avaliou-se o prontuário durante a sua consulta ambulatorial.

Foram colhidas as seguintes informações sobre o cuidador da criança: idade, sexo, data de nascimento, grau de parentesco com a criança, estado civil, escolaridade, profissão e renda familiar. Além de idade, sexo da criança e presença de fumantes na casa, foram colhidas informações referentes à asma da criança (tempo de doença, tempo de acompanhamento ambulatorial, uso de medicamentos de controle, idas ao serviços de urgência no último ano, presença de comorbidades como rinite e dermatite atópica) e à sua evolução na última semana (sintomas diurnos e noturnos, limitações aos exercícios, uso de medicamento de resgate e história de absenteísmo escolar).

Classificação da asma

A asma foi classificada em *controlada* e *não controlada* baseada nos sintomas referidos na última semana. Considerou-se *asma controlada* aquela que preenchesse todos os critérios: sintomas diurnos (associada ou não uso de medicação de resgate) presentes até 2 vezes por semana e ausência de sintomas noturnos, de limitação aos exercícios e de faltas escolares. Os demais pacientes foram categorizados em *asma não controlada*.

Qualidade de vida do cuidador

A avaliação da qualidade de vida do cuidador foi feita utilizando o *Pediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire* (PACQLQ). Este é composto por 13 questões, distribuídas em dois domínios: limitação de atividades (itens 2, 4, 6, 8) e função emocional (itens 1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12,13) onde os itens individuais

tem pesos iguais. Ao responderem às perguntas, os cuidadores refletiam sobre o modo como a asma da criança interferiu na sua vida diária na semana anterior à aplicação do questionário. As respostas foram expressas em pontuações que variavam de 1 a 7, onde 1 representava o pior grau de qualidade, com respostas do tipo “todo o tempo” ou “muito muito preocupado” e 7, o melhor grau de qualidade representado “nunca” ou “nada preocupado”. A pontuação da qualidade de vida foi calculada a partir da pontuação média de todos os itens.⁷

Análise Estatística

Os dados foram analisados através do software SPSS® para Microsoft Windows®, 18ª versão (IBM Computer®). As variáveis quantitativas foram analisadas utilizando-se média, desvio-padrão, mediana e variáveis categóricas, por frequências simples e relativas. Foi utilizado o teste de *t Student* para comparar as médias das pontuações do PACQLQ entre os subgrupos de crianças asmáticas. A idade do cuidador, tempo de doença da criança, tempo de acompanhamento ambulatorial, a frequência de sintomas de rinite na última semana e número de idas a serviço de urgência no último ano foram correlacionadas com a média das pontuações do PACQLQ através da correlação de Pearson.

O poder estatístico adotado foi 0,80 e os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando encontrado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de Sergipe (CAAE: 06672512.0.0000.0058) e todos os responsáveis entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 41 mulheres cuidadoras de crianças asmáticas com idade média de 33,3 anos (21 a 57 anos; mediana = 33), sendo 39 mães e 2 avós. As características sociodemográficas das cuidadoras estão representadas na Tabela 1. A maioria das cuidadoras eram donas de casa (73,2%) e tinham renda familiar até um salário mínimo (61%).

Quarenta e uma crianças asmáticas com idade de 3 a 8 anos (média = 5,27; mediana = 5,0) foram estudadas, sendo 29 (70,7%) do sexo masculino. Um total de 17 (41,5%) crianças estavam em uso regular de medicamentos de controle para asma, sendo a grande maioria (70,6%) em uso de corticoide inalatório. Quatro crianças conviviam com fumantes em casa. O diagnóstico de rinite foi realizado em 40 crianças (97,6% dos casos), 28 das quais fazia uso de corticoide nasal. O tempo médio da doença foi de 38,7 meses (8 a 72 meses) e o tempo de acompanhamento ambulatorial variou de 0 a 36 meses (média = 15,9).

