

ARTIGO ORIGINAL

RINITE: CONHECIMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM PORTUGAL

RHINITIS: EPIDEMIOLOGICAL KNOWLEDGE IN PORTUGAL

Mário Morais-Almeida*, Carlos Nunes**, Ângela Gaspar*, Manuel Branco-Ferreira***

RESUMO:

Nas últimas décadas verificou-se, nos países Ocidentais, um aumento substancial na prevalência de rinite alérgica, sendo o subdiagnóstico e o subtratamento dificuldades acrescidas para a qualidade de vida dos doentes com esta doença inflamatória crónica.

É objectivo deste trabalho de revisão, apresentar dados epidemiológicos nacionais referentes à prevalência de rinite, caracterizando alguns factores de risco, realçando-se o problema da falta de diagnóstico desta situação clínica tão prevalente no nosso país.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia, gravidade, Portugal, prevalência, rinite

ABSTRACT:

Over the last decades, there was a substantial increase in the prevalence of allergic rhinitis, being subdiagnosis and subtreatment generally accepted as a major hazard for the quality of life of those patients, suffering with this chronic inflammatory disease.

The aim of this review is to present national epidemiological data on the prevalence of rhinitis, characterizing some risk factors, and stressing the need of an accurate diagnosis of this clinical situation, so prevalent in our country.

KEY-WORDS: Epidemiology, Portugal, prevalence, severity, rhinitis.

Mário Morais de Almeida

Serviço de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia

Rua Jacinta Marto, 1169-045 Lisboa

Telefone: +351 917 23 22 67

Email: mmoraisalmeida@netcabo.pt

INTRODUÇÃO

A rinite alérgica é uma condição inflamatória crónica da mucosa nasal, caracterizada clinicamente por prurido, esternutação, rinorreia e/ou obstrução nasal; a extensão desta inflamação à mucosa dos seios perinasais introduz o conceito de alergia naso-sinusal e o atingimento de estruturas oculares, define os quadros de rinoconjuntivite, caracterizados por sintomas nasais e prurido, hiperémia, lacrimejo e edema conjuntival¹.

A associação a sintomas oculares sugestivos de conjuntivite alérgica, pode constituir uma medição indirecta de quadros em que a sensibilização alérgica se torna muito mais provável, permitindo comparar populações e estudar tendências epidemiológicas^{1,2,3}.

A rinite pode ser definida como alérgica, se um mecanismo imunoalérgico está subjacente à sua fisiopatologia; atópica, isto é, IgE mediada, se um ou vários alérgenos podem ser responsabilizados como agentes causais (figura 1)⁴.

* Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa;
** Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão;
*** Unidade de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

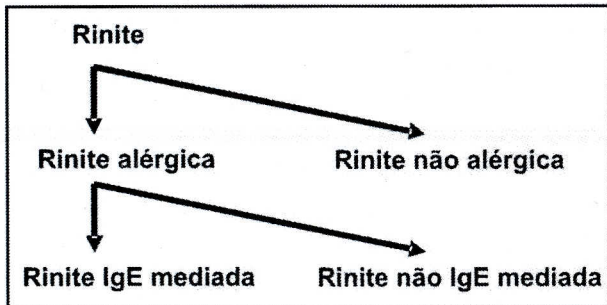


FIGURA 1: NOMENCLATURA DA RINITE DE ACORDO COM O POSITION PAPER DA EUROPEAN ACADEMY OF ALLERGOLOGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY*.

Frequentemente pouco valorizada, a prevalência da rinite alérgica tem vindo a aumentar nas últimas décadas, acompanhando o incremento das taxas de outras patologias alérgicas¹.

Estima-se que, actualmente, a rinite alérgica tenha uma prevalência global de até 30% na população europeia, sendo uma das doenças crónicas mais prevalentes^{1,2}; é frequente o subdiagnóstico e o subtratamento, podendo ser avaliado o impacto desta doença na população pela interferência no desempenho escolar e profissional, bem como na qualidade de vida de muitos doentes significativamente afectados, comparável ao encontrado noutras doenças crónicas como na cardiopatia isquémica.

Os custos envolvidos no tratamento desta doença são também substanciais, particularmente os indirectos^{1,3}.

Alguns factores de risco, genéticos e ambientais, podem aumentar a probabilidade da ocorrência de rinite alérgica, referindo entre eles a história familiar positiva (quer de asma, quer de rinite alérgica), a exposição a fumo de tabaco, a exposição a aeroalergénios (ácaros, pólenes, fungos, insectos e animais de companhia) e a poluição atmosférica, no interior e no exterior dos edifícios¹.

