

Como Pneumologistas Tratam a Asma no Brasil

Resultados de dois Inquéritos Realizados em 1996

How Pneumologists Treat Asthma in Brazil: Results of two Inquiries Done in 1996

Hishello S. Campos (*)

RESUMO

O autor apresenta e comenta os resultados de dois inquéritos realizados entre os filiados à Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) (1014 pneumologistas) no ano de 1996. Apresenta e discute também dados referentes à venda de medicamentos para asma no período entre 1994 e abril de 1998, e algumas informações obtidas junto a asmáticos, durante uma pesquisa realizada em 1977 na cidade do Rio de Janeiro. O primeiro inquérito visava saber como os pneumologistas medicavam seus pacientes asmáticos e se a situação sócio-econômica do doente modulava o receituário. O segundo buscava avaliar as atividades educacionais desenvolvidas pelos médicos assistentes, visando esclarecer seus pacientes asmáticos sobre os mecanismos envolvidos em sua doença e em seu tratamento, e sobre as técnicas de inalação da medicação.

As principais conclusões foram: 1) os broncodilatadores são prescritos em proporções muito maiores que os anti-inflamatórios inaláveis; 2) há grande diversidade de esquemas terapêuticos sendo prescritos, em grande parte das vezes, com agregados medicamentosos de pouco valor para o tratamento, encarecendo desnecessariamente a terapêutica; 3) está havendo mudança no receituário, com proporção crescente de prescrições de corticosteróides inaláveis; 4) as ações educativas desenvolvidas carecem de correções e de maior empenho, particularmente entre os médicos com maior tempo de experiência profissional; 5) há indícios de que o custo da medicação module o receituário; 6) é preciso debater/conscientizar os pneumologistas sobre a mudança obrigatória que ocorrerá em breve com a medicação inalatória por conta da proibição do uso do CFC como propelente.

Os baixos percentuais de respostas aos dois inquéritos [318 (31%) e 367 (36%)], respectivamente impossibilitam aplicar as conclusões desses estudos ao conjunto de pneumologistas do país. Entretanto, como as conclusões são fruto da análise de mais de 600 questionários respondidos, elas, no mínimo, são importantes indicativos da conduta médica pneumológica frente à asma e aos asmáticos.

ABSTRACT

The author presents and comments the results of two surveys among the filiatteds to the Brazilian Respiratory Society (1014 pulmonologists) in 1996. The author also presents and discusses the data on sales of medicines for asthma from 1994 to April '98, and some informations from a research conducted in 1997 among asthmatics from Rio de Janeiro. The first survey tried to estimate how pulmonologists treated their asthmatic patients and if the patient socio-economic status modulated prescription. In the second survey, the intention was to evaluate the educational activities the physicians used to do for educating their patients on asthma mechanisms and treatment, and on inhaling techniques.

The main conclusions were: 1) bronchodilators are prescribed in higher proportion than inhaled antiinflammatory drugs; 2) there are a great number of therapeutic regimens being prescribed, some agregating less value medicines, enhancing the cost of the treatment with no benefits; 3) medical prescription is changing, with inhaled steroids being more used; 4) the educational activities need to be corrected, mainly among the physicians with more time of experience; 5) it looks like the patient socio-economical status modulates prescription; 6) it is important to discuss with the pulmonologists the transiction from CFC to CFC-free inhalers.

The low proportions of answers in the two surveys [318 (31%) and 367 (36%)] do not permit to apply the conclusions to all pulmonologists. On the other hand, as these conclusions results from the analysis of more than 600 interviews, they are important indicatives of medical behaviour considering asthma and asthmatics.

Palavras-chaves: Tratamento rotineiro da asma; prescrição medicamentosa na asma; vendas de remédios para a asma.

Key-words: Routine treatment for asthma; medical prescriptions for asthma; sales of drugs for asthma treatment.

Pulmão RJ 1998; 7 (4): 358-379

* Médico do Centro de Referência Prof. Hélio Fraga.

Agradecimento à Maria Beatriz Campos, pela revisão gramatical desse texto, à Lúcia Helena de Oliveira, do Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, pela ajuda na análise estatística dos dados.

Artigo recebido para publicação no dia 15/09/1998 e aceito no dia 09/11/1998, após revisão.

Introdução

Principalmente nas últimas duas décadas, como produto do conhecimento adquirido sobre os mecanismos patogênicos da asma, o eixo de seu tratamento vem sendo desviado da broncodilatação simples para o controle da inflamação das vias aéreas. A enorme massa de publicações sobre o tema, a disseminação de consensos, o interesse demonstrado em congressos da especialidade e a regularidade com que fóruns, simpósios e mesas-redondas vêm discutindo o assunto fazem crer que os pneumologistas encontram-se adequadamente esclarecidos sobre a moderna abordagem terapêutica da asma.

Qual é a visão moderna do tratamento da asma? Hoje em dia, reconhece-se que o tratamento da asma tem quatro principais componentes: o controle ambiental, a medicação, as medidas periódicas e simples da função pulmonar e o esclarecimento ao asmático sobre sua doença e seu tratamento. Idealmente, cada asmático, seus responsáveis e/ou familiares, devem ser orientados sobre a importância do afastamento dos fatores desencadeadores de sintomas da doença ("gatilhos"). Dentro do possível, devem ser orientados sobre como tornar o ambiente domiciliar e profissional isento dos alérgenos habituais, o que, em geral, é suficiente para reduzir significativamente os sintomas da doença. O uso da medida periódica do pico de fluxo expiratório (PFE) como indicador do calibre brônquico e como preditor das agudizações também é recomendado na literatura especializada. No capítulo da medicação, para aqueles portadores de formas leves e intermitentes da asma, recomenda-se apenas a inalação de um beta 2 agonista na vigência de sintomas; para os portadores de formas persistentes, recomenda-se o uso regular de antiinflamatórios inalatórios, reservando-se o broncodilatador para os momentos de agudização. É claro que, nesse ponto, fatores ligados aos medicamentos, que variam desde a complexidade do esquema terapêutico até seu custo, como fatores ligados ao asmático ou à própria relação médico-paciente, influenciam a prescrição e seu seguimento. Finalmente, para assegurar a adesão do asmático ao seu tratamento e o uso correto da medicação, o desenvolvimento permanente de ações educativas e encorajadoras parece ser fundamental.

Como avaliar as condutas terapêuticas em voga? Poder-se-ia fazer um inquérito entre os pneumologistas, perguntando sobre suas prescrições habituais; estudar as vendas de medicação para asma; e/ou conduzir um inquérito entre os asmáticos. No pre-

sente trabalho, serão apresentados e discutidos os resultados de dois inquéritos realizados entre os filiados à Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Além disso, serão mostrados também dados referentes à venda em farmácias de medicação para a asma ao longo do tempo. Dessa forma, poderemos estimar como nós, pneumologistas, estamos tratando nossos pacientes asmáticos, se estamos conscientes e nos adaptando às mudanças obrigatórias que irão ocorrer brevemente em grande parte da medicação inalatória, com a substituição do CFC como propelente.

Casuística e Métodos

No início do ano de 1996, foram enviados pelo Correio, para 1.014 filiados à Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), questionário padronizado (Anexo 1), enfocando como os especialistas medicavam seus pacientes asmáticos; se a situação sócio-econômica do paciente modulava a prescrição médica e se o médico assistente tinha idéia de quanto seu cliente gastava com seus remédios. Apensos ao questionário, seguiam carta explicativa dos objetivos do estudo e envelope selado e endereçado para envio do questionário respondido. Foram respondidos 318 (31,4%) dos questionários enviados. Oito meses depois, novo questionário padronizado (Anexo 2), enfocando as atividades educacionais realizadas durante as consultas médicas com asmáticos, junto com carta explicativa dos objetivos do estudo e envelope selado e endereçado para envio do questionário respondido foram enviados para os mesmos 1.014 associados à SBPT. Dessa vez, 367 (36%) pneumologistas responderam ao inquérito.

Resultados

No primeiro inquérito, foram analisadas as respostas de 318 pneumologistas (215 homens e 103 mulheres), número que representou cerca de um terço dos filiados à SBPT à época. Distribuídos segundo os grupos etários, 4% tinham menos que 30 anos; 84% tinham entre 30 e 50 anos e 12% tinham mais de 50 anos de idade. O tempo médio de experiência profissional dos respondentes foi de 13 anos (DP: 8,13).

As respostas às questões sobre a ordem de preferência de determinados fármacos para o tratamento continuado da asma, segundo o poder aquisitivo do paciente estão sintetizadas na tabela 1. Nela, são apresentadas as cinco opções mais frequentemente apontadas.

Com base nas informações contidas na tabela 1, foram montadas a tabela 2 e as figuras 1, 2 e 3. Nelas, pode-se notar que as diferenças no poder aquisitivo do paciente (representadas pela origem do paciente: Sistema Público ou cliente privado) parecem modular as opções terapêuticas dos médicos assistentes. A análise da tabela 2 revela que o corticosteróide inalatório (CSI) é prescrito com maior frequência no tratamento continuado para o paciente privado do que para o paciente do Sistema Público. Ao mesmo tempo, o corticosteróide oral (CSO) é indicado com maior frequência para o paciente do Sistema Público de Saúde. Analisando a prescrição dos beta 2 agonistas para o tratamento continuado da asma, enquanto a via inalatória é prescrita com maior frequência para o paciente privado, a via oral o é para o do Sistema Público.

fármacos apontados como terceira opção terapêutica (Figura 3), os beta 2 agonistas inalatórios aparecem apenas para os doentes do Sistema Público, refletindo sua posição preferencial como primeira ou segunda opção. É provável que, pelas mesmas razões, os beta 2 agonistas orais aparecem em pequena proporção apenas para os pacientes privados. O corticosteróide oral aparece em proporção quase duas vezes maior para o paciente do Sistema Público, provavelmente refletindo a disponibilidade na lista de remédios oferecidos gratuitamente pelo Poder Público. Não há diferença significativa na proporção de prescrição da aminofilina/teofilina orais entre os dois grupos, mas a prescrição de teofilina de liberação lenta é duas vezes mais frequente como terceira opção para os doentes privados. Novamente aí, a prescrição de

Tabela 1

Ordem de frequência das preferências medicamentosas para o tratamento continuado da asma, segundo a origem do paciente N(318) Sistema Público Paciente privado

Sistema Público	Paciente Privado
<p>1ª opção (%)</p> <p>Beta 2 inalatório (35,9)</p> <p>Beta 2 oral (34,7)</p> <p>Teofilina / aminofilina oral (31,4)</p> <p>Corticosteróide inalatório (21,1)</p> <p>Teofilina de liberação lenta (6,6)</p>	<p>1ª opção (%)</p> <p>Beta 2 inalatório (44,8)</p> <p>Corticosteróide inalatório (44,1)</p> <p>Beta 2 oral (12,1)</p> <p>Cromoglicato dissódico (7,9)</p> <p>Teofilina / aminofilina oral (7,3)</p>
<p>2ª opção (%)</p> <p>Teofilina / aminofilina oral (32,4)</p> <p>Beta 2 inalatório (23,4)</p> <p>Beta 2 oral (21,3)</p> <p>Teofilina de liberação lenta (16,2)</p> <p>Corticosteróide inalatório (13,0)</p>	<p>2ª opção (%)</p> <p>Beta 2 inalatório (33,5)</p> <p>Corticosteróide inalatório (26,1)</p> <p>Cromoglicato dissódico (18,9)</p> <p>Beta 2 oral (18,2)</p> <p>Teofilina de liberação lenta (16,8)</p>
<p>3ª opção (%)</p> <p>Corticosteróide oral (35,4)</p> <p>Teofilina / aminofilina oral (19,1)</p> <p>Teofilina de liberação lenta (16,9)</p> <p>Corticosteróide inalatório (16,1)</p> <p>Beta 2 inalatório (14,1)</p>	<p>3ª opção (%)</p> <p>Teofilina de liberação lenta (35,0)</p> <p>Cromoglicato dissódico (20,1)</p> <p>Teofilina / aminofilina oral (18,3)</p> <p>Corticosteróide oral (17,9)</p> <p>Beta 2 oral (14,1)</p>
<p>4ª opção (%)</p> <p>Corticosteróide oral (25,7)</p> <p>Teofilina de liberação lenta (21,3)</p> <p>Beta 2 inalatório (14,7)</p> <p>Cromoglicato dissódico (12,5)</p> <p>Beta 2 oral (11,3)</p>	<p>4ª opção (%)</p> <p>Corticosteróide oral (33,6)</p> <p>Teofilina de liberação lenta (21,4)</p> <p>Nedocromil sódico (19,7)</p> <p>Cromoglicato dissódico (15,2)</p> <p>Beta 2 oral (13,1)</p>
<p>5ª opção (%)</p> <p>Teofilina de liberação lenta (21,3)</p> <p>Corticosteróide inalatório (16,1)</p> <p>Antialérgico (14,6)</p> <p>Cromoglicato dissódico (12,5)</p> <p>Nedocromil sódico (11,4)</p>	<p>5ª opção (%)</p> <p>Corticosteróide oral (21,5)</p> <p>Cromoglicato dissódico (18,3)</p> <p>Nedocromil sódico (18,0)</p> <p>Antialérgico (12,7)</p> <p>Teofilina / aminofilina oral (12,2)</p>

