

4. Hyland M. Recommendations from quality of life scales are not simple (Commentary). *BMJ*. 2002;325:599.
5. Guillermin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46:1417-32.
6. Juniper E, Guyatt G, Feeny D, Griffith L, Ferrie P. Minimum skills required by children to complete health-related quality of life instruments for asthma: comparison of measurement properties; *Eur Respir J*. 1997;10:2286-94.
7. Badía X, García-Hernández F, Cobos N, López-David C, Nocea G, Roset M. Validación de la versión española del PAQLQ en la valoración de la calidad de vida del niño asmático. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:565-72.

Edgar Sarria

Mestre. Serviço de Pneumologia Pediátrica, Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA). Doutorando em Pneumologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

Resposta dos autores

Prezado Editor,

Foi com grande satisfação que recebemos os comentários do Dr. Edgar Sarria a respeito do nosso trabalho, recentemente publicado neste periódico¹. À semelhança do colega, cremos que o tema abordado é de grande importância na prática clínica e que, cada vez mais, se torna necessária a sua abordagem em nosso meio. De fato, o estudo da qualidade de vida (QV) em doença está em voga e, nas últimas décadas, tem se tornado um importante foco na complementação da avaliação clínica do indivíduo como um todo². A utilização de questionários escritos (QE) para tal avaliação, bastante utilizada em adultos, carecia em pediatria.

Nos últimos anos, as pesquisas envolvendo instrumentos qualitativos de avaliação ganharam grande destaque e, conseqüentemente, tais instrumentos têm sido aprimorados com o aumento do interesse pelos mesmos. Como avaliar uma variável qualitativa tem sido uma de suas maiores dificuldades. Embora vários sejam os métodos de avaliação, o ideal ainda está por surgir. Os QE tentam avaliar de maneira objetiva a QV, de acordo com uma doença específica ou de modo geral. Os primeiros pecam por não permitirem comparar doenças diferentes e ser necessário haver um QE escrito para cada tipo de doença. Já os QE gerais são úteis na comparação de doenças distintas, mas não avaliam adequadamente o impacto real da doença sobre o indivíduo, uma vez que cada doença tem um impacto em diferentes áreas que compõem um indivíduo³.

A escolha do *Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire* (PAQLQ) para a avaliação da QV em crianças com asma baseou-se no fato desse QE já ter sido validado na língua inglesa, assim como em espanhol^{4,5}. A nosso ver, o PAQLQ é o mais abrangente, pois aborda áreas importantes ao avaliar

a QV em crianças e adolescentes, aliado ao fato da facilidade de sua aplicação.

Optamos por traduzir o QE original, pois desconhecíamos a versão do *MAPI Research Institute*, bem como de qualquer outro estudo que a tivesse utilizado. Apesar disso, tentamos consegui-la sem sucesso, portanto não nos sentimos aptos a externar qualquer manifestação sobre essa versão. Ao comentarmos sobre o fato de não ter havido discordância com o QE original, nos ativamos às comparações realizadas entre o QE original e a versão obtida após a *back translation* para o inglês.

Juniper et al.⁴, no estudo original, validaram o PAQLQ utilizando uma população composta de 52 pacientes. Tomando-o como base, objetivamos obter uma casuística semelhante. A análise dos nossos dados revelou a ocorrência de significâncias estatísticas, à semelhança do observado por aqueles autores.

Para que houvesse uma padronização dos vocábulos utilizados no PAQLQ, pautamos nosso trabalho na utilização da lexicografia e sinônimas contidas no *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa* da Editora Melhoramentos – 1998⁶, o qual, como todos os bons dicionários da língua portuguesa, toma como base a norma culta proposta pela Academia Brasileira de Letras. Embora não tenhamos feito uma avaliação formal, só foram admitidos no estudo os pacientes com nível cognitivo suficiente para lhes permitir a leitura e compreensão das questões. Apenas duas crianças com idades entre 7 e 8 anos incompletos foram incluídas no estudo, pois sabiam ler e entenderam de modo apropriado os termos utilizados. Cerca de 10 crianças, com idade inferior a 8 anos, foram excluídas por serem analfabetas funcionais, ou apresentarem baixo intelecto ou, ainda, apresentarem agnosia têmporo-espacial. As demais exclusões foram relacionadas ao não comparecimento à consulta no tempo previamente determinado. A limitação de espaço para a apresentação de todos os resultados nos fez omitir essas informações, em detrimento de outras que julgamos de maior relevância.