O sintoma mais referido foi a tosse, presente em 25 crianças (61%), seguido de sibilância e falta de ar, ambos em igual proporção (11 crianças). Sintomas noturnos foram referidos por 48,8% das crianças (N=20) e os sintomas após os exercícios ocorreram em 17 (41,5%). A limitação ao exercício foi relatada em 7 crianças (17,1%). Nove crianças faltaram a escola por causa da asma na última semana.

Observou-se que 24 (58,5%; IC95% = 43,9-73,2) e 17 crianças (41,5%; IC95% = 26,8-56,1) apresentavam, respectivamente, asma não controlada e controlada. As características clínicas de acordo com o controle da asma são mostradas na Tabela 2. A únicas variáveis que diferiram de forma significativa entre os 2 grupos foram a proporção de crianças com diagnóstico de rinite e a frequência de manifestações de rinite na última semana. Observou-se uma maior frequência de crianças com rinite e ($p=0,04$) e um número maior de sintomas de rinite ($p=0,01$) no grupo de asma não controlada ($p=0,04$ e $0,01$).

Em relação os resultados do PACQLQ observou-se que as cuidadoras de crianças com asma não controlada apresentaram escores totais e específicos significativamente mais baixos quando comparados ao grupo de asma controlada (Tabela 3 e Gráficos 1, 2 e 3).

A frequência de sintomas de rinite na última semana se correlacionou negativamente com a média do escore total ($r = -0,53$; $p < 0,001$), com a média do escore equivalente ao domínio afetivo ($r = -0,56$; $p < 0,001$) e com a média do escore relacionado à limitação de atividades ($r = -0,34$; $p = 0,03$). A correlação dos escores total e individualizados não foi significativa para as demais variáveis: idades da criança e cuidadora, tempo de doença, tempo de acompanhamento médico, número de idas ao PS no último ano.

Observou-se uma correlação significativa e negativa ($r = -0,43$; $p = 0,005$) entre o tempo de acompanhamento médico para asma e o número de idas ao PS no último ano.

DISCUSSÃO

Os principais resultados desse estudo foram: 1- cuidadores de crianças (na faixa etária pré-escolar e escolar) com asma não controlada, acompanhadas em serviço ambulatorial especializado, apresentaram uma qualidade de vida mais comprometida em comparação com cuidadoras de crianças com asma controlada; 2- A maior frequência de rinite se associou ao pior controle da asma e ao pior escore de qualidade de vida do responsável pela criança.

No presente estudo, os cuidadores de crianças na faixa etária de 3 a 8 anos, com asma não controlada apresentaram escores totais e específicos significativamente mais baixos quando comparados ao grupo de asma controlada, representando uma pior qualidade de vida desses cuidadores. Halterman et al aplicaram o PACQLQ numa população de 184 cuidadores de crianças portadoras de asma persistente com faixa etária semelhante e observaram que cuidadores das crianças mais sintomáticas assumiram escores mais baixos do questionário.⁸

Quanto aos cuidadores, observou-se um predomínio absoluto do sexo feminino e uma idade média de 33,3 anos. Outros estudos na literatura evidenciaram um predomínio do sexo feminino entre os cuidadores de crianças asmáticas, com frequências variando de 80 a 93%, o que sugere uma participação mais efetiva da mulher na saúde da criança, ocupando a condição de mãe na maioria das vezes.^{8,10,11} Quanto à faixa etária, observou-se que a idade dos cuidadores variou de 21 a 57 anos,

semelhante a outros estudos.^{8,10,12} Osman et al encontraram piores escores de qualidade de vida em cuidadoras mais jovens, diferente do nosso estudo onde não foi observada correlação significativa entre a idade materna e os escores do PACQLQ.¹⁰

A asma e a rinite têm sido consideradas condições de um processo inflamatório único das vias aéreas.¹³ Estima-se 30 a 80% dos pacientes com asma apresentem rinite alérgica.¹⁴ Alguns autores encontraram frequências mais elevadas.^{15,16,17} No presente estudo, o diagnóstico de rinite foi realizado em 97,6% das crianças corroborando a alta prevalência de rinite em pacientes asmáticos e refletindo o perfil de pacientes mais graves encaminhados a serviços especializados. Observou-se também que a frequência de crianças com rinite na última semana, assim como o número de crises de rinite no período, foi significativamente maior no grupo com asma não controlada comparado ao grupo com asma controlada, a despeito do uso de corticosteroide nasal referido por aproximadamente 80% dos pacientes não controlados. Especulamos que esse achado possa resultar do uso não diário do medicamento, associado a um inefetivo controle ambiental. Há que se apontar a presença de quatro crianças na população estudada, submetidas a tabagismo passivo, igualmente distribuídas nos dois grupos. Estudos mostram que os principais fatores envolvidos na falha no tratamento com corticosteroides nasais são a inadequação da técnica e a irregularidade do uso.¹⁸ Uma vez que os pacientes são acompanhados ambulatorialmente, a técnica costuma ser abordada durante a consulta médica. Apesar de ser reforçada a necessidade do uso diário associado a medidas de higiene ambiental, nem sempre essas orientações são seguidas com rigor.

A rinite tem sido apontada como um fator desencadeante de uma crise de asma e fator de risco para seu agravamento.¹⁹ As recomendações atuais apontam para a abordagem terapêutica adequada da rinite como medida essencial para o controle clínico e funcional da asma.^{13,19} O presente estudo mostrou que o número maior de crises de rinite na última semana se correlacionou significativamente com menores escores de qualidade de vida nos cuidadores. Considerando que crianças com rinite descompensada apresentaram um pior controle da asma na última semana, conseqüentemente seus cuidadores tiveram comprometimento de sua qualidade de vida, o que foi comprovado pelos escores mais baixos.

O sintoma mais referido na população estudada foi a tosse, presente em 25 crianças (61%), seguido de sibilância e falta de ar, manifestações que caracterizam a definição de asma.³ A tosse foi referida tanto associada ao sibilo como isoladamente.

Estudos mostram que formas atípicas de asma, como a variante tosse, ocorrem em subgrupos de asmáticos que não manifestam a sibilância.²⁰

Menos da metade das crianças asmáticas em nosso estudo fazia uso regular de corticoides inalatórios. Do grupo com asma controlada, aproximadamente 65% das crianças não utilizavam medicamentos de controle. Como se tratava de crianças que já vinham sendo acompanhadas em regime ambulatorial, com tempo médio de 18 meses, o esquema prolongado de tratamento inalatório já tinha sido concluído e, no momento do estudo, essas crianças se encontravam em período de remissão. Recomendações mundiais orientam o uso do corticoide inalatório por, no mínimo, 3 meses seguido de um acompanhamento ambulatorial regular, sendo permitida a sua suspensão se as doses utilizadas forem mínimas e a doença se apresente controlada.^{21,22} Além disso, a coleta de dados contemplou mais de uma estação do ano, inclusive o período de primavera e verão quando alguns pacientes evoluem com melhora dos sintomas, permitindo a retirada do medicamento. Para crianças com evolução sazonal da asma, o uso dos medicamentos inalatórios têm indicação no período da estação na qual ocorre piora dos sintomas, podendo ser descontinuados nas demais estações.²¹ Um total de 54% de crianças com asma não controlada na última semana negaram uso de medicamentos de controle. Atribuímos tal achado ao baixo nível econômico predominante na população estudada que dificultou a compra do medicamento de controle a despeito da sua prescrição. Estudos mostram que dificuldades na aquisição e disponibilidade dos medicamentos constituem a principal barreira para o alcance do controle efetivo da asma em países menos desenvolvidos.²³ A implementação de programas educacionais acoplados à dispensação gratuita de medicamentos já vem sendo adotada em algumas cidades brasileiras com significativa repercussão da redução das taxas de hospitalização.²⁴ Aracaju ainda não dispõe de programas semelhantes.