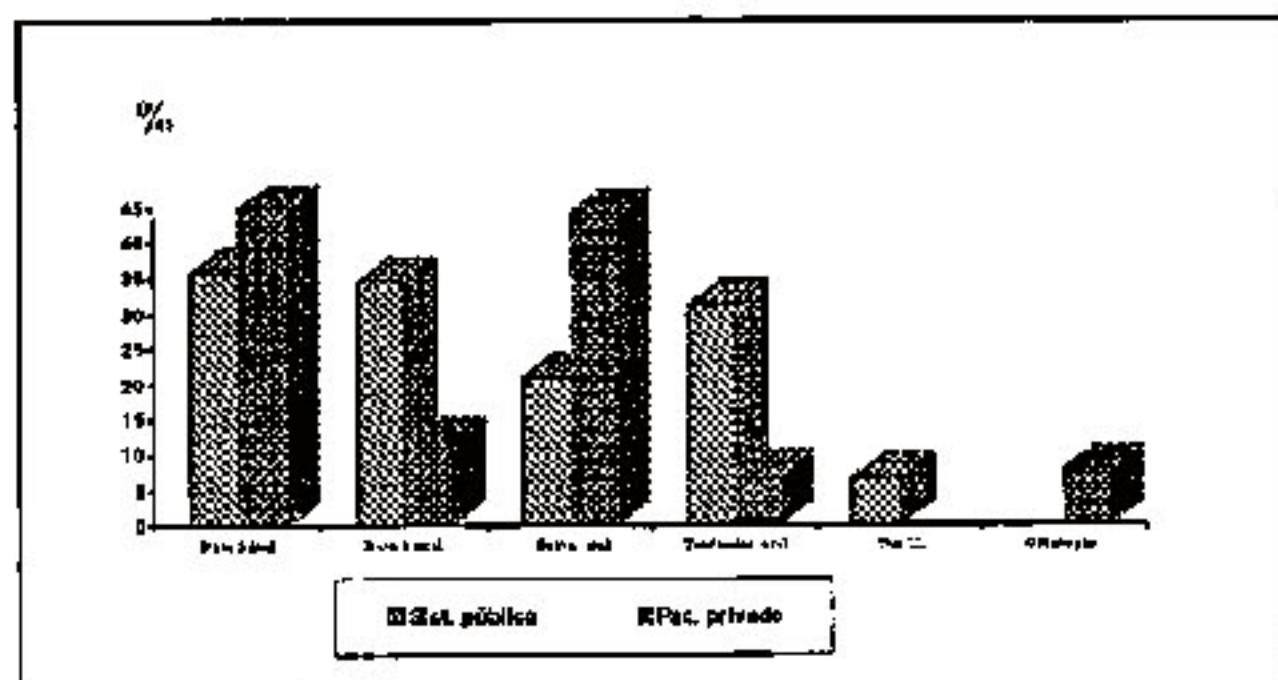


Figura 1-Fármacos apontados como 1ª opção no tratamento continuado da asma, segundo a origem do paciente (sistema público vs paciente privado)

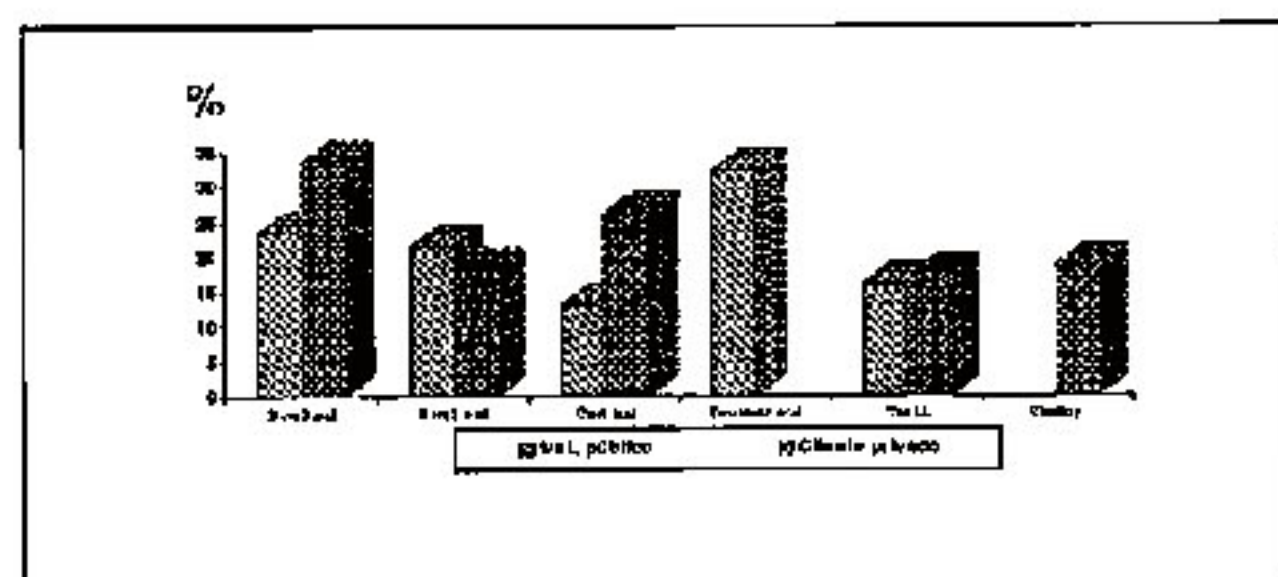


Figura 2-Fármacos apontados como 2ª opção no tratamento continuado da asma, segundo a origem do paciente (sistema público vs paciente privado)

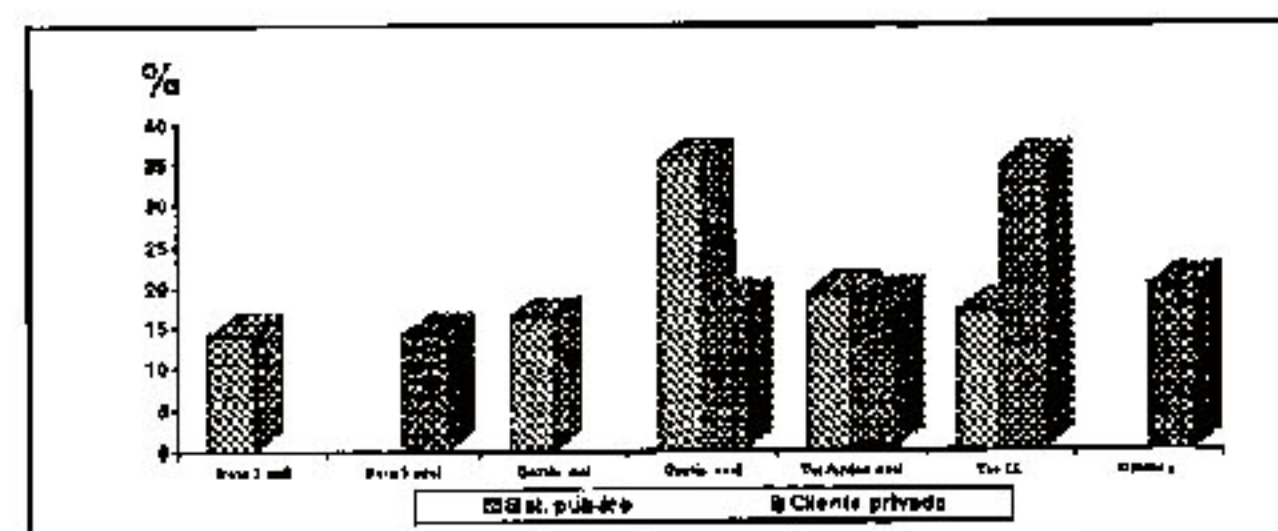


Figura 3-Fármacos apontados como 3ª opção no tratamento continuado da asma, segundo a origem do paciente (sistema público vs paciente privado)

Se comparados os tratamentos broncodilatadores mais prescritos para os dois grupos de pacientes, a teofilina/aminofilina oral são significativamente mais prescritas para os pacientes do Sistema Público e o beta 2 agonista inalatório para o paciente privado. Na figura 1, onde são representadas as primeiras opções terapêuticas para o tratamento continuado da asma, nota-se que não há diferença significativa entre os dois grupos de pacientes no que se refere à escolha do agente beta 2 agonista inalatório como primeira opção. Entretanto, a opção pelo beta 2 agonista oral ou pela teofilina/aminofilina oral é marcadamente mais freqüente se o paciente provém do Sistema Público, talvez refletindo a disponibilidade do fármaco na lista de remédios fornecidos gratuitamente pelo Sistema Público de Saúde. O mesmo raciocínio pode ser aplicado à diferença observada quando o fármaco escolhido como primeira opção terapêutica é o corticosteróide inalatório (privado > público). O cromoglicato dissódico, embora prescrito em proporções mínimas para os pacientes privados, foi ainda menos apontado como prescrito para o paciente do Sistema Público.

Quando analisados os fármacos apontados como segunda opção terapêutica para o tratamento continuado da asma (Figura 2), as diferenças tornam-se menores entre os dois grupos de pacientes para a maioria dos remédios: beta 2 inalatório e oral, e teofilina de liberação lenta. As diferenças comentadas acima para os corticosteróides inalatórios, teofilina/aminofilina orais e cromoglicato dissódico são novamente observadas, talvez pelas mesmas razões. Na análise dos

Tabela 2

Freqüência com a qual os fármacos listados foram apontados como primeira opção para o tratamento continuado (Sistema Público vs paciente privado)

Fármaco	Sistema público		Paciente privado	
	N	%	N	%
Corticosteróide inalatório	34	13,1	115	34,1
Corticosteróide oral	10	3,8	8	2,4
Beta 2 inalatório	67	2,7	113	33,5
Beta 2 oral	54	20,8	11	3,6
Teofilina / aminofilina oral	60	23,2	6	1,8
Teofilina de liberação lenta	9	3,5	14	4,2
Cromoglicato dissódico	1	0,4	14	4,2
Nedocromil sódico	1	0,4	3	0,9
Antialérgico	1	0,4	2	0,6
Outros	23	8,8	50	14,8
Total	260		337	

cromoglicato dissódico é opção exclusiva para os doentes privados. Um outro fármaco frequentemente anotado como primeira opção no tratamento continuado da asma, em ambos os grupos de pacientes, foi o brometo de ipratrópio (6/23 no Serviço Público e 15/50 para o paciente privado).

Na tabela 3, são apresentadas as respostas referentes às questões sobre quais os remédios preferenciais para o tratamento da crise de asma, segundo a origem do paciente.