Uma das principais limitações quando se estuda a prevalência de rinite alérgica, assenta na dificuldade da sua identificação apenas através da aplicação de inquéritos, em que as

perguntas isoladamente apresentam especificidade muito limitada, pelo que para aumentar a eficiência das avaliações e a precisão do diagnóstico, procede-se habitualmente à associação de questões ou a sintomas de outros órgãos, permitindo no contexto epidemiológico a caracterização sindromática de rinite^{1,2}.

Não existem critérios consensuais que permitam estabelecer o diagnóstico da rinite, particularmente em estudos epidemiológicos¹.

Aceita-se que os sintomas principais da rinite não infecciosa sejam as crises de esternutação, o prurido nasal, a rinorreia e a obstrução ou bloqueio nasal, excluindo quadros clínicos acompanhados de febre ou síndromas gripais, tal como foi proposto no projecto de âmbito mundial ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*)².

Valoriza-se também a frequência, isto é, o carácter habitual da sintomatologia.

Aceita-se que, melhor do que a sistematização em formas sazonais e perenes, a definição de formas intermitentes (menos de 4 dias por semana ou menos de 4 semanas por ano) e persistentes (mais de 4 dias por semana e mais de 4 semanas por ano), com espectro de gravidade de ligeira a grave, caracteriza melhor a doença e o seu impacto, tal como foi proposto no projecto internacional ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*)^{1,5}.

A rinite alérgica e a asma brônquica são comorbilidades frequentes, traduzindo-se esta interacção no conceito actual "uma via aérea, uma doença", que levou a Organização Mundial de Saúde a apoiar o projecto ARIA¹, que tem como principal objectivo o estudo desta associação e a definição de recomendações para o diagnóstico e tratamento destas doenças; dados epidemiológicos, fisiopatológicos e, indirectamente, a influência que fármacos usados no tratamento da rinite têm na asma, confirmam esta associação positiva, estimando-se que cerca de 80% dos asmáticos têm rinite alérgica e, até 40% dos doentes com rinite alérgica têm asma.

O tratamento da rinite alérgica e da rinosinusite melhora os sintomas da asma e pode mesmo prevenir o seu aparecimento, reduzindo significativamente os riscos de descompensações relacionados com a asma, tais como hospitalizações e recursos a serviços de urgência¹.

Estudos efectuados em adultos, identificaram a rinite, independentemente da existência de atopia, como um factor de risco muito significativo para a ocorrência de asma, com riscos relativos entre 4.1 e 11.6^{6,7}, o que também foi confirmado em Portugal, mesmo em idade pediátrica (risco relativo = 15.8, IC95%=6.1-40.8; $p < 0.001$)⁸, estando igualmente associada a existência de rinite como factor de morbilidade da asma⁹.

Existirá de facto uma forte relação entre rinite e asma, ficando por esclarecer se a asma representa uma progressão natural daquela que será uma doença da via aérea, percebida como uma unidade.

Para além da asma e da conjuntivite alérgica, a rinite alérgica está também frequentemente associada à rinosinusite, assim como à otite média e à polipose nasal.

A rinite e a rinosinusite, além de frequentemente coexistirem, são por vezes difíceis de distinguir clinicamente.

Considera-se que as alterações inflamatórias da mucosa nasal são extensíveis à mucosa de revestimento dos seios perinasais, sendo o bloqueio funcional da drenagem das secreções dos seios perinasais que inicia a cascata de alterações fisiopatológicas que culminam na sinusite, complicação que frequentemente se verifica.

Todos estes aspectos realçam a importância do conhecimento sobre a rinite, frequentemente esquecida mas que se situa como ponto fulcral de muitas outras situações de doença¹.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NACIONAIS

Em Portugal, em especial nos últimos 15 anos, foram efectuados vários estudos epidemiológicos cuja metodologia consistiu na aplicação

directa de questionários, os quais possibilitaram o aumento do conhecimento sobre a doença alérgica, incluindo os quadros com atingimento das vias aéreas, como constituem a asma e a rinite, frequentemente associadas.

Da investigação nacional efectuada, citaríamos, por ordem de aplicação, quatro estudos epidemiológicos que pretenderam avaliar, entre outros aspectos, o impacto da doença alérgica nasal na nossa população: o *European Community Respiratory Health Survey* (ECRHS) - coordenadores nacionais: Prof.Doutor José Alves e Dr. Carlos Loureiro¹⁰, o *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) - coordenador nacional: Dr. José Rosado Pinto¹¹, dois excelentes projectos multicêntricos de colaboração internacional, e os estudos Redefinindo a Rinite (RDR 2000)¹² e Avaliação da Prevalência e Caracterização da Rinite em Portugal Continental (Estudo ARPA)^{13,14}, estes últimos promovidos pela Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC).

1. Estudo ECRHS¹⁰

No projecto ECRHS, fundamentalmente planeado para caracterizar a asma e os cuidados médicos recebidos por estes doentes, a aplicação de inquérito normalizado incluindo uma questão sobre queixas nasais ("Tem alergias nasais, incluindo febre dos fenos?") em amostras populacionais de adultos jovens (22 a 40 anos de idade), em dois centros nacionais, Porto e Coimbra, permitiu obter prevalências de sintomas de rinite alérgica (intervalo de confiança de 95%), respectivamente de 18.9% (17.2 - 20.6%) e de 16.7% (14.9 - 18.6%).

Na globalidade do estudo (45 centros), obteve-se uma mediana de resposta positiva à questão referida em 20.9%, com um mínimo de 9.5% e um valor máximo de 40.9%.

2. Estudo ISAAC¹¹

O ISAAC é um estudo internacional sobre

asma e outras doenças alérgicas em idade pediátrica e foi criado para desenvolver a investigação epidemiológica sobre asma, rinite e eczema atópico.

A padronização a nível de definições dos casos e a metodologia utilizada podendo comparar países e centros de cada país fez deste projecto um dos maiores estudos epidemiológicos a nível internacional até hoje realizado.

A análise dos resultados obtidos no estudo ISAAC, fases I, II e III, tendo englobado amostras de várias dezenas de milhares de jovens no nosso país, e que foi aplicado desde há cerca de uma década, demonstraram o importante impacto da rinite alérgica em idade pediátrica em Portugal, semelhante ao encontrado na Europa Ocidental, variando a prevalência de sintomas no último ano entre os 20 e os 31% (tabela 1 e figura 2), revelando-se durante a última década um nítido crescimento do número de casos e, igualmente, da gravidade dos mesmos nos grupos etários considerados (6/7 e 13/14 anos), sendo a patologia alérgica que evidenciou maior tendência no aumento e impacto da sua expressão.

Correlacionando os resultados obtidos durante a fase I e a fase III deste estudo (repetição na fase III da mesma metodologia aplicada na fase I, com o intervalo de cerca de 7 anos), verificou-se um acréscimo na prevalência dos sintomas de rinite alérgica, em ambos os grupos etários estudados (tabela 1).

Para determinação das queixas de rinite, considerou-se a percentagem de respostas positivas à pergunta 1 (queixas cumulativas) e à pergunta 2 (queixas actuais):

Pergunta 1 - a) grupo 6/7 anos:

"Já alguma vez o seu filho teve crises de espirros, corrimento nasal, ou nariz entupido quando não está constipado ou com gripe?";

Pergunta 1 - b) grupo 13/14 anos:

"Já alguma vez teve crises de espirros, corrimento nasal, ou nariz entupido quando não está constipado ou com gripe?".

Pergunta 2 - a) grupo 6/7 anos:

"Nos últimos 12 meses, o seu filho teve crises de espirros, corrimento nasal, ou nariz entupido quando não está constipado ou com gripe?";

Pergunta 2 - b) grupo 13/14 anos:

"Nos últimos 12 meses, teve crises de espirros, corrimento nasal, ou nariz entupido quando não está constipado ou com gripe?".

Em 2001 (fase II), avaliando uma amostra alargada de crianças residentes na região de Lisboa (n=1045, com idades entre os 9 e os 11 anos), constatou-se que uma percentagem muito significativa de 42%, referiam no último ano clínica de pelo menos uma doença alérgica (asma e/ou rinite e/ou eczema), certamente interferindo com as suas actividades quotidiana-

| ISAAC | FASE I (1994/95) | | FASE III (2002) | | |
|--------------|---------------------|--------|--------------------|--------|---------|
| | n | Rinite | n | Rinite | |
| Grupo etário | | | | | |
| 6-7 anos | 5036 | 20% | 5375 | 24% | p<0.001 |
| 13-14 anos | 11427 | 21% | 12312 | 27% | p<0.001 |

TABELA 1: ESTUDO ISAAC: COMPARAÇÃO DAS POPULAÇÕES INQUIRIDAS QUE DECLARARAM QUE TÊM SINTOMAS DE RINITE NOS ÚLTIMOS 12 MESES: FASES I E III (DADOS NACIONAIS REFERENTES A CENTROS PARTICIPANTES NAS DUAS FASES DO ESTUDO - LISBOA, PORTO, PORTIMÃO, COIMBRA, FUNCHAL).

nas; 31% tinham queixas de rinite alérgica e 16% tinham queixas sugestivas de asma (figura 2).