Embora sem significância estatística, o número de idas ao Pronto Socorro no último ano foi maior no grupo com asma não controlada (média de 3,5 vezes) em relação ao grupo com a doença controlada na última semana (média de 1,8 vezes). A asma é a doença da infância que está mais relacionada à necessidade de cuidados em serviços de emergência médica.²⁵ Intervenções para a prevenção secundária da asma por meio da utilização de corticosteroides inalatórios são eficazes para evitar hospitalizações, bem como diminuir a necessidade de idas a serviços de emergência.^{22,26} As frequentes idas ao Pronto Socorro alteram o funcionamento familiar, a vida social do cuidador, desencadeiam alterações emocionais e comprometem a renda familiar, o que

leva a uma piora da qualidade de vida do responsável.²⁷ Ao mesmo tempo, observou-se que tempo de acompanhamento médico para asma se correlacionou negativamente ao número de idas ao Pronto Socorro no último ano, o que evidencia a importância do seguimento ambulatorial dessas crianças.

Observou-se um predomínio do sexo masculino nas crianças asmáticas estudadas (70,7% da amostra era caracterizada pelo sexo masculino). Outros trabalhos que avaliaram crianças asmáticas em diferentes faixas etárias que variavam de 3 a 15 anos, apresentaram uma predominância do sexo masculino, à semelhança do nosso.^{8,11,28} Percebe-se que durante a infância e início da adolescência, a asma é mais prevalente no sexo masculino. Nessa faixa etária, o calibre das vias aéreas é menor e o tônus muscular é maior no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino, o que aumenta o risco de broncoespasmo após o contato com fatores desencadeantes.^{29,30} Pode-se considerar como limitações desse estudo a ausência de diagnóstico funcional da asma em crianças acima de 6 anos de idade, bem como a mensuração do grau de obstrução das vias aéreas complementando a caracterização do controle da asma. Dados sobre testes alérgicos também poderiam enriquecer a caracterização da população. Por se tratar de um estudo cujos dados foram obtidos da avaliação de prontuário médico, a falta de padronização do mesmo dificultou a coleta dessas informações.

Outros estudos na literatura sobre qualidade de vida em asmáticos adotam questionários aplicados aos próprios pacientes e aos seus cuidadores²⁸. O objetivo do presente estudo foi avaliar crianças pré-escolares e no início da fase escolar por ser uma faixa etária de maior dependência dos cuidados dos responsáveis. Por esse motivo não foi possível avaliar a qualidade de vida da própria criança asmática já que questionários apropriados para esse fim foram validados para crianças com mais de 12 anos de idade.

A asma é uma doença crônica que impõe restrições à vida do paciente e de seus responsáveis, sobretudo quando se trata da criança.⁶ Os cuidadores de crianças asmáticas enfrentam limitações de atividades cotidianas e sério comprometimento emocional, desestabilizando, muitas vezes, a dinâmica familiar.⁵ O presente estudo concluiu que quanto mais descontrolada a asma da criança, pior é a qualidade de vida do seu cuidador. Evidenciou também que, a rinite foi um importante fator influenciador do controle da asma e da qualidade de vida do cuidador da criança. Esses resultados assumem importância no acompanhamento ambulatorial, reforçando a necessidade de se investir nas medidas educacionais e construir estratégias que fortaleçam a confiança do cuidador da criança asmática com seu médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Wright AL. Epidemiology of asthma and recurrent wheeze in childhood. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2002;22(1):33-44.
- 2- Dales RE, Raizenne M, el-Saadany S, Brook J, Burnett R. Prevalence of childhood asthma across Canadá. *Int J Epidemiol*. 1994; 23:775-81.
- 3- Global Initiative for Asthma – GINA [homepage on the Internet]. Bethesda: Global Initiative for Asthma. [cited 2011 Apr 1] Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2010. Available from: http://www.ginasthma.org/pdf/GINA_Report_2010.pdf
- 4- Borba RIH, Sarti CA. Asma infantil e o mundo social e familiar da criança. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*. 2005; vol. 28, nº 5: 249-254.
- 5- Mendonça MB, Ferreira EAP. Adesão ao tratamento da asma na infância: dificuldades enfrentadas por cuidadoras. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2005;15(1):56-68.
- 6- Riveron GEB, Guzmán MO. Impacto del asma infantil em famílias mexicanas: dos instrumentos para su evaluacion. *Revista Electrónica de Psicología*. 2011; vol 14(4). Available from: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/28898>
- 7- Marinheiro PP. Validação do questionário da qualidade de vida da pessoa encarregada da criança com asma- PACQLQ. Ref. II.^a Série - nº 5. 2007.
- 8- Halterman JS, Yoos HL, Conn KM, Callahan PM, Montes G, Neely TL et al. The impact of childhood asthma on parental quality of life. *J Asthma*. 2004;41(6):645-53.
- 9- Castro-Rodriguez JA, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;162(4):1403-6.
- 10- Osman LM, Baxter-jones ADG, Helms PJ. Parent's quality of life and respiratory symptoms in Young children with mild wheeze. *Eur Respir J*. 2001; 17: 254–258.
- 11- Reichenberg K, Broberg AG. The Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire in Swedish parents. *Acta Paediatr*. 2001; 90: 45–50.

- 12- Stelmach I, Podlecka D, Smejda K, Majak P, Jerzyńska J, Stelmach R, Janas A, Stelmach W. Pediatric asthma caregiver's quality of life questionnaire is a useful tool for monitoring asthma in children. *Qual Life Res.* 2012 ;21(9):1639-42. doi: 10.1007/s11136-011-0070-x
- 13- Camargos PAM, Rodrigues ME, Solé D, Scheinmann P. Asma e rinite alérgica como expressão de uma única doença: um paradigma em construção. *J Pediatr (Rio J).* 2002; 78 Supl 2:S123-8.
- 14- Caimmi D, Marseglia A, Pieri G, Benzo S, Bosa L, Caimmi S. Nose and lungs: one way, one disease. *Italian Journal of Pediatrics.* 2012; 38-60.
- 15- Simons FER. Allergic rhinobronchitis: the asthma–allergic rhinitis link. *J Allergy Clin Immunol.* 1994;104:534-540.
- 16- Linneberg A, Nielsen NH, Frolund L, Madsen F, Dirksen A, Jorgensen T. The link between allergic rhinitis and allergic asthma: a prospective population-based study. The Copenhagen Allergy Study. *Allergy.* 2002;57:1048-1052. doi: 10.1034/j.1398-9995.2002.23664.x
- 17- Chong Neto HJ, Rosário NA, Westphal GC, Riedi CA, dos Santos HLBS. Rhinitis is also Common in Infants with Asthma. *Iran J Allergy Asthma Immunol March.* 2010; 9(1): 21-25.
- 18- Turner PJ, Kemp AS. Allergic rhinitis in children. *ournal of Paediatrics and Child Health* 48 (2012) 302–310 doi:10.1111/j.1440-1754.2010.01779.x
- 19- Bousquet J, van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2001;108 Supl 5:147-334.
- 20- Koh YY, Kang H, Yoo Y, Kim do K, Yu J, Kim CK. Wheeze detection as a measure of bronchial challenge in young children with cough-variant asthma and with classic asthma. *Acta Paediatr.* 2007;96:1223-7.
- 21- Pedersen ES, Hurd SS, Lemanske Jr. RF, Becker A, Zar HJ, Sly PD et al. Global Strategy for the Diagnosis and Management of Asthma in Children 5 Years and Younger. *Pediatric Pulmonology.* 2011; 46:1-17.
- 22- Papadopoulos NG, Arakawa H, Carlsen KH, Custovic A, Gern J, Lemanske R et al. International consensus on (ICON) pediatric asthma. *Allergy.* 2012; 67(8): 976-97. doi: 10.1111/j.1398-9995.2012.02865.x
- 23- Zar HJ, Levin ME. Challenges in treating pediatric asthma in developing countries. *Paediatr Drugs.* 2012;14(6):353-9. doi: 10.2165/11597420-000000000-00000.

- 24- Brandão HV, Cruz CM, Santos Ida S Jr, Ponte EV, Guimarães A, Filho AA. Hospitalizations for asthma: impact of a program for the control of asthma and allergic rhinitis in Feira de Santana, Brazil. *J Bras Pneumol.* 2009;35(8):723-9.
- 25- Reynolds S, Desguin B, Uyeda A, Davis AT. Children with chronic conditions in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 1996; 12:166-8.
- 26- Cabral AL, Carvalho WA, Chinen M, et al. Are International Asthma Guidelines effective for low-income Brazilian children with asthma? *Eur Respir J.* 1998; 12:35-40.
- 27- Marinheiro PP. A família da criança com asma: factores que influenciam a qualidade de vida do sistema familiar. Coimbra (Tese de doutorado) . Coimbra (Portugal) : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2007.
- 28- Vidal AG, Duffau GT, Ubilla CP. Calidad de vida en el niño asmático y su cuidador. *Rev Chil Enf Respir.* 2007; 23: 160-166.
- 29- Subbarao P, Mandhane PJ, Sears MR. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *Canadian Medical Association Journal.* 2009; 181.
- 30- Solé D, Nunes ICC, Rizzo MCV, Naspitz CK. Asma na crianças: classificação e tratamento. *Jornal de Pediatria.* 1998; 74 Supl 1: S48- S56.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas das 41 cuidadoras de crianças asmáticas atendidas em ambulatório especializado.

Variável	N	Percentual
Estado Civil		
Solteira	6	14,6
Casada ou união estável	33	80,5
Divorciada	1	2,4
Viúva	1	2,4
Escolaridade		
Analfabeto	1	2,4
Ensino fundamental	17	41,4
Ensino médio	23	56,1
Profissão		
Dona de casa	30	73,2
Empregos diversos	11	26,8
Renda familiar		
Até 1 Salário Mínimo	25	61
1 a 2 Salário Mínimo	9	22
2 a 3 Salário Mínimo	5	12,2
Mais de 3 Salário Mínimo	2	4,8

Tabela 2 – Características clínicas e demográficas das 41 crianças asmáticas classificadas de acordo com o controle da asma.

Variável	Asma não Controlada N = 24	Asma Controlada N= 17	p
Idade (anos) (Média ±DP)	5,13 ± 1,6	5,46 ±1,8	0,52
Sexo Masculino	17 (70,8%)	12 (70,6%)	0,98
Tempo de doença (meses) (Média ±DP)	35,9 ±11,6	42,5 ± 20	0,19
Tempo de acompanhamento médico (meses) (Média ±DP)	14,1±10,37	18,47±9,2	0,17
Idas ao Pronto Socorro (Média ±DP)	3,5±3,36	1,8±1,9	0,07
Uso de medicamento de controle para asma	11 (45,8%)	6 (35,3%)	0,53
Febre na última semana	2 (8,3%)	0	0,50
Diagnóstico de Rinite	24 (100%)	16 (94,1%)	0,41
Uso de medicamento para controle da rinite	19 (79,2%)	10 (58,8%)	0,25
Rinite na última semana	21 (87,5%)	9 (52,9%)	0,04
Frequência de rinite na última semana (Média ±DP)	3,9±2,44	1,9±2,4	0,01
Dermatite atópica	8 (33,3%)	7 (41,2%)	0,60

Tabela 3 -Média do Score do questionário PACQLQ de acordo com o controle da asma.

PACQLQ	Asma não Controlada N= 24	Asma Controlada N = 17	p
Escore Total	55,0 ±12,1	73,5 ± 10,5	0,00001
Escore Limitação	18,6 ± 5,6	26,1 ±2,9	0,000003
Escore Emoção	36,4±8,3	47,4±9,2	0,0003

Gráfico 1 – Média do Escore Total do Questionário PACQLQ de acordo com o grau de controle da asma.

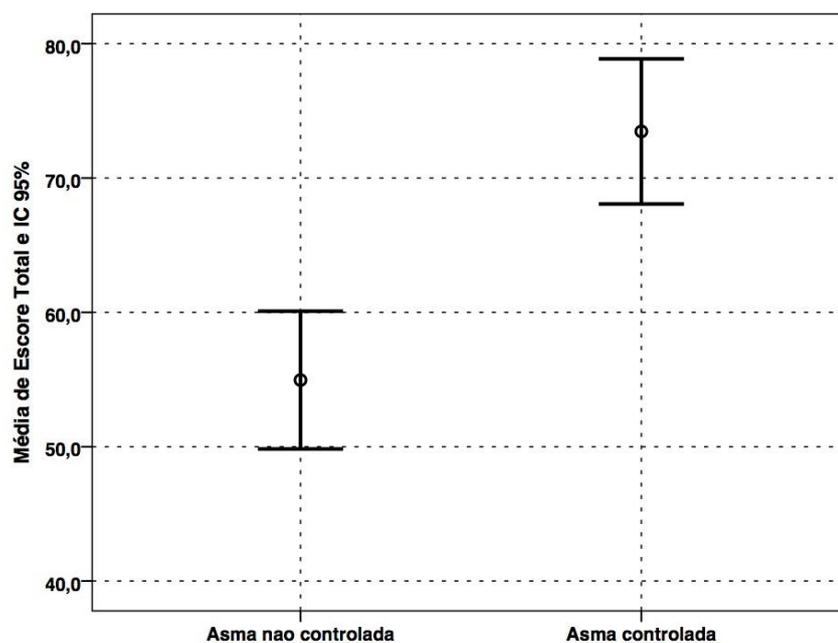


Gráfico 2 – Média do Escore do Questionário PACQLQ referente ao Domínio Limitação de acordo com o grau de controle da asma.

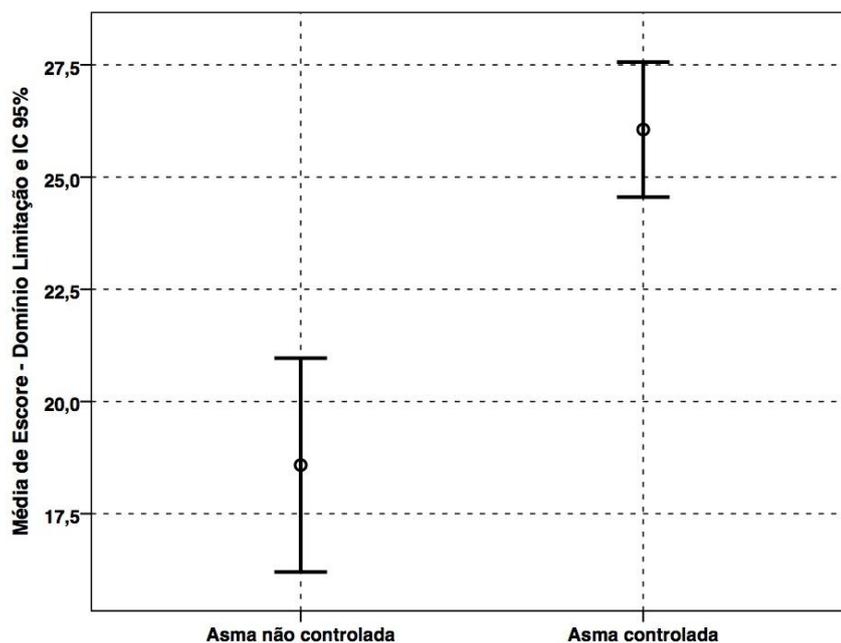


Gráfico 3 – Média do Escore do Questionário PACQLQ referente ao Domínio Emoção de acordo com o grau de controle da asma.