A tabela 4 e as figuras 4, 5 e 6, montadas com base nos dados contidos na tabela 3, permitem visualizar mais facilmente as diferenças nas pres-

crições para o tratamento da crise de asma entre os dois grupos de pacientes. A análise estatística da tabela 4 revela que o beta 2 agonista é prescrito pela via inalatória em maior proporção para o paciente privado, enquanto a via oral é a mais prescrita para o paciente do Sistema Público. Quando analisados os medicamentos escolhidos como primeira opção para o tratamento da crise de asma (Figura 4), as proporções são equivalentes para os beta 2 agonistas inalatórios, bem como para a aminofilina e o corticosteróide intravenosos e para o corticosteróide oral. As diferenças são notadas apenas para os beta 2 agonistas orais, que são prescritos apenas para os

Tabela 3

Ordem de freqüência das preferências medicamentosas para o tratamento da crise de asma, segundo a origem do paciente (Sistema Público vs paciente privado) (N = 318)

Sistema Público		Paciente privado	
1ª opção	(%)	1ª opção	(%)
Beta 2 inalatório	(76,8)	Beta 2 inalatório	(77,5)
Aminofilina intravenosa	(16,8)	Corticosteróide intravenoso	(17,3)
Corticosteróide intravenoso	(14,1)	Aminofilina intravenosa	(11,7)
Beta 2 oral	(11,9)	Corticosteróide oral	(11,4)
Corticosteróide oral	(10,6)	Cromoglicato dissódico	(7,7)
2ª opção	(%)	2ª opção	(%)
Corticosteróide intravenoso	(39,7)	Corticosteróide intravenoso	(40,0)
Aminofilina intravenosa	(30,4)	Aminofilina intravenosa	(26,4)
Corticosteróide oral	(24,4)	Corticosteróide oral	(24,7)
Beta 2 oral	(22,4)	Corticosteróide inalatório	(20,7)
Teofilina de liberação lenta	(14,0)	Beta 2 oral	(16,4)
3ª opção	(%)	3ª opção	(%)
Aminofilina intravenosa	(35,3)	Aminofilina intravenosa	(32,0)
Corticosteróide intravenoso	(33,7)	Corticosteróide intravenoso	(28,0)
Corticosteróide oral	(24,4)	Corticosteróide oral	(27,1)
Teofilina / aminofilina oral	(18,8)	Teofilina / aminofilina oral	(21,9)
Corticosteróide inalatório	(18,4)	Teofilina de liberação lenta	(21,3)
4ª opção	(%)	4ª opção	(%)
Corticosteróide oral	(24,4)	Corticosteróide inalatório	(28,8)
Teofilina de liberação lenta	(18,6)	Corticosteróide oral	(22,3)
Corticosteróide inalatório	(18,4)	Beta 2 oral	(21,3)
Teofilina / aminofilina oral	(16,1)	Aminofilina intravenosa	(18,3)
Beta 2 oral	(14,9)	Teofilina de liberação lenta	(10,0)
5ª opção	(%)	5ª opção	(%)
Teofilina / aminofilina oral	(23,2)	Teofilina de liberação lenta	(27,5)
Beta 2 oral	(16,4)	Cromoglicato dissódico	(19,2)
Teofilina de liberação lenta	(11,6)	Teofilina / aminofilina oral	(14,6)
Cromoglicato dissódico	(7,1)	Corticosteróide inalatório	(9,8)
Corticosteróide oral	(5,7)	Nedocromil sódico	(9,5)

Tabela 4

Freqüência com a qual os fármacos listados foram apontados como primeira opção para o tratamento da crise de asma (Sistema Público vs paciente privado)

Fármaco	Sistema público		Paciente privado	
	N	%	N	%
Beta 2 inalatório	167	58,2	200	58,1
Beta 2 oral	8	2,8	3	0,9
Aminofilina intravenosa	32	11,1	23	6,7
Aminofilina oral	4	1,4	3	0,9
Teofilina oral	1	0,3	1	0,3
Teofilina de liberação lenta	-	-	2	0,6
Corticosteróide intravenoso	28	9,8	39	11,3
Corticosteróide oral	13	4,5	19	5,5
Corticosteróide inalatório	2	0,7	6	1,7
Cromoglicato dissódico	-	-	2	0,6
Nedocromil sódico	-	-	1	0,3
Outros	32	11,1	45	13,1
Total	287		344	

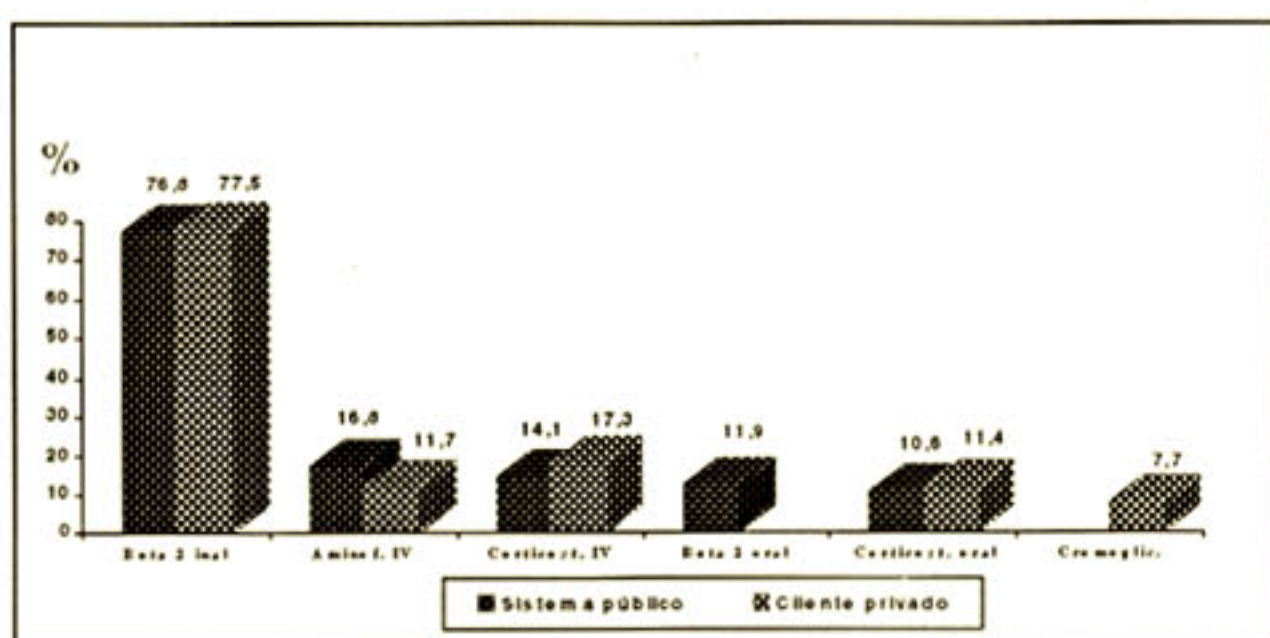


Figura 4-Fármacos apontados como 4ª opção no tratamento da crise de asma, segundo a origem do paciente (sistema público vs paciente privado)

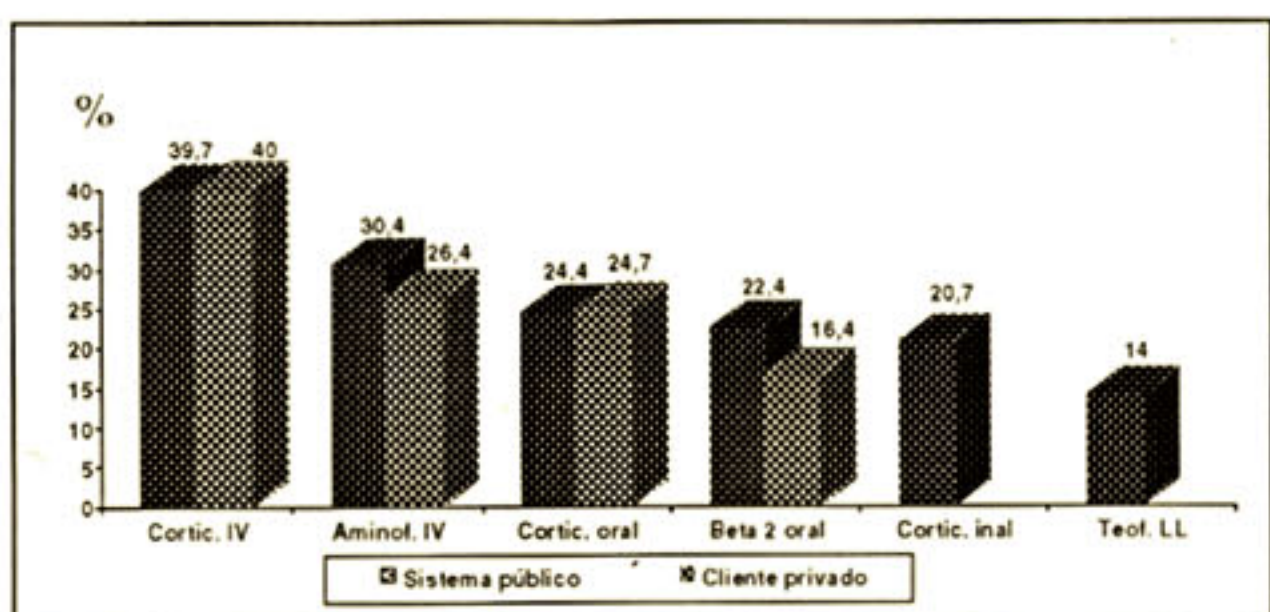


Figura 5-Fármacos apontados como 5ª opção no tratamento da crise de asma, segundo a origem do paciente (sistema público vs paciente privado)

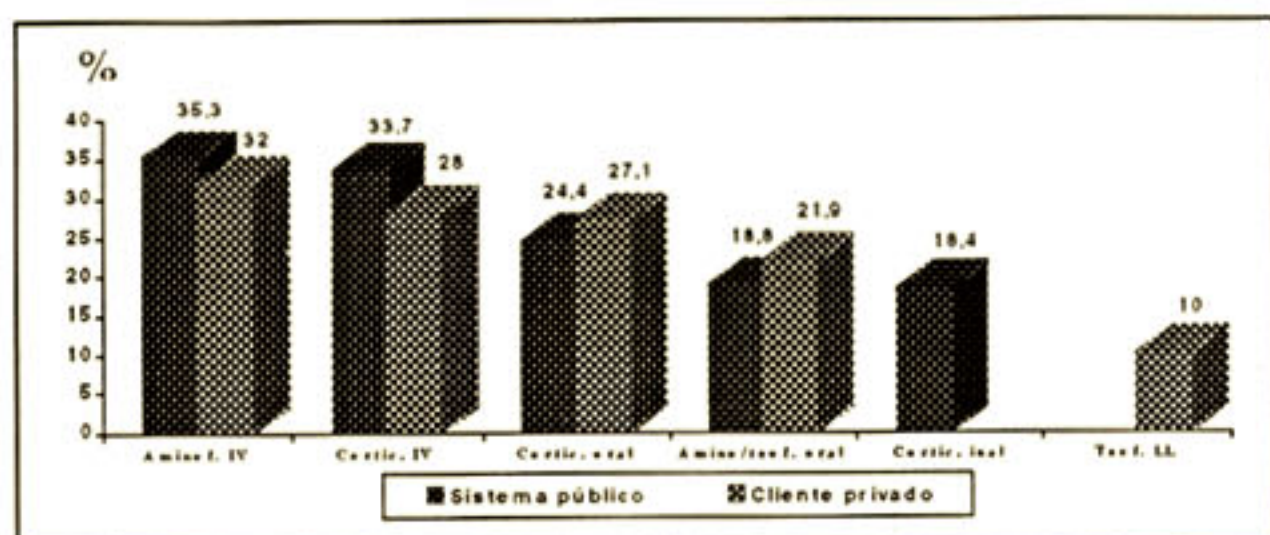


Figura 6-Fármacos apontados como 6ª opção no tratamento da crise de asma, segundo a origem do paciente (sistema público vs paciente privado)

doentes dos Sistema Público, possivelmente refletindo a distribuição gratuita pelo Poder Público e para o cromoglicato dissódico que, estranhamente, é utilizado como primeira opção para o tratamento da crise de asma por parcela pequena dos respondentes (7,7%). Do mesmo modo, na análise dos medicamentos citados como de segunda opção na escolha para o tratamento da crise de asma (Figura 5), não se observam diferenças significativas entre os dois grupos de pacientes no que se refere aos corticosteróides e a aminofilina intravenosos, assim como entre os corticosteróides e os beta 2 agonistas orais. Entretanto, os corticosteróides inalatórios e a teofilina de liberação lenta foram apontados como segunda opção apenas para os clientes do Sistema Público de Saúde, talvez devido a seu custo. A situação é semelhante quando analisadas as terceiras opções escolhidas (Figura 6), não havendo diferenças importantes entre os dois grupos nas prescrições de aminofilina e de corticosteróide intravenosos ou orais. Novamente, os corticosteróides inaláveis foram indicados para os clientes do Serviço Público apenas como terceira opção, possivelmente refletindo a dificuldade em sua aquisição. Por outro lado, a teofilina de liberação lenta foi apontada como terceira opção apenas para os clientes privados. Mais uma vez, um outro fármaco freqüentemente apontado como sendo primeira opção para o tratamento da asma foi o brometo de ipratrópio (15/34 no Serviço Público e 22/46 no paciente privado).

As respostas às questões sobre os esquemas medicamentosos habituais para o tratamento continuado da asma mostraram grande variedade para ambos os grupos de pacientes (Quadros 1 e 2). Desperta a aten-

Quadro 1

Esquemas terapêuticos utilizados no Serviço Público, segundo a gravidade da asma

Asma leve (N= 266 entrevistados)	
Beta 2 inal SOS	27,8%
Beta 2 oral SOS	4,9%
Beta 2 oral ou Aminofilina oral SOS	3,4%
Beta 2 inal SOS + Corticosteróide inal diário	3,0%
Beta 2 inal SOS + Aminofilina oral diária	2,3%
Asma moderada (N= 263 entrevistados)	
Beta 2 inal SOS + Corticosteróide inal SOS	7,6%
Beta 2 inal diário + Teofilina de liberação lenta diária + Corticosteróide inal diário	3,4%
Beta 2 oral diário + Aminofilina oral diária + Corticosteróide oral SOS	3,4%
Beta 2 inal diário + Corticosteróide inal diário	3,0%
Beta 2 inal diário + Aminofilina oral diária	2,3%
Beta 2 inal SOS + Corticosteróide oral diário + Corticosteróide inal diário	1,9%
Asma grave (N= 263 entrevistados)	
Beta 2 oral diário + Aminofilina oral diária + Corticosteróide oral diário	6,1%
Beta 2 inal diário + Teofilina de liberação lenta diária + Corticosteróide oral e inal diários	4,2%
Beta 2 inal diário + Teofilina de liberação lenta diária + Corticosteróide oral diário	4,2%
Beta 2 inal diário + Teofilina oral diária + Corticosteróide oral diário	2,7%
Beta 2 inal SOS + Beta 2 oral diário + Aminofilina oral diária + Corticosteróide oral diário	2,3%
Beta 2 inal e oral diários + Aminofilina oral diária + Corticosteróide oral diário	2,3%
Beta 2 inal diário + Aminofilina oral diária + Corticosteróide oral diário	1,9%

Quadro 2

Esquemas terapêuticos utilizados na clínica privada, segundo a gravidade da asma

Asma leve (N= 294 entrevistados)	
Beta 2 inal SOS	36,4%
Beta 2 inal SOS + Corticosteróide inal diário	7,1%
Beta 2 inal SOS + Cromoglicato diário	4,8%
Beta 2 inal SOS + Corticosteróide inal SOS	3,7%
Beta 2 inal SOS + Nedocromil diário	3,7%
Beta 2 inal diário	3,4%
Asma moderada (N= 290 entrevistados)	
Beta 2 inal SOS + Corticosteróide inal diário	11,4%
Beta 2 inal diário + Corticosteróide inal diário	6,6%
Beta 2 inal diário + Teofilina de liberação lenta diária + Corticosteróide inal diário	4,8%
Beta 2 inal SOS + Teofilina de liberação lenta diária + Corticosteróide inal diário	3,4%
Beta 2 inal SOS + Teofilina de liberação lenta SOS + Corticosteróide inal diário	2,1%
Beta 2 inal SOS + Corticosteróide oral e inal diários	2,1%
Beta 2 inal SOS + Nedocromil diário + Corticosteróide inal diário	2,1%
Beta 2 inal diário + Teofilina de liberação lenta SOS + Corticosteróide inal diário	2,1%
Asma grave (N= 294 entrevistados)	
Beta 2 inal diário + Teofilina de liberação lenta diária + Corticosteróide inal e oral diários	9,9%
Beta 2 inal SOS + Teofilina de liberação lenta diária + Corticosteróide oral e inal diários	3,7%
Beta 2 inal SOS + Teofilina de liberação lenta diária + Corticosteróide inal diário e oral SOS	3,4%
Beta 2 inal diário + Teofilina de liberação lenta diária + Corticosteróide inal diário e oral SOS	3,4%
Beta 2 oral SOS + Beta 2 inal diário + Teofilina de liberação lenta diária + Corticost. oral diário	3,1%
Beta 2 inal diário + Teofilina de liberação lenta diária + Corticosteróide inal diário	3,1%
Beta 2 inal diário + Corticosteróide oral e inal diários	2,7%

Tabela 5

Quantidade de esquemas terapêuticos prescritos segundo a procedência do paciente e a gravidade da asma (N=318)

Gravidade da asma	Serviço público	Paciente privado
Leve	99	92
Moderada	163	141
Grave	152	156

ção o fato de tão grande número de esquemas terapêuticos terem sido montados com os fármacos listados. O número elevado reflete-se pelos baixos percentuais de concordância de esquemas medicamentosos. Excetuando-se o esquema mais frequentemente anotado para o tratamento da asma leve-beta 2 inalatório SOS-que foi o informado por cerca de 28% dos entrevistados, os graus mais elevados de concordância situaram-se entre 1,9 e 7,6%. A tabela 5 revela a imensa quantidade de esquemas terapêuticos informados como habitualmente prescritos pelos especialistas entrevistados. Conforme será discutido adiante, o grande número de esquemas registrados pode refletir, em maior proporção, falhas do instrumento de coleta das informações e não o receituário habitual dos especialistas que responderam ao questionário.

Com relação às questões sobre o custo da medicação para o doente, cerca de 73% dos médicos que

Quadro 3

Custo médio mensal do tratamento medicamentoso, imaginado pelos médicos assistentes segundo a gravidade da asma

Gravidade da doença	Custo médio mensal
Asmático leve	R\$ 29,00
Asmático moderado	R\$ 62,00
Asmático grave	R\$ 110,00

Quadro 4

Tempo de experiência (anos) atendendo asmáticos

Tempo (anos)	N*	(%)
< 10	93	(25,5)
10-20	199	(54,7)
21-30	58	(15,9)
> 30	14	(3,8)
Total	364	

*3 sem informação

responderam ao questionário acreditavam ter idéia de quanto um asmático gasta com seu tratamento medicamentoso. Para o asmático leve, os valores sugeridos pelos respondentes variaram entre R\$5,00 e R\$ 120,00 (83% sugeriram valores entre R\$ 30,00 e R\$ 100,00). Para o asmático moderado, os valores variaram entre R\$ 10,00 e R\$ 300,00 (87% sugeriram valores entre R\$ 50,00 e R\$ 400,00) e para o grave, entre R\$ 15,00 e R\$ 400,00 (87% entre R\$ 50,00 e R\$ 200,00). Os valores médios mensais, de acordo com a gravidade da doença, imaginados pelos entrevistados podem ser vistos no quadro 3.

A seguir, apresentam-se os resultados do inquérito sobre "esclarecimento ao asmático". Os dados apresentados refletem as respostas de 367 pneumologistas (66% homens e 34% mulheres) distribuídos nos seguintes grupos etários: menores que 30 anos (3%); 30-40 anos (42,5%); 41-50 anos (38,7%) e maiores que 50 anos (15,5%). A distribuição dos especialistas que responderam ao questionário segundo o tempo de experiência profissional pode ser vista no quadro 4.

Ao serem perguntados se explicavam a seus pacientes sobre a asma, sobre a alteração básica determinada pela doença e sobre os mecanismos envolvidos em seu tratamento, 97,5% responderam que sim e 2,5% informaram que o faziam parcialmente. Essa proporção não foi afetada pelo sexo, pela idade ou pelo tempo de experiência do médico.

As respostas à pergunta sobre se, ao prescreverem medicação inalatória, explicavam como usar o equipamento de inalação (EI) apenas verbalmente ou se demonstravam como fazê-lo, podem ser vistas na tabela 6. A proporção de médicos que informaram demonstrar como usar o EI não é afetada pelo sexo, porém é significativamente menor ($p = 0,03$) a partir

Tabela 6

Proporção de médicos que só explicam como usar o equipamento de inalação e de médicos que demonstram como fazê-lo, segundo o tempo de experiência profissional do médico (N = 318)

Tempo de experiência (anos)	Só explica ou demonstra?				Total N
	Só explica N (%)	Demonstra N (%)	NSA* N (%)		
< 10	11 (12)	82 (88)	1		94
10-20	21 (12)	174 (88)	1		196
21-30	10 (18)	45 (82)	-		57
> 30	6 (43)	8 (57)	2		14
Total	48 (13)	309 (86)	4 (1)		361 (100)

* Não prescreve medicação inalatória

dos 21 anos de experiência profissional. O teste do chi quadrado (χ^2) de linearidade indica que, a partir dos 21 anos de experiência profissional, reduz-se gradativamente a frequência com a qual o médico demonstra a técnica de inalação. Perguntados se conferiam a técnica de uso do EI, pedindo ao paciente que o usasse na frente do médico, 85% responderam afirmativamente. As proporções não foram afetadas pelo sexo, porém decresciam de modo significativo ($p = 0,00$ - teste do χ^2 de linearidade) paralelamente ao tempo de experiência profissional do médico.

O teste do χ^2 quadrado de linearidade revela que o cuidado com a verificação de uso correto do EI é inversamente proporcional ao maior tempo de experiência profissional (Tabela 7).

Dentre os entrevistados, 44% acreditavam que seus pacientes entendiam completamente o que lhes era explicado sobre a asma e seu tratamento, enquanto 53% acreditavam que a compreensão era apenas parcial e 2% não acreditavam ser compreendidos. Ao mesmo tempo, ao serem perguntados se complementavam as explicações com material educativo impresso, apenas 43% responderam afirmativamente (Tabela 8). Na tabela, pode-se notar que, dentre aqueles que não acreditavam na compreensão de seus pacientes, poucos complementavam suas explicações com material educativo. A análise estatística da tabela revela que há diferença significativa ($p = 0,03$) entre acreditar na compreensão total ou parcial do paciente sobre o que lhe é explicado e fornecer material educativo complementar. Acreditar na compreensão total está mais fortemente ligado à entrega do material impresso.

Como pode ser observado na tabela 9, a decisão de fornecer material educativo suplementar parece ser negativamente influenciada pelo tempo de

Tabela 7

Proporção de médicos que dizem conferir como seu paciente está usando a "bombinha" segundo o tempo de experiência do médico

Tempo de experiência (anos)	Confere ?		Total N
	Sim N (%)	Não N (%)	
< 10	85 (90)	9 (10)	94
10-20	175 (89)	21 (11)	196
21-30	41 (72)	16 (28)	57
> 30	6 (85)	8 (57)	14
Total	307 (85)	54 (15)	361(100)

experiência profissional do médico, sendo ligeiramente menor entre aqueles com mais de 30 anos de prática profissional.

A conceituação adequada de uma doença é passo fundamental para a definição terapêutica. Nesse inquérito, foram apresentadas quatro possíveis definições sintéticas de asma. Apenas uma delas expressava o conceito de "inflamação crônica das vias aéreas". A primeira opção falava apenas da alternância de períodos de redução do calibre brônquico com períodos de normalidade respiratória. Outra, enfocava como alteração principal a contração da musculatura lisa peribrônquica; uma outra ligava essa alteração à alergia. No quadro 5, pode-se observar como os pneumologistas entrevistados escolheram qual seria, em sua opinião, a melhor definição de asma. Apenas cerca de 40% dos entrevistados ligaram a asma à inflamação crônica das vias aéreas. As escolhas não foram significativamente influenciadas pelo sexo, idade ou tempo de experiência profissional.

Informar o asmático sobre o papel de cada medicamento usado em seu tratamento é fundamen-

Tabela 8

Compreensão do explicado por parte do asmático segundo a opinião do médico e segundo o fornecimento de material educativo complementar

Seu paciente compreende o explicado?	Fornecer material educativo		Apenas fala N (%)	Total N (%)
	N (%)	N (%)		
Sim	81 (50)	81 (50)	162 (100)	
Parcialmente	75 (38)	120 (62)	195 (100)	
Não	2 (25)	6 (75)	8 (100)	
Total	158 (43)	207 (57)	365 (100)	

Tabela 9

Fornecimento de material educativo complementar segundo o tempo de experiência profissional

Tempo de experiência (anos)	Fornecer material educativo?		Total N
	Apenas falo N (%)	Fornecer N (%)	
< 10	60 (64)	34 (36)	94
10-20	103 (53)	93 (47)	196
21-30	31 (54)	26 (46)	57
> 30	11 (79)	3 (21)	14
	205 (57)	156 (43)	361

Tabela 10

Proporção de médicos que explicam a seus pacientes sobre a divisão dos remédios em dois grupos (de alívio e preventivo), segundo o tempo de experiência profissional

Tempo de experiência profissional (anos)	Explica sobre a divisão?								
	Sim		Parcialmente		Não		Sem inf.	Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)			
< 10	86	(25)	5	(26)	1	(25)	1	(33)	93
10-20	186	(55)	11	(58)	2	(50)	-	-	199
21-30	52	(15)	3	(16)	1	(25)	2	(67)	58
> 30	14	(4)	-	-	-	-	-	-	14
Total	338	(100)	19	(100)	4	(100)	3	(100)	364

tal para a correta condução da terapêutica. Classicamente, preconiza-se dividir os remédios em dois grandes grupos: *de alívio e preventivos*. Assim, o asmático teria menos dificuldade para decidir qual medicamento usar dependendo da circunstância presente. Dentre os que responderam ao questionário, 94% informaram explicar a seus clientes asmáticos a divisão dos medicamentos usuais nos dois grandes grupos (Tabela 10). Para possibilitar a análise estatística, os que explicavam total ou parcialmente sobre a divisão dos remédios foram agrupados. O teste do χ^2 não revelou relação estatisticamente significativa ($p = 0,81$) entre explicar sobre a divisão e o tempo de experiência profissional do médico.

Quadro 5

Melhores definições de asma dentre as apresentadas, segundo os entrevistados

Definição	N*	(%)
Doença pulmonar que alterna períodos de redução do calibre brônquico com períodos de normalidade da respiração.	174	(50)
Doença na qual os brônquios estão permanentemente inflamados.	135	(39)
Doença pulmonar na qual a alteração principal é a contração do músculo liso que envolve o brônquio, apertando-o.	11	(3)
Doença respiratória alérgica que se manifesta pela contração do músculo que envolve o brônquio, apertando-o.	29	(8)
Total	349	(100)

* 18 sem informação.

Quando pedidos exemplos de remédios de alívio dos sintomas da asma prescritos habitualmente por eles, o beta 2 agonista inalatório de ação rápida foi o mais citado (46%). Em segundo lugar, vieram a aminofilina/teofilina orais e, em terceiro e quarto, o corticosteróide e o brometo de ipratrópio, respectivamente (Tabela 11).

Para a análise que possibilitava verificar se o tempo de experiência profissional modulava a escolha do remédio de alívio, montou-se a tabela 12. Nela, pode-se notar que esse fator não influenciou de forma significativa na escolha terapêutica.

Tabela 11

Remédios de alívio dos sintomas prescritos habitualmente (N= 367)

Remédio	% de citações
Beta 2 agonista inalatório de ação rápida	46
Beta 2 agonista inalatório de ação prolongada	2
Brometo de Ipratrópio	6,3
Beta 2 agonista AR + Brometo de Ipratrópio	2,8
Aminofilina / Teofilina orais	18
Teofilina de liberação lenta	2
Corticosteróide	10
Corticosteróide oral	1
Corticosteróide inalatório	3
Corticosteróide depot	0,5
Cromoglicato dissódico	0,1
Nedocromil sódico	0,1
Antialérgico	0,1
Mucolítico	0,2
Outro	6,2

Tabela 12
Remédios de alívio dos sintomas prescritos habitualmente
segundo o tempo de experiência profissional do médico

Remédio de alívio	Tempo de experiência profissional			
	< 10 anos (N= 93) %	10-20 anos (N=199) %	21-30 anos (N=58) %	> 30 Anos (N=14) %
Beta 2 agonista inal de ação rápida	48	52	41	41
Beta 2 agonista inal de ação prolongada	4	3	2	-
Brometo de ipratrópio	5	7	5	15
Beta 2 agonista AR + Brom. de ipratrópio	4	2	2	-
Aminofilina / Teofilina orais	15	10	22	4
Teofilina de liberação lenta	2	3	1	11
Corticosteróide	13	10	10	-
Corticosteróide oral	0,5	2	2	11
Corticosteróide inalatório	3	3	3	-
Corticosteróide depot	-	0,5	-	-
Cromoglicato dissódico	-	0,3	-	-
Nedocromil sódico	0,5	0,3	1	-
Mucolítico	-	0,3	1	-
Outro	3	6,8	11	4

No inquérito, procurou-se avaliar também os remédios "preventivos" habitualmente prescritos. Na tabela 13 estão apresentadas as freqüências com que eles foram citados. O corticosteróide inalatório foi citado um maior número de vezes (27,4%), seguido pelo cromoglicato dissódico (25,9%), cetotifeno (13,7%) e nedocromil sódico (13,4%).

Tabela 13
Remédios preventivos prescritos
habitualmente (N= 365)

Remédio	% de citações
Beta 2 agonista inalatório de ação rápida	2,5
Beta 2 agonista inalatório de ação prolongada	0,7
Brometo de ipratrópio	1,1
Beta 2 agonista AR + Brometo de ipratrópio	0,1
Aminofilina / Teofilina orais	1,6
Teofilina de liberação lenta	1,4
Corticosteróide	7,7
Corticosteróide oral	0,4
Corticosteróide inalatório	27,4
Corticosteróide depot	0,1
Cromoglicato dissódico	25,9
Nedocromil sódico	13,4
Cetotifeno	13,7
Antialérgico	0,3
Outro	3,3

Novamente para facilitar a análise sobre se o tempo de experiência profissional influía na escolha do remédio para prevenir os sintomas da asma, foi montada a tabela 14. Com base nessa tabela, pode-se observar que, ao mesmo tempo em que a indicação do corticosteróide inalável era menos freqüente entre os médicos com mais de 30 anos de experiência profissional, a do cetotifeno foi pouco maior nesse mesmo grupo.

Uma outra pergunta aberta no questionário foi sobre quais sintomas incomodavam mais o asmático, na opinião do médico. Na tabela 15, estão listadas as tríades sintomáticas mais freqüentemente citadas pelos entrevistados. As associações dispnéia, sibilos, tosse e aperto no peito foram apontadas em maiores proporções.

Ainda com relação à sintomatologia da asma, outra questão aberta enfocava qual, na opinião do médico, era o sintoma que mais incomodava o asmático. Conforme pode ser visto na tabela 16, a dispnéia foi a mais apontada como tal.

Finalmente, foi pedido que os quatro sintomas cardiais da asma (dispnéia, sibilos, tosse e aperto no peito) fossem colocados na ordem de freqüência com a qual eles ocorreriam segundo a opinião do médico (Tabela 17).

Venda de Remédios Contra a Asma

Os dados apresentados a seguir tiveram por

Tabela 14
Remédios preventivos prescritos habitualmente
segundo o tempo de experiência profissional do médico

Remédio preventivo	Tempo de experiência profissional			
	< 10 anos (N= 93) %	10-20 anos (N= 197) %	21-30 anos (N= 58) %	> 30 anos (N= 14) %
Beta 2 agonista inal de ação rápida	3	2	4	3
Beta 2 agonista inal de ação prolongada	0,5	1	-	-
Brometo de ipratrópio	-	1	2	3
Beta 2 agonista AR + Brom. de ipratrópio	-	0,2	-	-
Aminofilina / Teofilina orais	3	1	2	-
Teofilina de liberação lenta	2,5	1	1	-
Corticosteróide	5	8	11	10
Corticosteróide oral	1,5	1	-	-
Corticosteróide inalatório	30	27	27	17
Corticosteróide depot	-	-	-	3
Cromoglicato dissódico	24	26	27	24
Nedocromil sódico	12	15	9	10
Cetotifeno	15	13	14	21
Antialérgico	-	-	1	-
Outro	2	3	4	7

Tabela 15

Três sintomas que mais incomodam o asmático
segundo a opinião do médico assistente

Triade de sintomas	Frequência (%)
Dispneia + sibilos + tosse	30,2
Dispneia + tosse + aperto no peito	15,6
Dispneia + tosse + secreção espessa	4,7
Dispneia + tosse + diminuição da capacidade laborativa	4,5

Tabela 16

Sintoma que mais incomoda o asmático
segundo a opinião do médico assistente

Sintoma	Frequência (%)
Dispneia	89
Tosse	8
Sibilos	1
Distúrbio do sono	1

base os registros de vendas diretas aos consumidores da medicação antiasmática em farmácias em todo o país. Não incluem as compras por hospitais públicos e por parte dos privados. Refletem, portanto, de maneira próxima, o receituário médico dos consultórios. Foi analisado o período de 1994 a abril de 1998. Sem dúvida, é um mercado no qual o volume de dinheiro envolvido é muito grande. Globalmente, no período de 1994-97, se excluídas todas as formas não-inaláveis de corticosteróides, o volume de vendas atingiu cifras próximas a US\$ 500 milhões, variando de US\$ 81 milhões, em 94, a US\$ 143 milhões, em 1997. No quadro 6, apresenta-se a quantidade total de remédios vendidos, segundo o grupamento farmacológico, no período. Na sua análise, é importante considerar que na última coluna (Abril/98) estão representados os valores referentes aos 12 meses compreendidos entre março de 97 a abril de 98. Na parte referente às vendas de corticosterói-

Tabela 17

Ordem de frequência dos quatro sintomas cardiais da asma segundo a opinião do médico assistente

Seqüência	Frequência	
	N	(%)
Tosse / Sibilos/Dispneia /Aperto no peito	61	(16,8)
Dispneia / Tosse/Sibilos / Aperto no peito	42	(11,5)
Sibilos / Tosse/Dispneia / Aperto no peito	41	(11,3)
Dispneia /Sibilos/Tosse / Aperto no peito	37	(10,2)
Aperto no peito / Sibilos/Dispneia / Tosse	24	(6,6)

Quadro 6
Quantidade de medicamentos para asma vendidos no Brasil. Período: 1994 a abril de 1998*

Medicamento	Unidades x 1.000				
	1994	1995	1996	1997	Abr/98*
Beta 2 agonistas					
Inalatórios- Ação rápida	3.633	4.795	4.773	4.647	4.574
Ação prolongada	59	90	119	213	294
Orais	9.974	10.864	11.096	10.347	10.017
Corticosteróides					
Inalatórios	296	331	408	550	568
Comprimidos	5.810	6.650	6.889	7.114	7.282
Solução para uso oral	1.426	1.942	2.436	2.375	2.393
Injetável	10.486	10.960	10.933	10.487	10.150
Teofilina					
Comprimidos	5.663	6.719	6.700	6.209	6.025
Solução para uso oral	2.266	2.864	3.372	2.989	2.971
Injetável	36	44	20	19	17
Antiinflamatórios inalatórios não-esteroidais	175	192	210	181	167
Cetotifeno	1.739	2.109	2.101	2.058	1.998
Valor total das vendas (US\$.000)	139.992	190.273	226.759	241.233	241.684

* Maio/97 a abril/98. Fonte: IMS.

des, deve-se considerar que a asma não é a única indicação de corticoterapia oral e/ou injetável, o que faz dela responsável apenas por parte das quantidades vendidas dessas formas de uso. Infelizmente, não dispomos de indicadores que nos permitam estimar qual a proporção dos corticosteróides não-inaláveis vendidos é usada para o tratamento da asma e/ou de suas exacerbações. Ao mesmo tempo, a asma é a única indicação de corticoterapia inalatória.

A venda de remédios nas farmácias espelha, pelo menos parcialmente, a prescrição médica. Assim, as curvas construídas a partir dos dados contidos no quadro 5 refletirão a mudança ou não do receituário com base na incorporação de conhecimentos novos. Como no período analisado foi grande a quantidade de artigos científicos publicados sobre tratamento da asma, enfocando a importância da terapia antiinflamatória regular, e a realização de simpósios, mesas redondas, entre outros eventos, sobre o tema foi frequente, as referidas curvas refletirão a captação e a implementação do conhecimento divulgado. Em última instância, a produção e a divulgação cientí-

fica na área médica têm um principal objetivo: oferecer ao paciente a melhor terapia.

Na figura 7, apresentam-se as curvas de venda da medicação antiasmática ao longo do período estudado. Tomando-as por base, pode-se notar que os broncodilatadores são vendidos em proporções muito maiores que os corticosteróides inalatórios, isso indicando que os broncodilatadores são os medicamentos mais usados no tratamento da asma. Entretanto, ao mesmo tempo em que as curvas de vendas dos broncodilatadores demonstram discreta tendência de queda ao final do período, a dos corticosteróides inalatórios indica elevação discreta.

Analisando as vendas dos beta 2 agonistas, vale a pena observar as diferenças entre as vendas da medicação inalatória e oral (figura 8). A maior quantidade de vendas é representada pela solução para uso oral (em torno de 9 milhões de frascos por ano, no período). A seguir, vêm os beta 2 inaláveis de ação rápida (cerca de 4,7 milhões de nebulímetros ao ano, no período), seguidos pelos comprimidos (em torno de 1,7 milhões de caixas ao ano, no período). Por último, vêm os beta 2 inaláveis de ação prolon-

gada, de introdução mais recente no mercado, que variaram de 59 mil para 213 mil unidades vendidas no período.

Um fator importante a ser considerado na prescrição médica é o preço do medicamento. Num dos inquéritos analisados nesse artigo, procurou-se observar se havia diferenças nas prescrições médicas de acordo com o poder aquisitivo do paciente, baseando-se na sua origem: Serviço Público ou clínica privada. Possivelmente, as diferenças observadas refletem, pelo menos em parte, o custo da medicação. No quadro 7 estão apresentados os preços de fábrica e os preços máximos permitidos de venda no varejo, de acordo com a classe farmacológica e a apresentação dos principais remédios usados no tratamento da asma. É possível que um ou outro produto não tenha sido incluído no quadro por falha no levantamento a partir da publicação especializada (ABCFARMA). Vale a pena ressaltar que, para alguns produtos, a

variação de preços é significativa. Certamente fatores inerentes ao próprio custo da produção do fármaco e à qualidade e à segurança de sua fabricação estão inseridos no maior custo. Entretanto, uma regra imutável de mercado diz que quanto maior a quantidade de vendas, menor o preço para o consumidor. O conhecimento científico acumulado sobre o papel fundamental do tratamento antiinflamatório na asma se choca frontalmente com a desproporção entre as curvas de vendas da medicação esteroidal inalatória e a broncodilatadora. É possível que aumentando as vendas dos corticosteróides inalatórios (em outras palavras, aumentando sua prescrição) seu preço caia e mais asmáticos possam beneficiar-se de seu uso.

Desde a assinatura do protocolo Montreal, em 1987, ficou decidido que o CFC não mais seria usado como propelente nos aerossóis medicamentosos. Com essa finalidade, a indústria farmacêutica

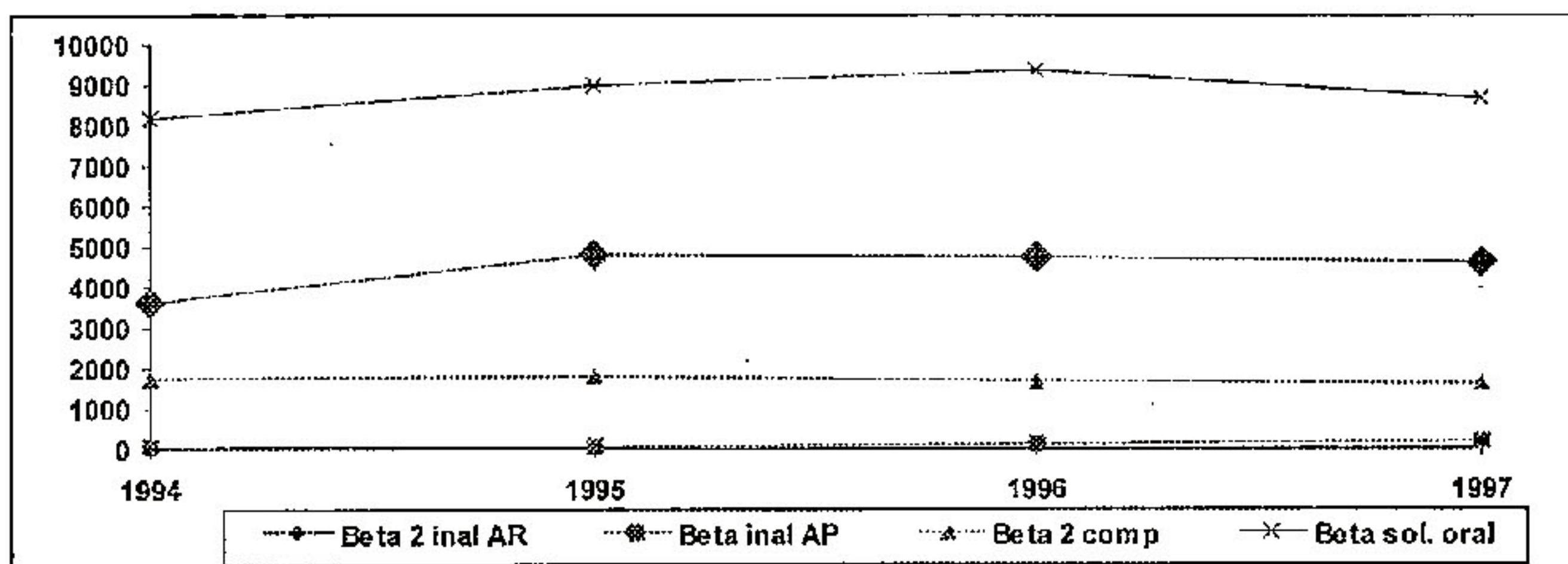


Figura 7-Quantidade de unidades (em milhares) de medicação antiasmática vendidas nas farmácias. Brasil, 1994-97. Fonte: IMS.

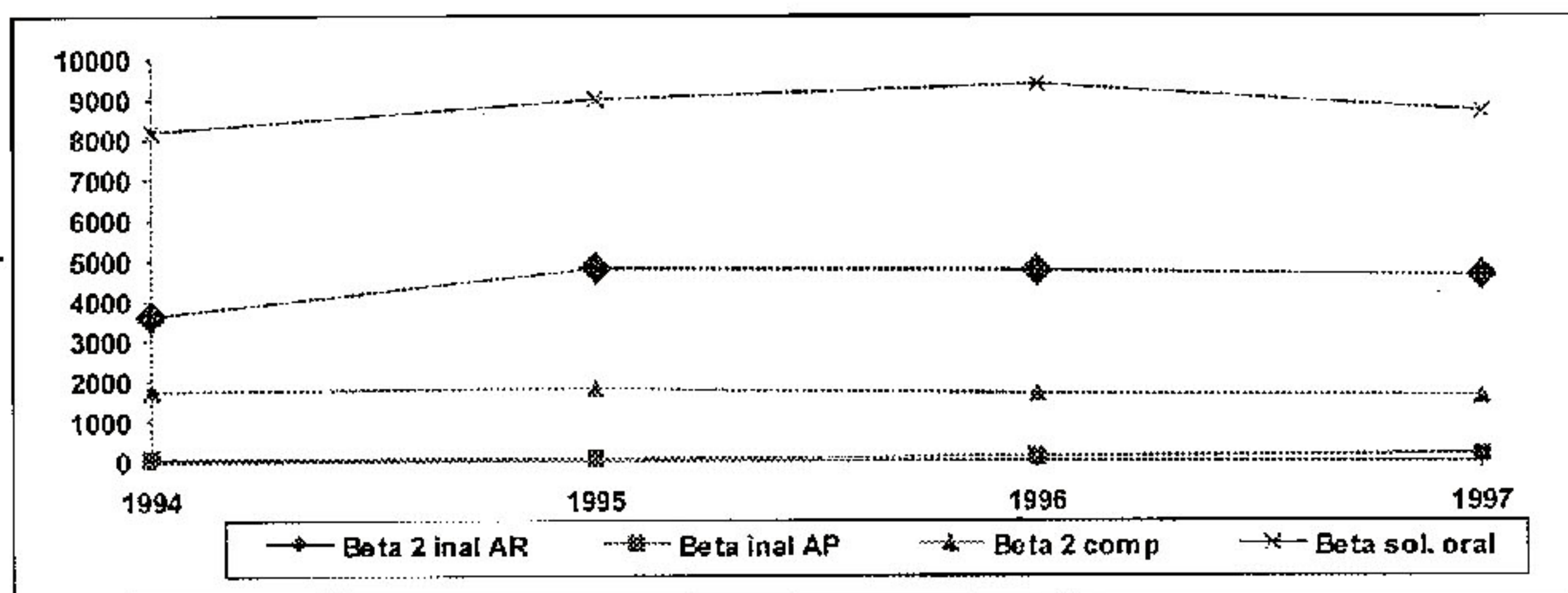


Figura 8 - Quantidade de unidades (em milhares) de beta 2 agonistas vendidas nas farmácias. Segundo a apresentação Brasil, 1994-97. Fonte: IMS.

Quadro 7

Preço de fábrica e máximo de venda no varejo dos principais remédios usados no tratamento da asma. Segundo a apresentação. Brasil, agosto de 1998

Fármaco	Preço de fábrica (R\$)	Preço máximo de venda R(\$)
Beta 2 agonistas		
Inalável de ação rápida		
Spray de 100mg	6,48	9,25
Spray de 200mg	7,14-11,17	10,20-15,95
Turbohaler	21,65	30,92
Inalável de ação prolongada		
Spray	25,20	36,00
Cápsulas para inalação	21,94	31,34
Rotadisk	29,40	42,00
Comprimido: 2mg	0,88-2,24	1,25-3,20
4mg	1,47-3,01	2,10-4,30
Solução-oral (frascos com 5-20ml)	1,82-4,55	2,60-6,50
xarope (frascos com 100-120ml)	1,68-5,96	2,60-7,37
Corticosteróides		
Inaláveis		
Spray 50mg	12,69-19,32	18,12-27,60
Spray 100mg	10,43-30,50	14,90-43,57
Spray 200-250mg	16,66-30,50	23,80-43,57
Turbohaler	19,25	27,50
Solução para inalação		
Caixa com 10 flaconetes	16,69	23,84
Caixa com 20 flaconetes (0,25-0,50mg)	42,07-52,59	60,10-75,12
Nasal	13,30-14,51	19,00-20,72
Nasal aquoso (frasco com 15-20ml)	10,95-15,61	15,64-22,30
Orais		
Comprimidos de 5mg	2,85-4,32	4,07-6,17
Comprimidos de 6mg	16,48	23,54
Comprimidos de 7,5mg	17,63	25,18
Comprimidos de 20mg	4,37-7,44	6,24-10,62
Comprimidos de 30mg	35,26-39,13	50,37-55,90
Compostos inaláveis		
Salbutamol + beclometasona (spray)	10,79-11,80	15,41-16,85
Fenoterol + brometo de ipratrópio (spray)	12,50	17,85
Anticolinérgicos inaláveis		
Brometo de ipratrópio		
Spray	9,87	14,10
Solução para inalação	4,37-5,04	6,24-7,20
Spray nasal	7,63	10,90
Aminofilina		
Comprimidos de 100-150mg (caixas com 10-24 comp)	1,48-8,34	2,11-11,91
Comprimidos de 200-250mg (caixas com 20-24 comp)	2,42-16,26	3,45-23,22
Comprimidos de 350mg (caixa com 21 comp)	4,04	5,77
Teofilina de liberação lenta		
Drágeas de 100mg (caixas com 20-30 comp)	4,27-6,19	6,10-8,84
Drágeas de 200mg (caixas com 20-30 comp)	5,22-13,58	7,45-19,90
Drágeas de 300mg (caixas com 20-30 comp)	6,66-15,18	9,51-21,68
Solução oral (frasco com 210ml)	9,62	13,74
Cromoglicato dissódico		
Spray	13,93	19,90
Solução para inalação	15,05	21,50
Spray nasal 2-4%	8,33-15,61	11,90-22,30
Nedrocromil sódico		
Spray	28,83	41,18
Cetotifeno		
Comprimido de 1mg	5,56	7,94
Comprimido de 20mg	10,63-12,83	15,18-18,32
Comprimido de 20mg SRO	25,53	36,47
Solução oral / xarope	5,60-18,61	8,00-26,58
Antileucotrienos		
Caixa com 20 comprimidos	27,88	39,82
Caixa com 30 comprimidos	67,87	96,95
Caixa com 56 comprimidos	55,76	79,65

Fonte: ABCFARMA-Agosto/98

tica já investiu mais de 2 bilhões de dólares em pesquisas na busca de alternativas seguras e eficazes. Ao mesmo tempo em que linhas de pesquisa buscam substitutos para o CFC, mantendo a medicação sob a forma de nebulímetro dosificador (*metered dose inhaler-MDI*), outras linhas procuram desenvolver equipamentos de inalação que dispensem propelentes (*dry powder inhaler-DPI* e outros). Até o momento, apenas uma opção de MDI sem CFC foi lançada no mercado exterior, para inalação de salbutamol e de beclometasona. A transição da medicação com CFC para CFC-*free* é motivo de preocupação da classe médica na maior parte das regiões do mundo. Ninguém desconhece os inúmeros fatores envolvidos na frágil adesão do paciente asmático ao seu tratamento, e a transição CFC para CFC-*free* será um a mais. Por isso, organizações internacionais e Sociedades Médicas estão discutindo estratégias para que a transição, que é certa, ocorra sem prejuízos para os asmáticos. Em nosso meio, as alternativas existentes de beta 2 agonistas CFC-*free* são: turbohaler, diskhaler, rotadisk, cápsulas para inalação e solução para inalação. Como a tabela 18 mostra, os MDI-CFC (*spray*) representam quase a totalidade das vendas de beta 2 inalatórios (cerca de 98%). Se isso reflete o receituário médico, deve-se, urgentemente, iniciar atividades médicas educativas para esclarecer os médicos sobre a mudança que deveria estar acontecendo.

Com relação aos corticosteróides inalatórios (CSI), principal grupamento medicamentoso para o tratamento da asma, apenas a partir de 1997 começaram a ser lançadas alternativas sem CFC-turbohaler e solução para nebulização. Infelizmente, como o quadro 5 demonstra, a participação dos CSI nas vendas representa pouco. Em

1994-95, o volume de vendas de CSI foi apenas 2,2% do total de beta 2 agonistas vendidos nos mesmos anos. Essa proporção vem crescendo gradativa porém lentamente (2,6% em 1996 e 3,6% em 1997).