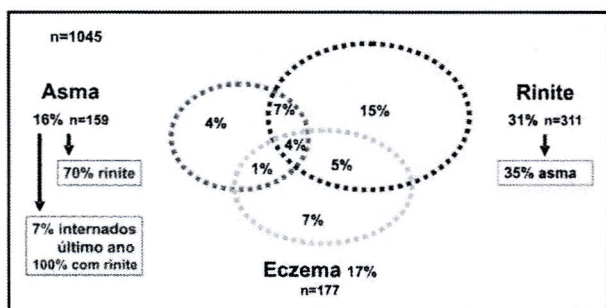


FIGURA 2: ESTUDO ISAAC, FASE II (2001): POPULAÇÃO INQUIRIDA EM IDADE ESCOLAR DA REGIÃO DE LISBOA QUE DECLAROU QUE TEVE SINTOMAS DE DOENÇA ALÉRGICA, INCLUINDO RINITE, NOS ÚLTIMOS 12 MESES (42% DESTAS CRIANÇAS SÃO AFECTADAS POR PELO MENOS UMA DOENÇA ALÉRGICA EM ACTIVIDADE - ASMA E/OU RINITE E/OU ECZEMA).

3. Estudo RDR 2000¹²

Os dados do estudo RDR 2000, metodologicamente diferente dos projectos ISAAC e ARPA, revelaram que a prevalência estimada de rinite alérgica diagnosticada na população portuguesa se situaria numa percentagem bastante inferior (cerca de 10%), valor obtido a partir da avaliação de 25880 questionários, aplicados a utentes de Centros de Saúde de todos os distritos de Portugal continental, seleccionados por amostragem aleatorizada, sistemática e sem limitação etária, tendo sido o inquérito aplicado pelo médico assistente.

A análise mais detalhada da avaliação diagnóstica e da terapêutica anteriormente efectuada, aspecto fulcral deste projecto de investigação, permitiu constatar uma clara situação de subdiagnóstico e de subtratamento da rinite alérgica; a abordagem terapêutica, quando foi considerada, baseou-se quase exclusivamente no uso de fármacos anti-histamínicos, identificando-se uma muito fraca prescrição de corticoterapia tópica, frequentemente indicados quando a obstrução nasal é a sintomatologia predominante.

Neste estudo, verificou-se uma distribuição etária semelhante à descrita em estudos epidemiológicos noutros países¹, com um pico de prevalência, tanto em homens como em mulheres, na segunda década de vida, com um ulterior decréscimo da prevalência, mais acentuado nos homens que nas mulheres, o que não foi confirmado no estudo ARPA.

Os factores desencadeantes de sintomas, mais frequentemente identificados, foram o pó doméstico e os pólenes, sendo as queixas mais frequentes nos meses da Primavera e do Outono.

A história familiar e pessoal de doença alérgica (asma, eczema atópico), associaram-se positivamente ao diagnóstico de rinite.

Tal como no estudo ARPA, encontraram-se igualmente significativas diferenças inter-regionais (tabela 2).

A rinite revelou-se mais prevalente nas regiões a Sul do Tejo, tendo Portalegre a prevalência mais elevada e Viseu a mais baixa.

O distrito de Lisboa apresentou uma prevalência ligeiramente superior à média nacional.

Cerca de 11% dos inquiridos com rinite referiam que a doença interferia muito com a sua actividade diária.

Nos jovens predominaram as formas sazonais de doença.

Foi significativamente superior o número de doentes com rinite que trabalhavam no sector secundário e terciário, relativamente à distribuição geral da população portuguesa.

A acessibilidade a consultas de especialidade evidenciou-se insuficiente, realçando a necessidade de fomentar intercâmbios entre toda a equipa de saúde envolvida na prestação de cuidados à população acometida de doença alérgica, permitindo assim a obtenção de ganhos em saúde, particularmente na qualidade de vida dos indivíduos afectados com estas nosologias tão prevalentes.

4. Estudo ARPA^{13,14}

O estudo epidemiológico transversal ARPA, aplicado em 2004, teve como objectivo princi-

| Distrito | Mulheres (%) | Homens (%) | Total (%) |
|-----------------|---------------------|-------------------|------------------|
| Aveiro | 15,4 | 14,2 | 14,8 |
| Beja | 12,0 | 11,0 | 11,5 |
| Braga | 8,5 | 6,4 | 7,5 |
| Bragança | 11,1 | 7,9 | 9,5 |
| Castelo Branco | 4,8 | 10,3 | 7,5 |
| Coimbra | 6,2 | 8,6 | 7,3 |
| Évora | 11,6 | 8,7 | 10,2 |
| Faro | 7,9 | 9,6 | 8,7 |
| Guarda | 9,3 | 6,6 | 8,0 |
| Leiria | 7,3 | 7,5 | 7,4 |
| Lisboa | 14,1 | 11,5 | 12,8 |
| Portalegre | 19,0 | 14,6 | 16,9 |
| Porto | 8,9 | 6,7 | 7,9 |
| Santarém | 11,9 | 7,6 | 9,9 |
| Setúbal | 13,8 | 9,8 | 11,9 |
| Viana Castelo | 8,1 | 4,8 | 6,5 |
| Vila Real | 12,1 | 7,9 | 10,1 |
| Viseu | 4,3 | 3,5 | 3,9 |

TABELA 2: RINITE ALÉRGICA: DISTRIBUIÇÃO DA PREVALÊNCIA POR SEXO E DISTRITO EM PORTUGAL CONTINENTAL.

pal determinar, com uma metodologia normalizada, a prevalência de rinite em Portugal continental, em indivíduos com idade superior a 15 anos, sendo os questionários aplicados a utentes dos cuidados de saúde primários, convidados a participar enquanto se encontravam nas respectivas salas de espera.

Foram incluídos no estudo indivíduos de ambos os sexos, que deram o seu consentimento, obtendo-se uma taxa de adesão superior a 85%.

Cada centro de saúde foi visitado num só dia.

Complementarmente aplicou-se a mesma metodologia a uma amostra significativa de estudantes do ensino secundário e universitário (com idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos), obtendo-se uma taxa de adesão de cerca de 80%.

As amostras foram estratificadas de acordo com a distribuição da população continental.

Face ao objectivo principal, pretendeu-se também uma caracterização dos doentes com rinite relativamente a dados demográficos, classificação, patologia ocular associada, factores de risco e informação clínica e terapêutica.

Para determinação da prevalência de rinite, considerou-se a percentagem de indivíduos com resposta positiva a pelo menos 2 das alíneas da pergunta 1 ou a pelo menos 2 alíneas da pergunta 2 do questionário:

Pergunta 1 - a):

"Habitualmente tem crises de espirros repetidos e comichão no nariz?";

Pergunta 1 - b):

"Habitualmente tem nariz entupido por mais de 1 hora seguida?";

Pergunta 1 - c):

"Habitualmente tem pingo no nariz mesmo sem estar constipado ou com gripe?".

Pergunta 2 - a):

"Nos últimos 12 meses teve crises de espirros repetidos e comichão no nariz?";

Pergunta 2 - b):

"Nos últimos 12 meses teve nariz entupido por mais de 1 hora seguida?";

Pergunta 2 - c):

"Nos últimos 12 meses teve pingo no nariz mesmo sem estar constipado ou com gripe?".

Os cidadãos incluídos nos centros de saúde tinham entre 16 e 95 anos, sendo a média de idades de 48.3 anos e, quando se analisou esta variável por grupos etários, verificou-se um predomínio de indivíduos entre os 25 e os 64 anos (65%), tendo 11% menos de 25 anos e 24% mais de 65 anos.

A população de estudantes tinha idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos, com uma média de 17.5 anos (tabela 3).

Em ambas as amostras do estudo a distribuição dos inquiridos segundo a região de residência representou uma excelente aproximação à distribuição da população portuguesa por região.

Considerando como tendo rinite os indivíduos que responderam afirmativamente a duas ou mais respostas positivas no questionário de avaliação sintomática, verificou-se que a prevalência desta situação seria de 26.1 e de 39.6%, respectivamente, na amostra dos centros de saúde e na de estudantes do ensino secundário e universitário (tabela 3).

Na população incluída nos centros de saúde, e no mesmo grupo etário, a prevalência de sintomas de rinite foi de 25.6% (diferença estatisticamente significativa - $p < 0.001$).

| ESTUDO ARPA | ESTUDANTES População 15-25 anos | CENTROS DE SAÚDE População > 15 anos |
|--|--|--|
| Amostra (n) | 2480 | 6859 |
| Idade média \pm DP (anos) | 18 (\pm 2) | 48 (\pm 19) |
| Distribuição M/F | 1/1.4 | 1/1.8 |
| Residência meio urbano (%) | 69 | 71 |
| Prevalência de sintomas de rinite (%) | 40 | 26 |
| Prevalência de sintomas de rinoconjuntivite (%) | 16 | 18 |
| Diagnóstico médico prévio (% dos casos de rinite) | 18 | 30 |
| Tratamento no último ano (% dos casos de rinite) | 31 | 34 |
| Gravidade média \pm DP (escala de 0 a 10 pontos) | 4 (\pm 2.3) | 6 (\pm 2.5) |

TABELA 3: RELAÇÃO ENTRE PRINCIPAIS RESULTADOS ENCONTRADOS NAS 2 AMOSTRAS POPULACIONAIS INCLUIDAS NO ESTUDO ARPA.

Esta diferença poderá ser atribuída aos diferentes contextos em que os estudos foram realizados, salientando-se que as características dos indivíduos com diagnóstico de rinite nas duas amostras do estudo ARPA são muito semelhantes.

Procedeu-se à análise da prevalência de rinite segundo algumas das variáveis gerais de caracterização.

A prevalência de rinite por sexo permitiu verificar que esta patologia será mais frequente nas mulheres do que nos homens ($p < 0.001$).

No referente à prevalência de rinite por classe etária, não se verificaram diferenças significativas entre três grupos etários considerados na amostra dos cuidados de saúde primários, inferior a 25 anos, 25 a 64 e superior a 64 anos ($p = 0.9$), pelo que a idade a partir da adolescência não parece constituir um factor que influencie a prevalência de rinite, o que está de acordo com a própria história natural desta doença.

Na população de estudantes a correlação efectuada entre a idade e a gravidade atribuída à doença mostrou-se estatisticamente significativa, ainda que muito baixa ($R = 0.092$, $p = 0.027$), sendo que quanto mais elevada a idade, maior a gravidade atribuída à rinite.

Devido à dimensão da população estudada nos centros de saúde, foi possível investigar diferenças regionais, sendo que a prevalência mais elevada de rinite foi identificada na região do Alentejo, sendo o Algarve a região com prevalência mais baixa (tabela 4).

Relativamente à presença de rinoconjuntivite (considerando os indivíduos que tinham, concomitantemente, queixas nasais e oculares), verificou-se uma prevalência de 18.4 e de 15.7%, respectivamente entre a amostra dos centros de saúde e de estudantes, podendo-se estimar que entre estes casos, maioritariamente, existirão sensibilizações a aeroalergénios.

Com o estudo ARPA, foi possível pela primeira vez em Portugal, estimar a frequência relativa da rinite intermitente (menos de 4 dias por semana ou menos de 4 semanas por ano) versus persistente (com sintomas mais de 4 semanas por ano e mais de 4 dias por semana) numa grande amostra de base populacional, evidenciando-se um equilíbrio entre as mesmas (48 vs 52%), sendo a percentagem de rinite persistente significativamente superior à encontrada num estudo epidemiológico efectuado em seis países europeus (29%)¹⁵, podendo esta situação realçar a importância dos alergénios perenes, muito prevalentes no nosso país.

Se tivéssemos considerado como tendo rinite apenas os indivíduos aos quais já foi dito alguma vez por um médico que tinham rinite, a prevalência seria de cerca de 9% em ambas as populações estudadas.

Esta diferença muito acentuada realça a falta de valorização e consequente subdiagnóstico desta patologia na população portuguesa, confirmada até por uma percentagem cerca de

| | Prevalência (IC a 95%) | Odds ratio |
|-------------------|-------------------------------|----------------------|
| Norte | 24.6 (23 a 27%) | 0.93 ($p > 0.05$) |
| Centro | 26.7 (25 a 29%) | 1.03 ($p > 0.05$) |
| LVT * | 28.7 (27 a 31%) | 1.14 ($p = 0.034$) |
| Alentejo * | 30.2 (26 a 34%) | 1.22 ($p = 0.038$) |
| Algarve ** | 16.0 (13 a 20%) | 0.54 ($p < 0.001$) |

* Superior à média nacional;

** Inferior à média nacional ($p < 0.05$)

TABELA 4: PREVALÊNCIA DE RINITE POR REGIÃO E RESPECTIVO ODDS RATIO.

3 vezes superior ter recebido terapêutica para estas queixas no último ano.

A análise da prevalência de rinite por sexo permitiu verificar que esta patologia é significativamente mais prevalente nas mulheres do que nos homens.

A maioria dos sujeitos com sintomas de rinite nunca realizou provas para rastreio de sensibilização alérgica, que haviam sido solicitados a apenas cerca de um terço dos inquiridos.

Também só aproximadamente um terço dos inquiridos com queixas sugestivas de rinite, tomaram medicamentos para essa situação nos últimos 12 meses, realçando a problemática da falta de controlo destas queixas.

Em termos de gravidade (numa escala de 0 a 10 pontos), foi mais significativo o impacto da doença entre a população estudada nos centros de saúde em relação à população de estudantes, com uma média (\pm DP) de 6.1 (\pm 2.5) versus 4.0 (\pm 2.3), sendo que 34.5 e 7.3% respectivamente atribuíam-lhe uma gravidade extrema (8 a 10) - (tabela 5).

Adicionalmente estudou-se a associação entre a gravidade atribuída à doença e o sexo, idade, diagnóstico formulado por um médico, toma de medicamentos no último ano e a realização prévia de testes cutâneos.

Na amostra dos centros de saúde, o sexo feminino atribuiu uma gravidade significativamente superior, o que não se verificou entre os estudantes (quadro).

| | Centros de Saúde (%) | Estudantes (%) |
|------|-----------------------------|-----------------------|
| 0-1 | 3,5 | 15,1 |
| 2-3 | 11,7 | 27,3 |
| 4-5 | 31,8 | 32,2 |
| 6-7 | 18,5 | 18,1 |
| 8-10 | 34,5 | 7,3 |

TABELA 5: "NUMA ESCALA DE 0 A 10 COMO CLASSIFICA A GRAVIDADE DA SUA DOENÇA?"

| ESTUDO ARPA | | Centros de Saúde | | Estudantes | |
|--------------------------------|------------|-------------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|
| | | Média | p (sig)^ε | Média | p (sig)^ε |
| Sexo feminino | | 6.31 | | 4.07 | não |
| Sexo masculino | | 5.64 | < 0.001 | 4.00 | significativo |
| Confirmação pelo médico | Sim | 6.85 | | 5.47 | |
| | Não | 5.71 | < 0.001 | 3.47 | < 0.001 |
| Toma de medicamentos | Sim | 7.07 | | 5.63 | |
| | Não | 5.58 | < 0.001 | 3.27 | < 0.001 |
| Testes cutâneos | Sim | 6.83 | | 4.96 | |
| | Não | 5.75 | < 0.001 | 3.46 | < 0.001 |
| ^ε Teste t | | | | | |

TABELA 6: GRAVIDADE ATRIBUÍDA À DOENÇA SEGUNDO O SEXO E A CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO PELO MÉDICO, A TOMA DE MEDICAMENTOS NO ÚLTIMO ANO E A REALIZAÇÃO PRÉVIA DE TESTES CUTÂNEOS.

A correlação efectuada entre a idade e a gravidade atribuída à doença não se mostrou estatisticamente significativa ($R=0.010$, $p=0.7$).

Nas duas populações incluídas no estudo ARPA, os indivíduos a quem um médico diagnosticou previamente rinite atribuíam uma gravidade significativamente superior à sua doença.

Também são aqueles que tomaram medicamentos no último ano e a quem foram solicitados testes cutâneos que atribuíram valores mais elevados da escala de gravidade (tabela 6).

Dos principais achados de ambas as fases do estudo, realça-se a maior prevalência de sintomas entre os estudantes e a maior gravidade média, referida entre os utentes dos centros de saúde.

A associação de sintomas nasais e oculares, suportando o diagnóstico de rinoconjuntivite alérgica, apresenta prevalências significativas.

O subdiagnóstico e o subtratamento parecem muito consistentes em ambas as vertentes populacionais do estudo.

Analisando os sintomas individuais referidos no último ano e nas duas amostras populacionais incluídas no estudo ARPA, observou-se uma frequência de sintomas referidos entre os estudantes significativamente superior aos da população recrutada a nível dos cuidados primários ($p<0.05$), sendo esta situação particularmente marcante no que se refere aos quadros de obstrução nasal (tabela 7).

A escolha da medicação, deverá ser orientada para a utilização de fármacos eficazes e seguros, permitindo o controlo da doença de acordo com o predomínio dos sintomas, sem efeitos adversos significativos, com particular relevância nas populações em estudo^{1,13}.

As consideráveis prevalências de rinite encontradas, atingindo até cerca de 40%, são coincidentes com os achados de Wright e colaboradores (prevalência de rinite alérgica de 42% em crianças de 6 anos, incluídas no conhecido estudo prospectivo de Tucson)¹⁶, os de Greisner e colaboradores (prevalência cumulativa de rinite alérgica de 46% aos 40 anos de idade, determinada num estudo prospectivo com a duração de 23 anos, incluindo inicialmente estudantes no final do ensino secundário)¹⁷ ou os resultados encontrados em alguns centros do Reino Unido, incluídos no European Community Respiratory Health Survey (ECRHS), onde foram estudados adultos jovens¹⁰.

CONCLUSÃO

Um conhecimento mais profundo do impacto da rinite na população nacional, fica enriquecido com os resultados obtidos nestes estudos, tornando-se evidente que mais investigação é necessária para esclarecer os factores de risco a que a população está exposta, justificando o aumento de prevalência e gravidade das doenças alérgicas, transversal a todos os grupos etários, afectando a qualidade de vida, interferindo com o desempenho escolar e laboral e tendo um significativo impacto sócio-económico.

A rinite é a doença alérgica mais frequente, existindo no nosso país uma clara situação de subdiagnóstico e de subtratamento desta patologia crónica das vias aéreas superiores, factor de risco e frequentemente associada à asma brônquica.

| ESTUDO ARPA | ESTUDANTES População 15-25 anos | CENTROS DE SAÚDE População > 15 anos |
|----------------------|--|--|
| Esternutação/prurido | 38.4 | 32.2 |
| Rinorreia | 34.6 | 21.5 |
| Obstrução nasal | 42.2 | 23.4 |

TABELA 7: PREVALÊNCIA INDIVIDUAL DE SINTOMAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES (%)
- ESTUDO ARPA (DIFERENÇAS ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS - $P<0.05$).

Igual situação tem sido referida por outros autores, estudando outras populações, importando apostar na educação médica contínua da comunidade médica^{1,18}.

Apesar de ser uma condição frequente e com significativo impacto sobre a qualidade de vida, muitas vezes a rinite alérgica não é devidamente valorizada pelos pacientes e até mesmo pelos seus médicos assistentes, tal como ocorre na generalidade dos países europeus, nos quais mais de metade dos doentes com rinite não estão diagnosticados¹⁵, se bem que em Portugal o problema ainda possa ser mais significativo.

Em conclusão, a prevalência da rinite, assim como de outras doenças alérgicas, tem vindo a

aumentar nas últimas décadas, representando na actualidade uma patologia muito prevalente no nosso país, que atinge cerca de um terço da população, iniciando-se frequentemente as queixas em idade pediátrica.

Pretende-se com este artigo de revisão contribuir para um melhor conhecimento desta patologia, cujo diagnóstico é facilmente acessível e cuja optimização terapêutica poderá determinar a melhoria significativa da qualidade de vida dos indivíduos afectados, bem como permitir reduzir o impacto ou mesmo prevenir a expressão de outras doenças alérgicas que lhe estão associadas, como a asma brônquica¹.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N, et al. Aria Workshop Group; World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108(Suppl): 147-334.
- 2 ISAAC Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998;351:1225-32.
- 3 Storms WW. Rethinking our approach to allergic rhinitis management. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002;88(4 Suppl.1): 30-5.
- 4 Johansson S, Hourihane J, Bousquet J, et al. A revision nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. *Allergy* 2001;56:813-24.
- 5 Demoly P, Allaert FA, Lecasble M, et al. Validation of the classification of ARIA (allergic rhinitis and its impact on asthma). *Allergy* 2003;58:672-5.
- 6 Leynaert B, Bousquet J, Neukirch C, et al. Perennial rhinitis: An independent risk factor for asthma in nonatopic subjects: results from the European Community Respiratory Health Survey. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 104: 301-4.
- 7 Guerra S, Sherrill DL, Martinez FD, et al. Rhinitis as an independent risk factor for adult-onset asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2002;109:419-25.
- 8 Plácido M, Gaspar A, Morais-Almeida, et al. Rhinitis as a risk factor for persistence of symptoms in childhood recurrent wheezing: an 8 year prospective study. *Clinical Immunology and Allergy in Medicine*. Editor Gianni Marone. JGC Editions 2003: 751-60.
- 9 Morais-Almeida M, Almeida T, Sampaio G, et al. ISAAC Fase II - Lisboa. In: *A Criança Asmática no Mundo da Alergia*. Editores JE Rosado Pinto, M Morais de Almeida. Euromédice Edições Médicas Lda; 2003: 41-3.
- 10 Variations in the prevalence of respiratory

- ry symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Eur Respir J* 1996; 9: 687-95.
- 11 Nunes C, Ladeira S, Rosado Pinto JE. Definição, Epidemiologia e classificação da asma na criança. In: *A Criança Asmática no Mundo da Alergia*. Editores JE Rosado Pinto, M Morais de Almeida. *Euromédice* 2003: 35-55.
 - 12 Castel-Branco MG, Ferraz de Oliveira J, Cernadas J, et al. Redefinindo a Rinite - RDR 2000. Edição Schering-Plough Farma/SPAIC, 2000.
 - 13 Morais-Almeida M, Loureiro C, Todo-Bom A, et al. Avaliação da prevalência e caracterização da rinite em utentes dos cuidados de saúde primários de Portugal Continental - Estudo ARPA. *Rev Port Imunoalergol* 2005; 13(supl.2): 3-14.
 - 14 Morais-Almeida M, Nunes C, Loureiro C, et al. Prevalência de sintomas de rinite em estudantes portugueses dos 15 aos 25 anos - Estudo ARPA. *Rev Port Imunoalergol* 2006; 14(supl.1): 3-12.
 - 15 Bauchau V, Durham SR. Epidemiological characterization of the intermittent and persistent types of allergic rhinitis. *Allergy* 2005; 60: 350-3.
 - 16 Wright AL, Holberg CJ, Martinez FD, et al. Epidemiology of physician-diagnosed allergic rhinitis in childhood. *Pediatrics* 1994; 94: 895-901.
 - 17 Greisner WA, Settipane RJ, Settipane G. Natural history of hay fever: a 23-year follow-up of college students. *Asthma Allergy Proc* 1998; 19: 271-5.
 - 18 Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Respir J* 2004; 24: 758-64.