Finalmente, discordamos da opinião do leitor, pois, à semelhança do observado na literatura, demonstramos na população avaliada que o instrumento analisado teve alta confiabilidade e validade. Embora não tenhamos realizado nenhum teste formal de leitura padronizada, somente participaram do estudo os que efetivamente estavam alfabetizados e tinham nível bom de compreensão. Esse fato, aliado aos comentários do leitor, nos permite corroborar a necessidade de um instrumento diferente para avaliar crianças de menor idade, já mencionada em nosso estudo.

Referências

1. La Scala C, Naspitz C, Solé D. Adaptação e validação do *Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire* (PAQLQ-A) em crianças e adolescentes brasileiros com asma. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:54-60.
2. Higginson IJ, Carr A. Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*. 2001;322:1297-1300.
3. Fernandes AL, Oliveira MA. Avaliação da qualidade de vida na asma. *J Pneumol*. 1997;23:148-52.

4. Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH, Ferrie PJ, Griffith LE, Townsend M. Measuring quality of life in children with asthma. *Qual Life Res.* 1996;5:35-46.
5. Badia X, Garcia-Hernandez G, Cobós N, López-David C, Nocea G, Rosel M, em representación Del grupo VALAIR. Validación de la versión española del *Pediatric Quality of Life Questionnaire* em la valoración de la calidad del niño asmático. *Med Clin.* 2001;116:565-72.
6. Michaelis: moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

Cíntia Sayuri Kurokawa La Scala

Mestre. Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia, Departamento de Pediatria, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), São Paulo, SP.

Charles Kirov Naspitz

Professor titular, Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia, Dep. de Pediatria, UNIFESP-EPM, São Paulo, SP.

Dirceu Solé

Professor titular e livre-docente, Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia, Departamento de Pediatria, UNIFESP-EPM, São Paulo, SP.

Avaliação do ganho ponderal de recém-nascidos pré-termo

Sr. Editor,

Analisando o artigo dos autores Gianini et al.¹, observei que o estudo apresenta um erro na Tabela 4. Os resultados da regressão linear são descritos erroneamente como *odds ratio*. Comparando com a Tabela 3, pode-se confirmar o erro.

José Luiz Muniz Bandeira Duarte

Doutor. Professor adjunto, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ.

Referências

1. Gianini NM, Vieira AA, Moreira ME. Avaliação dos fatores associados ao estado nutricional na idade corrigida de termo em recém-nascidos de muito baixo peso. *J Pediatr (Rio J).* 2005;81:34-40.

Resposta dos autores

Ao Editor:

Agradecemos a oportunidade oferecida pelo leitor José Luiz Muniz Bandeira Duarte para a correção de um erro na Tabela 4 do artigo intitulado "Avaliação dos fatores associados ao estado nutricional na idade corrigida de termo em recém-nascidos de muito baixo peso", publicado no vol. 1. O leitor aponta para o fato de que há uma informação sobre *odds ratio* em uma tabela cujos resultados foram analisados por regressão linear multivariada. O leitor está correto ao apontar o erro, já que, na verdade, na coluna onde se lê *odds ratio*, deve ser lido β . Assim sendo, gostaríamos de solicitar que a tabela fosse novamente publicada nesta seção, agora de forma correta:

Tabela 4 - Análise de regressão linear múltipla das variáveis contínuas selecionadas para o modelo final - método *stepwise* (variável dependente: peso ao termo)

Variáveis	β	IC 95%	p
(Constante)	7443,8	6758,5 a 8129,0	0,000
Tempo de internação (dias)	-7,9	-11,4 a -4,5	0,000
Idade gestacional (sem)	-170,9	-190,1 a -151,8	0,000
Peso de nascimento (g)	0,7	0,4 a 0,9	0,000
Tempo para recuperação do peso de nascimento (dias)	-13,5	-19,9 a -7,2	0,000
CRIB	-14,4	-28,6 a -0,2	0,046

CRIB = *clinical risk index for babies*.

Enfatizamos que este erro não interfere na análise dos resultados apresentados.

Gratos,

Nicole M. Gianini

Mestre em Saúde da Criança. Instituto Fernandes Figueiras/FIOCRUZ (IFF/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ.

Alan Araújo Vieira

Mestre em Saúde da Mulher e da Criança - IFF/FIOCRUZ. Neonatologista da Clínica Perinatal Laranjeiras, RJ.

Maria E. L. Moreira

Doutora. Pesquisadora, IFF/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ.