

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**QUAIS MEDIDAS TOMAR PARA MELHORAR A QUALIDADE
DE VIDA DAS CRIANÇAS PORTADORAS DE RINITE
ALÉRGICA?**

**ALUNA: CAMILA DA NÓBREGA MEDEIROS SOARES
ORIENTADORA: JULIANNA LETÍCIA G. C. GOMES**

JOÃO PESSOA
JANEIRO 2015

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	3
2- OBJETIVOS	4
2.1- Objetivo geral:	4
2.2- Objetivo específico:	4
3- METODOLOGIA	4
3.1- Cenário da intervenção:.....	4
3.2- Sujeitos da intervenção:	4
3.3- Estratégias e ações:	4
3.4- Avaliação e monitoramento:	5
4- RESULTADOS ESPERADOS.....	5
5- CRONOGRAMA.....	6
6- REFERÊNCIAS	7

1- INTRODUÇÃO

A rinite alérgica (RA) é definida como uma inflamação da mucosa nasal, induzida pela exposição a alérgenos que, após sensibilização, desencadeiam uma resposta inflamatória mediada por imunoglobulina E (IgE), que pode resultar em sintomas crônicos ou recorrentes^{1,2}. A prevalência vem crescendo 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. No Brasil, alguns estudos mostraram prevalência de 33% e 34% em escolares de 6 a 7 e de 13 a 14 anos, respectivamente¹.

A RA pode ser considerada a doença de maior prevalência entre as doenças respiratórias crônicas e, apesar de não estar entre aquelas de maior gravidade, é um problema global de saúde pública, também, porque afeta a qualidade de vida dos pacientes³. A prevalência tem aumentado ao longo dos anos e provavelmente é subestimada, pois muitos indivíduos não a reconhecem como uma doença e não procuram atendimento médico⁴.

O início das manifestações clínicas da RA ocorre principalmente durante a infância, embora essas possam ser iniciadas mais tardiamente em até 30% dos pacientes^{1,6}. Os principais sintomas incluem rinorreia aquosa, obstrução/prurido nasais, espirros e sintomas oculares, tais como prurido e hiperemia conjuntival, os quais se resolvem espontaneamente ou por meio de tratamento³.

O diagnóstico de RA inclui a história clínica pessoal e familiar de atopia, exame físico e exames complementares. O diagnóstico é basicamente clínico, com associação de vários dos seguintes sintomas: espirros em salva, coriza clara abundante, obstrução nasal e intenso prurido nasal⁵.

Os sintomas da RA determinam piora na qualidade de vida dos pacientes, uma vez que podem levar à fadiga, cefaléia, dificuldade de atenção e aprendizagem e a outros distúrbios sistêmicos como apnéia do sono⁷. Na população pediátrica, pode haver déficit de atenção e hiperatividade⁶. É importante salientar, ainda, que a rinite alérgica é uma das causas da síndrome do respirador oral, que pode levar a repercussões adicionais posturais e cardíacas^{1,8}.

Na anamnese é importante investigar: a época de início do quadro, a duração, a intensidade e a frequência dos sintomas, a evolução dos sintomas e os fatores desencadeantes e/ou agravantes da rinite. Devem ser pesquisados ainda os medicamentos previamente prescritos, a frequência de uso, a resposta clínica obtida e os efeitos adversos⁵. Estes dados fornecem elementos importantes para o diagnóstico e plano terapêutico.

A sensibilização alérgica dos indivíduos depende da interação entre os fatores genéticos e ambientais, bem como das condições climáticas e os aspectos culturais locais¹. Sendo assim, o conhecimento desses perfis regionais é importante para traçar medidas de controle ambiental.

Na história ambiental, é importante a investigação detalhada das condições ambientais em que o paciente vive (incluindo domicílio e a vizinhança, o ambiente profissional, ida à creche e escola) quanto aos seguintes aspectos: idade do prédio ou da escola, ventilação, tipo de piso, presença de carpete ou tapete, cortinas, estantes, material e revestimentos

de colchão, travesseiros e cobertores, convívio com animais de pelo, presença de baratas, tabagismo passivo, exposição a irritantes inespecíficos, aparelhos de ar condicionado e sua manutenção, plantas intradomiciliares, vegetação na área externa e poluentes extradomiciliares¹.

Estudos mostram um impacto negativo da RA sobre o aprendizado, a capacidade cognitiva, memória e relações psicossociais^{7,8}. Distúrbios do comportamento como inquietação, irritabilidade, desatenção e sonolência diurna também são citados na literatura⁹. Esses sintomas podem prejudicar a concentração da criança e interferir negativamente no desempenho escolar.

Como o contato com alérgenos seria um dos principais responsáveis pela inflamação na RA, o controle ambiental constitui uma das bases do tratamento dessas afecções, recomendado pelos consensos nacionais e internacionais. Por tanto, o estudo pretende avaliar o impacto das orientações ambientais na qualidade de vida e nos sintomas das crianças com RA.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral:

Investigar o impacto das orientações sobre os fatores ambientais domiciliares sobre a qualidade de vida de crianças e adolescentes portadores de rinite alérgica.

2.2- Objetivo específico:

Avaliar se os fatores ambientais têm influência sobre a intensidade dos sintomas dos pacientes.

3- METODOLOGIA

3.1- Cenário da intervenção:

Comunidade indígena da etnia Potiguara na aldeia Mont Mor, situada na zona urbana da cidade de Rio Tinto no estado da Paraíba.

3.2- Sujeitos da intervenção:

A amostra será composta por crianças, cujos critérios para incluí-las no trabalho serão: apresentar idade entre 5 e 12 anos, apresentar manifestações clínicas de rinite alérgica, não possuir outras comorbidades, bem como residirem na comunidade onde o estudo será realizado. Serão excluídos aqueles pacientes que se recusarem a participar da pesquisa ou não terem autorização de seus representantes legais ou não apresentar os critérios de inclusão citados anteriormente.

3.3- Estratégias e ações:

A amostra será selecionada por meio de busca passiva pela fixação

de pôsteres na unidade básica de saúde local, bem como divulgação do estudo pelos agentes comunitários de saúde. Os cuidadores das crianças, receberão orientações sobre cuidados com os seguintes fatores ambientais: exposição a poeira e fumaça, ausência de luz solar no quarto, presença de carpete ou tapete, janelas com cortinas, animal doméstico, brinquedos de pelúcia na cama, destino do lixo e forma de limpeza da moradia. Será utilizado o questionário pediátrico *Pediatric Quality of Life Inventory* – PedsQL 4.0, validado para a população brasileira, que será aplicado em dois momentos, no primeiro contato com as crianças e 30 dias após as orientações sobre os fatores ambientais desencadeadores da rinite alérgica

3.4- Avaliação e monitoramento:

Será aplicado um questionário semiestruturado, preparado especificamente para esta pesquisa, para avaliar a presença das manifestações clínicas de rinite alérgica, bem como traçar o perfil epidemiológico dos integrantes, garantindo que todos os critérios de inclusão sejam respeitados. Em seguida, será aplicado outro questionário também preparado especificamente para esta pesquisa, com a finalidade de avaliar o ambiente domiciliar dos participantes.

Para a avaliação da qualidade de vida, será utilizado o questionário pediátrico *Pediatric Quality of Life Inventory* – PedsQL 4.0 (versão de autoavaliação da criança e adolescente), validado para a população brasileira¹⁰. De acordo com o nível de escolaridade do paciente, os questionários autoaplicáveis serão aplicados verbalmente e individualmente.

O questionário PedsQL 4.0 será aplicado na primeira consulta e 30 dias após as orientações sobre os fatores ambientais desencadeadores da rinite alérgica.

As orientações sobre os fatores ambientais serão baseadas nos cuidados dos seguintes aspectos: exposição a poeira e fumaça, ausência de luz solar no quarto, presença de carpete ou tapete, janelas com cortinas, animal doméstico, brinquedos de pelúcia na cama, destino do lixo e forma de limpeza da moradia.

A análise dos dados será baseada na comparação entre os escores obtidos no questionário PedsQL 4.0 antes e após e as orientações ambientais, bem como a intensidade dos sintomas de rinite alérgica. Para tal, será utilizada a estatística descritiva, com levantamento de médias e desvios padrões, bem como medidas percentuais.

Todos os dados serão digitados e processados no software Epi-Info. O intervalo de confiança será de 95% (IC 95%) e nível de significância definido como valor de $p < 0,05$.

4- RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados demonstrarão provavelmente que o ambiente encontrado é contrário às medidas higiênico-sanitárias preconizadas na literatura para o paciente portador de rinite alérgica, fato este compatível com a maioria das comunidades periféricas no Brasil. Os dados ambientais favorecerão o quadro clínico apresentado pelos pacientes, com uma grande incidência de manifestações imunoalérgicas.

6- REFERÊNCIAS

- 1- Ibiapina CC, Sarinho SC, Camargos AM, Andrade CR, Cruz AS. Rinite alérgica: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. *J Bras Pneumol*. 2008 Jan; 34(4):230-240.
- 2- Galvão CE. Asma e Rinite Ocupacionais: Visão Imuno-alérgicas. *Rev Bras Alerg Immunopatol*. 2010 Jul; 33(1): 02-07.
- 3- Neto SC. et al. Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial. São Paulo: Roca; 2011. v.3, 469-88p.
- 4- Solé D. "II Consenso Brasileiro sobre Rinites 2006." *Rev Bras Alerg Immunopatol*. 2009 Out; 29(1): 29-58.
- 5- Pitcher OB. et al. Rotinas em Otorrinolaringologia. Porto Alegre: Artmed; 2014. 161p.
- 6- Ganança FF, Pontes P. Manual de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Barueri: Manole; 2011. 234p.
- 7- Campanha SMA, Freire LMS, Fontes, MJF. O impacto da asma, da rinite alérgica e da respiração oral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Rev CEFAC*. 2008 Jun; 10(4): 513-519.
- 8- Camelo IC, Solé D. Rinite alérgica: indicadores de qualidade de vida. *J Bras Pneumol*, 2010 Ago; 36(1): 124-133.
- 9- Breda D, Moreira HSB. Avaliação postural e da função respiratória em crianças com rinite alérgica, hipertrofia de adenóide e síndrome do respirador bucal. *Fisioter. Bras*. 2003 Jul 4(4): 247-252.
- 10- Klatchoian DA. Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico *Pediatric Quality of Life Inventory™ versão 4.0*. *J. pediatr*. 2008 Fev; 84(4): 308-315