Discussão

O primeiro fato que chama a atenção é o baixo índice de respostas aos dois inquéritos. A atualidade e a importância dos temas abordados, ao mesmo tempo que provocam reuniões científicas com grandes audiências, não parecem motivar os especialistas a conhecerem a realidade de sua prática clínica. Essa realidade, baseada nas respostas obtidas, choca-se com os ensinamentos habituais das atividades científicas e das publicações médicas sobre o tema. Ao mesmo tempo em que se promovem consensos e padronizações terapêuticas para a asma, constata-se variedade exagerada de esquemas medicamentosos sendo utilizados na prática. É indiscutível que a metodologia aplicada nos estudos e o baixo percentual de respostas não permitem extrapolar os resultados aqui comentados para a totalidade dos pneumologistas do país. Entretanto, esses resultados podem ser considerados, no mínimo, como indicativos da realidade. Para o tratamento continuado da asma leve, no Serviço Público, foram referidos 99 diferentes esquemas terapêuticos; para o tratamento da asma moderada, outros 163 esquemas; para a asma grave, 152. Quando o paciente era da clínica privada, foram registrados 92 diferentes esquemas terapêuticos para a asma leve; 141 para a asma moderada e 156 para a asma grave. Enfim, centenas de esquemas terapêuticos sendo prescritos para situações nas quais os esquemas medicamentosos sugeridos pe-

Tabela 18
Vendas de beta 2 agonistas inalatórios segundo a forma de apresentação. Brasil, 1994-97

Forma de apresentação	Unidades x 1.000							
	1994		1995		1996		1997	
Spray	3.600	(97,5)	4.791	(97,1)	4.792	(97,9)	4.678	(96,3)
Turbohaler	8	(0,2)	13	(0,3)	10	(0,2)	13	(0,3)
Diskhaler	6	(0,2)	4	(0,08)	3	(0,06)	3	(0,06)
Rotadisk	10	(0,3)	12	(0,2)	13	(0,3)	12	(0,2)
Cápsulas para inalação	0	-	0	-	0	-	78	(1,6)
Solução para nebulização	68	(1,8)	113	(2,3)	75	(1,5)	76	(1,6)

Fonte: IMS

los Consensos não chegam a uma dezena. Certamente, esse fato não deve espelhar a realidade e, possivelmente, é fruto de falha do instrumento utilizado para coletar as respostas. Com certeza, interpretações equivocadas das perguntas referentes aos medicamentos e esquemas terapêuticos habitualmente prescritos fizeram com que muitos dos respondentes marcassem diferentes respostas para a mesma pergunta. Para tentar estimar a real proporção de esquemas medicamentosos prescritos habitualmente pelos pneumologistas, procedeu-se a uma revisão das centenas de esquemas informados, agrupando-os conforme seus principais componentes e interpretando-se que diferentes broncodilatadores ou corticosteróides assinalados na mesma resposta (como no caso da asma leve, por exemplo) poderiam significar variações ocasionais na prescrição, dependentes de fatores não esclarecidos. Mesmo assim, muitas dezenas de esquemas terapêuticos surgiram, muitos com agregados medicamentosos irrelevantes (mucolíticos e fluidificantes, por exemplo) ou também incorporando o brometo de ipratrópio com grande frequência. O quadro 6 deixa claro que o peso dos preços dos medicamentos é significativo para os asmáticos. Aumentar ainda mais o custo, incluindo remédios secundários ao esquema de tratamento, com vantagens discutíveis para os pacientes, pode significar o não seguimento da prescrição. Finalmente, a metodologia empregada nesse estudo é mais adequada para avaliar atitudes do que condutas terapêuticas. Para a análise do real comportamento terapêutico, a análise de prontuários e de prescrições médicas é mais adequada.

Das medicações de alívio dos sintomas usadas rotineiramente, as mais citadas foram o beta 2 agonista inalável de ação rápida (46%), seguido pela aminofilina/teofilina orais (18%), pelo corticosteróide (sem definição da via de administração) (10%) e pelo brometo de ipratrópio (6,3%). Para o tratamento preventivo, o mais citado foi o corticosteróide inalatório (27,4%), seguido muito de perto pelo cromoglicato dissódico (25,9%), pelo cetotifeno (13,7%) e pelo nedocromil sódico (13,4%). É possível que a proximidade entre as proporções de corticosteróide inalável e cromoglicato, e entre o cetotifeno e o nedocromil, reflitam proporções equivalentes de médicos de crianças e de adultos. Como não houve estratificação dos respondentes segundo essa divisão, é impossível sabê-lo. De qualquer modo, es-

sas proporções são coerentes com os dados referentes às vendas da medicação. As quantidades de corticosteróides e de antiinflamatórios não esteroidais inaláveis vendidas são próximas. Ao longo do tempo, entre 1994 e 1997, as vendas de corticosteróides inalatórios aumentaram mais do que as dos antiinflamatórios não-esteroidais (1,7 vezes mais vendidos em 1993 e 3 vezes mais em 1997). Pode ser que isso reflita mudança no receituário. Por outro lado, quando comparados aos beta 2 agonistas inalatórios de ação rápida, a venda de corticosteróides inalatórios foi 11,7 vezes menor, em média, no período 1994-97. Entretanto, se comparadas as vendas desses dois grupamentos medicamentosos ao longo do tempo, no período de 1994 a 1997, observa-se que, enquanto os beta 2 agonistas cresceram 32% em vendas de 1994 para 1995, passando a decrescer 0,4% entre 1995 e 96, e 2,7% entre 96 e 1997, os corticosteróides inalatórios cresceram 12% em vendas de 1994 para 1995, 23% entre 1995 e 96 e 35% entre 96 e 1997. Pode ser que esse fato seja mais um que reflita uma tendência de mudança no receituário indicando proporções crescentes de asmáticos sendo tratados com corticosteróides inalatórios.

Os dados coletados no segundo inquérito demonstram que, significativamente, os médicos com maior tempo de experiência (>30 anos principalmente) preocupam-se menos com as ações educacionais referentes à asma. Nesse ponto, é interessante contrapor algumas informações obtidas junto aos especialistas com os dois inquéritos com outras colhidas junto aos asmáticos. Por exemplo, num inquérito realizado na cidade do Rio de Janeiro, em 1997 (1), no qual foram entrevistados 91 asmáticos procedentes de diferentes Serviços de Saúde, foi perguntado se o médico assistente explicava sobre os mecanismos envolvidos na asma e em seus sintomas. Pouco mais que a metade dos entrevistados (57,8%) respondeu afirmativamente e cerca de um terço (34,4%) negativamente. Parcela menor (7,8%) respondeu que seu médico explicava, mas que eles não entendiam os ensinamentos. Entre os pneumologistas, 44% acreditavam que seus pacientes compreendiam completamente o que lhes era explicado; 53% acreditavam em compreensão parcial e 2% não acreditavam serem compreendidos. Quando os asmáticos foram perguntados se seus médicos explicavam apenas verbalmente ou se também forneciam material impresso complementar, 65,5%

informaram que as explicações eram apenas verbais. Essas proporções combinam com as obtidas junto aos especialistas: 43% disseram fornecer material educativo complementar, enquanto 57% disseram apenas explicar verbalmente. Nesse ponto, chama a atenção o fato de a maior parte (62%) daqueles que não acreditam na compreensão total ou parcial dos ensinamentos, por parte dos pacientes, não fornecerem material educativo escrito. Tratar asma é modificar comportamento; é alterar o meio ambiente do asmático; é informá-lo sobre os mecanismos envolvidos em sua doença e em seu tratamento. Orientar o asmático sobre o comportamento mais adequado numa situação de agudização dos sintomas é obrigação de seu médico assistente. Entretanto, as respostas à pergunta "Seu médico explica o que você deve fazer quando passa mal da asma?", no inquérito realizado entre asmáticos, revelaram fatos preocupantes:

- 1) 13% responderam que sim;
- 2) 27% disseram que seus médicos explicavam o que fazer, mas eles não entendiam bem;
- 3) 10% disseram que seus médicos explicavam o que fazer, mas como eles não entendiam bem, preferiam ir ao Pronto-Socorro nessas oportunidades;
- 4) 51% disseram que seus médicos não explicavam nada, apenas passavam a receita.

Supõe-se que as explicações sobre os comportamentos indicados para as situações de agudização dos sintomas incluam a diferenciação entre remédios de alívio e preventivos. Para participar ativamente e com segurança da condução de seu tratamento, é fundamental que o asmático compreenda o papel de sua medicação e que saiba dividi-la nos dois grupos. No inquérito entre os pneumologistas, 94% informaram explicar essa divisão a seus pacientes. Quando foi perguntado aos asmáticos se essa explicação era feita, 43% responderam afirmativamente; 34% disseram que não e os restantes (22%) que a explicação era "mais ou menos". Certamente, as falhas presentes no processo de comunicação entre os médicos e seus clientes, na área da asma, provocam maior número de idas aos Serviços de Emergência, com maior desgaste e prejuízo para o asmático. Certamente, todas as proporções acima apontam para a necessidade tanto de incrementar as ações educativas realizadas como também a de melhorar nossos códigos de comunicação com nossos pacientes, já que a proporção de não-compreen-

são do que é explicado é alta. Isso tanto pode refletir mensagens inadequadas, como técnicas de comunicação falhas. Vale a pena repensar os pontos/temas eleitos como importantes para serem transmitidos aos pacientes e a metodologia empregada para isso. Mais ainda, as informações obtidas junto aos asmáticos deixam clara a importância da complementação das orientações verbais com materiais escritos (impressos). A confecção desses materiais deve ser cercada de cuidados para torná-los interessantes e atrativos. Ao mesmo tempo, devem ser claros e objetivos, para funcionarem como instrumentos práticos e simples para atingir as mudanças comportamentais tão importantes para o controle adequado da asma.

Com relação ao adestramento do paciente no uso do equipamento de inalação (EI), 86% dos médicos informaram demonstrar o uso do EI, enquanto 13% disseram que apenas explicavam como fazê-lo. Quando foi perguntado aos asmáticos se seus médicos ensinavam como usar a "bombinha", 51% responderam afirmativamente, 14% disseram que eles explicavam "mais ou menos" e 36% disseram que não. Perguntados se, junto com as explicações verbais, seus médicos assistentes demonstravam o uso do EI, mais da metade (53%) disse que não. Foi-lhes perguntado, também, se seus médicos conferiam como eles estavam usando o EI nas consultas subsequentes: 34% disseram que sim e 66% que não. No inquérito entre os médicos, 85% disseram que conferiam como seus pacientes estavam usando o EI. De que adianta prescrever medicação inalatória, se o usuário não é orientado/treinado/aferido na técnica de inalar o remédio? Técnica incorreta de inalação leva a menor efeito medicamentoso e, por conseguinte, ao descrédito do remédio. O *spray* ("bombinha") já é estigmatizado e difamado tanto pelo leigo como por parte dos profissionais de saúde; é desnecessário desmerecê-lo ainda mais, fazendo com que o asmático não confie nesse prático e confiável EI, simplesmente porque não atinge as metas definidas com seu uso como consequência da utilização incorreta. É fundamental que, ao prescrever um EI, sua técnica de uso seja explicada/demonstrada e aferida em todas as oportunidades possíveis. Inalar um aerossol não é um ato tão simples; requer coordenação motora e adestramento. Para prescrever medicação inalatória é essencial que o médico assistente saiba como utilizá-la e como transmitir essa técnica ao paciente.

A conceituação da asma como uma doença inflamatória crônica das vias aéreas vem sendo intensivamente divulgada nas últimas duas décadas. É a partir desse conceito que o eixo terapêutico da asma centra-se no tratamento antiinflamatório. Entretanto, apenas 39% dos respondentes ao inquérito sobre "esclarecimento ao asmático" optaram pela única definição de asma que contemplava o caráter inflamatório crônico da doença, dentre as quatro possíveis definições apresentadas. A maior parte (53%) preferiu ligar sua conceituação à redução episódica do calibre brônquico/contração da musculatura lisa peribrônquica. É claro que a obstrução brônquica variável é característica da asma e faz parte de sua definição, mas essa limitação ao fluxo aéreo é consequência da inflamação das vias aéreas. Por isso, esperar-se-ia que a maior parte dos especialistas optasse pela definição que contemplasse a inflamação das vias aéreas. Não é possível inferir, a partir das escolhas registradas, que a conceituação de doença inflamatória crônica como principal aspecto da asma não esteja clara para todos, mas é possível supor que o caráter de obstrução variável ao fluxo aéreo seja mais presente que o de doença inflamatória crônica, pelo menos para os respondentes ao inquérito. Essa suposição justificaria os dados referentes à venda de medicação para a asma; os broncodilatadores são muito mais vendidos que os antiinflamatórios.

No inquérito sobre "esclarecimento ao asmático" foram abordados os sintomas asmáticos. Os quatro sintomas cardiais da asma (dispnéia, sibilos, tosse e opressão torácica) foram os mais referidos como aqueles que mais deviam incomodar os asmáticos. Cerca de 90% dos médicos entrevistados apontaram a dispnéia como sendo o sintoma que mais incomodava ao asmático: Essa suposição foi confirmada no inquérito entre asmáticos: 77% informaram que a dispnéia era o sintoma que mais lhes trazia desconforto.

Obrigatoriamente, o sistema de inalação da medicação para a asma vai mudar com a proibição do CFC nos próximos anos. As alternativas serão um outro propelente (MDI), ou outros sistemas de inalação de pó seco (DPI), ou soluções para nebulização. As vendas de medicação inalável refletem preferência absoluta pelo sistema MDI. Seria aconselhável que os especialistas começassem a criar experiência com o sistema

DPI que certamente terá que ser usado em maior proporção. Ao mesmo tempo, é aconselhável que essa prática seja explicada aos pacientes para que a transição não gere mais razões de não cumprimento da prescrição médica.

O peso do custo da medicação para o paciente parece ser uma preocupação presente no momento da prescrição médica. Segundo a análise das respostas ao primeiro inquérito ("tratamento rotineiro"), o receituário parece ser modulado pelo poder aquisitivo do asmático. Ao mesmo tempo, se confrontados o custo imaginado dos medicamentos para o paciente com os preços de venda dos remédios, nota-se que os médicos têm noção próxima ao real desse custo.

Conclusões

A baixa proporção de respostas e o desenho inadequado do questionário não permitem que os achados desses estudos possam ser aplicados a todos os pneumologistas. De qualquer forma, os pontos comentados na discussão (baixo índice de prescrição de corticosteróides inalatórios e falhas no processo de esclarecimento/orientação ao asmático sobre sua doença e seu tratamento entre os profissionais com maior tempo de experiência, em especial) certamente têm que motivar uma ampla reflexão entre os pneumologistas. Se consideradas as informações oriundas dos asmáticos, sem dúvida a parcela educativa da terapêutica da asma carece de ajustes. Mesmo não refletindo a real conduta terapêutica dos especialistas, os dados aqui apresentados podem ser considerados como indicativos da realidade da abordagem terapêutica da asma em nosso país. E eles indicam diversidades medicamentosas não condizentes com os consensos que, teoricamente, são conhecidos por todos. Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que os dados indicam prescrição de medicações sem grande valor no tratamento da asma, a preocupação com o custo da medicação parece influir no receituário.

Informações concretas, como os números referentes à venda de medicamentos no país, mostram três fatos importantes:

- 1) os broncodilatadores são prescritos em proporções muito maiores que os antiinflamatórios;
- 2) está havendo mudança no receituário, com proporção crescente de prescrição de corticosteróides inaláveis;

3) a transição obrigatória da medicação inalatória para "CFC-free", que ocorrerá em breve, deve ser debatida entre os pneumologistas, já que os "sprays" representam quase a totalidade das vendas.

Tomando por base as informações aqui discutidas, pode-se supor que o fornecimento gratuito de medicação inalável (beta 2 agonistas e corticosteróides) pelo poder público seja fundamental para corrigir as distorções detectadas no receituário.

Anexo 1

Inquérito Sobre Tratamento Rotineiro da Asma

Prezado colega,

Esse questionário é anônimo e confidencial. Por favor, responda-o com base apenas na sua prática rotineira.

1. Idade: _____ anos 2. Sexo: Masc Fem 3. Há quanto tempo é especialista? _____ anos.

4. Trata doentes em Serviço Público? Sim Não 5. Trata doentes em Clínica Privada? Sim Não

6. Por favor, coloque os medicamentos listados abaixo na ordem de frequência com que os prescreve no tratamento continuado da asma, quando atende no Serviço Público. (Deixe em branco se não se aplica).

- Beta 2 agonista inalatório
- Teofilina / aminofilina oral
- Cromoglicato dissódico
- Corticosteróide inalatório
- Antialérgico

- Beta 2 agonista oral
- Teofilina de liberação lenta
- Nedocromil sódico
- Corticosteróide oral
- Outro (Especifique) _____

7. Por favor, coloque os medicamentos listados abaixo na ordem de frequência com que os prescreve no tratamento da crise de asma, quando atende no Serviço Público. (Deixe em branco se não se aplica).

- Beta 2 agonista inalatório
- Teofilina / aminofilina oral
- Cromoglicato dissódico
- Corticosteróide inalatório
- Corticosteróide intravenoso
- Outro (Especifique) _____

- Beta 2 agonista oral
- Teofilina de liberação lenta
- Nedocromil sódico
- Corticosteróide oral
- Antialérgico

8. Por favor, coloque os medicamentos listados abaixo na ordem de frequência com que os prescreve no tratamento continuado da asma, quando atende na Clínica Privada. (Deixe em branco se não se aplica).

- Beta 2 agonista inalatório
- Teofilina / aminofilina oral
- Cromoglicato dissódico
- Corticosteróide inalatório
- Antialérgico

- Beta 2 agonista oral
- Teofilina de liberação lenta
- Nedocromil sódico
- Corticosteróide oral
- Outro (Especifique) _____

9. Por favor, coloque os medicamentos listados abaixo na ordem de frequência com que os prescreve no tratamento da crise de asma, quando atende na Clínica Privada. (Deixe em branco se não se aplica).

- Beta 2 agonista inalatório
- Teofilina / aminofilina oral
- Cromoglicato dissódico
- Corticosteróide inalatório
- Corticosteróide intravenoso
- Outro (Especifique) _____

- Beta 2 agonista oral
- Teofilina de liberação lenta
- Nedocromil sódico
- Corticosteróide oral
- Antialérgico

Em parte das vezes, no tratamento da asma, o esquema medicamentoso compreende mais de um medicamento. Abaixo, estão listados medicamentos que comporiam possíveis esquemas terapêuticos, de acordo com a gravidade da doença. Por favor, assinale aqueles que, juntos, formariam o esquema que mais se assemelha ao que você usa rotineiramente, considerando as duas situações: usuário de um hospital público e cliente privado.

($\beta 2$ = beta 2 agonista; TEO = teofilina; AMINO = aminofilina; CGS = cromoglicato; NEDO = nedocromil; CS = corticosteroide)

10. Usuário do hospital público

a) Asma leve:

- $\beta 2$ inalatório SOS
- $\beta 2$ inalatório diário
- TEO SOS
- TEO diário
- NEDO SOS
- NEDO diário

- $\beta 2$ oral SOS
- $\beta 2$ oral diário
- TEO liberação lenta SOS
- TEO liberação lenta diário
- CS inalatório SOS
- CS inalatório diário

- AMINO SOS
- AMINO diário
- CGS SOS
- CGS diário
- CS oral SOS
- CS oral diário

b) Asma moderada:

- $\beta 2$ inalatório SOS
- $\beta 2$ inalatório diário
- TEO SOS
- TEO diário
- NEDO SOS
- NEDO diário

- $\beta 2$ oral SOS
- $\beta 2$ oral diário
- TEO liberação lenta SOS
- TEO liberação lenta diário
- CS inalatório SOS
- CS inalatório diário

- AMINO SOS
- AMINO diário
- CGS SOS
- CGS diário
- CS oral SOS
- CS oral diário

c) Asma grave:

- $\beta 2$ inalatório SOS
- $\beta 2$ inalatório diário
- TEO SOS
- TEO diário
- NEDO SOS
- NEDO diário

- $\beta 2$ oral SOS
- $\beta 2$ oral diário
- TEO liberação lenta SOS
- TEO liberação lenta diário
- CS inalatório SOS
- CS inalatório diário

- AMINO SOS
- AMINO diário
- CGS SOS
- CGS diário
- CS oral SOS
- CS oral diário

11. Cliente privado

a) Asma leve:

- $\beta 2$ inalatório SOS
- $\beta 2$ inalatório diário
- TEO SOS
- TEO diário
- NEDO SOS
- NEDO diário

- $\beta 2$ oral SOS
- $\beta 2$ oral diário
- TEO liberação lenta SOS
- TEO liberação lenta diário
- CS inalatório SOS
- CS inalatório diário

- AMINO SOS
- AMINO diário
- CGS SOS
- CGS diário
- CS oral SOS
- CS oral diário

b) Asma moderada:

- $\beta 2$ inalatório SOS
- $\beta 2$ inalatório diário
- TEO SOS
- TEO diário
- NEDO SOS
- NEDO diário

- $\beta 2$ oral SOS
- $\beta 2$ oral diário
- TEO liberação lenta SOS
- TEO liberação lenta diário
- CS inalatório SOS
- CS inalatório diário

- AMINO SOS
- AMINO diário
- CGS SOS
- CGS diário
- CS oral SOS
- CS oral diário

c) Asma grave:

- $\beta 2$ inalatório SOS
- $\beta 2$ inalatório diário
- TEO SOS
- TEO diário
- NEDO SOS
- NEDO diário

- $\beta 2$ oral SOS
- $\beta 2$ oral diário
- TEO liberação lenta SOS
- TEO liberação lenta diário
- CS inalatório SOS
- CS inalatório diário

- AMINO SOS
- AMINO diário
- CGS SOS
- CGS diário
- CS oral SOS
- CS oral diário

12. Tem idéia de quanto um asmático gasta com seus remédios? Sim Não

13. Caso tenha, escreva abaixo o valor médio mensal que você acha que um
 asmático leve gaste com seus remédios R\$ _____
 asmático moderado gaste com seus remédios R\$ _____
 asmático grave gaste com seus remédios R\$ _____

Muito obrigado, sua ajuda foi fundamental !

Anexo 2

Esclarecimento ao Asmático

Prezado colega,

Atualmente, a asma vem ocupando a atenção dos Serviços de Saúde. Diversas ações visando melhorar a atenção médica ao asmático vêm sendo realizadas. Para que se possa definir os principais pontos que devem ser abordados com o objetivo de oferecer ao asmático um atendimento eficaz, que possibilite melhor controle de sua doença e redução das limitações que ela provoca, às vezes, é necessário conhecer melhor o impacto da asma na saúde de nossa população e como ela vem sendo tratada. Para isso, é muito importante conhecer suas respostas às questões abaixo. Por favor, responda o questionário anônimo abaixo, com toda a sinceridade, coloque-o no envelope já selado e endereçado anexo, e deposite-o em qualquer caixa de coleta dos Correios.

Muito obrigado por sua colaboração; ela é muito importante para que possamos oferecer atendimento adequado aos nossos asmáticos.

- Idade: _____ anos Sexo: Masc Fem 1. Há quanto tempo é especialista? _____ anos.
2. O(a) Sr(a) explica aos seus pacientes asmáticos sobre a asma, falando sobre qual é o problema básico do pulmão deles, sobre o que a asma provoca neles, explica sobre os remédios que eles tomam, para que eles servem, fala qual remédio eles devem usar dependendo da situação ou do sintoma que estão sentindo?
Sim Não Mais ou menos
3. O(a) Sr(a) ensina seu paciente asmático a usar a bombinha?
Sim Não Mais ou menos Não prescrevo nebulímetros
4. O(a) Sr(a) só explica como é que se usa, ou usa na frente deles, demonstrando?
Só explica Demonstra Não se aplica
5. O(a) Sr(a) pede para eles usarem a bombinha na sua frente para que o(a) Sr(a) possa ver se estão fazendo direito, e corrigir, se necessário?
Sim Não Não se aplica
6. O(a) Sr(a) acha que eles compreendem direito o que o(a) Sr(a) explica sobre a asma?
Sim Não Mais ou menos
7. O(a) Sr(a) lhes dá material educativo por escrito ou apenas fala a?
Entrego material escrito Apenas falo
8. Para o(a) Sr(a), qual das afirmativas abaixo melhor define asma?
 Doença pulmonar que alterna períodos de redução do calibre (da largura) dos brônquios com períodos de normalidade da respiração.
 Doença em que os brônquios estão permanentemente inflamados.
 Doença pulmonar em que a alteração principal é a contração do músculo liso que envolve o brônquio, apertando-o.
 Doença respiratória alérgica que se manifesta pela contração do músculo que envolve o brônquio, apertando-o.
9. O(a) Sr(a) explica aos seus pacientes que os remédios usados na asma se dividem em dois grupos: os preventivos e os de alívio? Sim Não Mais ou menos
10. Dê exemplos de remédios de alívio dos sintomas da asma que o(a) Sr(a) usa habitualmente.

11. Dê exemplos de remédios preventivos dos sintomas da asma que o(a) Sr(a) usa habitualmente.

12. Na sua opinião, quais os três sintomas da asma que mais incomodam o asmático?

13. Destes três, qual o que o(a) Sr(a) acha que incomoda mais?

14. Qual a ordem de frequência que o(a) Sr(a) acha que os seguintes sintomas da asma acontecem?
(Coloque 1ª, 2ª, 3ª e 4ª nos quadradinhos de acordo com a sua opinião)
Falta de ar Chiado no peito Tosse Aperto no peito

Muito obrigado pela sua ajuda!

Referências bibliográficas

- 1-Campos, HS. A visão da vítima: resultados de um inquérito realizado entre asmáticos. Dados ainda não publicados.