

Mea culpa

Hisbello S. Campos*

RESUMO

O autor apresenta e discute o estado atual de conhecimento, atitude e comportamento relacionados à asma e à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com base nos resultados de inquéritos realizados entre asmáticos, parentes de asmáticos, portadores de DPOC e médicos ("Asthma Insights & Reality in Europe"; "Asthma in America"; "Confronting COPD in America"; "O tratamento da asma na rotina dos Pneumologistas"; "A visão do asmático sobre seu tratamento"). Nesses estudos, foram analisadas tanto as perspectivas dos doentes e de seus familiares sobre sua doença e sobre seu manejo por parte de seus médicos como a visão que os profissionais de saúde têm sobre essas doenças e sobre os doentes. Os estudos compararam, também, os resultados práticos obtidos com as condutas terapêuticas adotadas com as metas definidas na maior parte dos consensos. A principal conclusão indica que há falhas no controle dessas doenças, já que menos que 10% das metas foram atingidas. Observaram-se divergências entre as informações prestadas pelos doentes e pelos médicos no que se refere à conduta medicamentosa, bem como entre a sensação de controle da doença por parte do doente e a presença de sintomas regulares. Os dados obtidos apontam para problemas relevantes no processo de esclarecimento do doente sobre sua doença e respectivo manejo bem como para a distância entre a conduta terapêutica reconhecidamente adequada e a realizada.

ABSTRACT

The author describes and discusses the current state of knowledge, attitudes and behaviour related to asthma and to chronic obstructive pulmonary disease (COPD) based up on findings in several different recently published surveys. The results suggest that from both a patients perspective and from that of their family, and their health care professional we are falling far short (<10%) of the goals for long term asthma and COPD management. The studies indicate a discrepancy between patients' and physicians' views regarding prescriptions, and patients' perception of how well their disease is controlled often bears little relationship to its actual control. The results also suggest that there is a need for better education and for narrowing the gap between a basic prescription and provision of medication that reduces morbidity and use of health service resources

Palavras-chaves: inquéritos sobre tratamento atual da asma e da DPOC.

Key-words: surveys on asthma and COPD treatment.

Introdução

As doenças respiratórias crônicas têm lugar de destaque no pódio das causas de doença e de morte em todo o mundo⁽¹⁾. A asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são dois sérios problemas de Saúde Pública na maior parte do mundo. Comprometem a vida de elevada proporção da população; são causa freqüente de sofrimento e de altos custos financeiros e sociais. O

impacto econômico do binômio asma - DPOC sobre o indivíduo, sua família e a sociedade é enorme e vem aumentando em relação direta com o envelhecimento da população, envolvendo custos médicos e não-médicos. Os primeiros são representados pelos valores monetários dos recursos de saúde devotados ao diagnóstico, ao tratamento e aos cuidados de seguimento. Os custos não-médicos refletem as conseqüências monetárias decor-

*Médico do Centro de Referência Prof. Helio Fraga, MS

Agradecimento: Agradeço à Maria Beatriz Campos pela revisão gramatical deste texto..

Artigo recebido para publicação no dia 12/10/2001 e aceito no dia 12/11/2001, após revisão.

rentes das perdas associadas com a invalidez, com a ausência da aula/trabalho, com a mortalidade prematura, com os benefícios e outras. Quando comparados os custos das duas doenças, as despesas médicas *per capita* anuais com a DPOC são 3 a 4 vezes maiores do que com a asma. Quando focada apenas a DPOC, os custos não-médicos são muito superiores aos médicos. Em ambas as situações, a maior parte dos custos está ligada a uma fração pequena dos doentes e são, principalmente, consequência das exacerbações e das hospitalizações.

Há diferentes definições de "asma controlada". Segundo a óptica médica, transcrita na maior parte dos Consensos, a asma está controlada quando:

- 1-os sintomas crônicos são mínimos (ou ausentes);
- 2-as crises são mínimas (ou inexistentes);
- 3-não há necessidade de procurar os Serviços de Emergência;
- 4-há necessidade mínima de medicação de alívio;
- 5-não há limitação das atividades do cotidiano, incluindo o exercício;
- 6-a variação circadiana do calibre brônquico não supera os 20%;
- 7-os efeitos adversos da medicação são mínimos (ou ausentes).

Sob o prisma do asmático, talvez a definição de asma controlada fosse "quando ela não interfere com a minha vida e me deixa fazer o que eu gostaria de fazer". Ou, quem sabe, fosse menos ambiciosa, refletindo a aceitação da limitação imposta pela doença como um "pacote" indissociável.

Se definir o controle de uma doença como a asma não é apenas complexo como pode ser visto sob múltiplas perspectivas. Muito mais difícil é atingir o controle. Citações sobre o paradoxo do binômio "desenvolvimento de medicamentos cada vez mais efetivos/aumento da morbidade, da gravidade e da mortalidade" são comuns na literatura especializada. Certamente, algo está errado se o desenvolvimento de tratamentos efetivos não é acompanhado pela redução do problema. Duas hipóteses podem ser imaginadas para explicar tal "paradoxo":

- 1-os remédios não são efetivos;
- 2-os doentes não estão usando esses remédios.

A primeira hipótese é facilmente descartada pelos inúmeros ensaios terapêuticos controlados.

A segunda, abre um leque de possibilidades que poderiam justificá-la. Entre elas:

- 1-esses medicamentos não estão sendo prescritos;
- 2-eles são prescritos, porém as recomendações médicas não são seguidas;
- 3- apenas remédios, mesmo que efetivos, não bastam para controlar uma doença como a asma.

A DPOC, por sua vez, é causa de desânimo entre parcela significativa dos profissionais de saúde. Doença contra a qual pouco de efetivo pode ser oferecido, tem como único real obstáculo a sua prevenção. Uma vez instalada, pouco se pode fazer para evitar sua progressão.

Tanto a asma como a DPOC motivam inúmeras reuniões científicas e a elaboração de consensos/roteiros diagnósticos e terapêuticos. Entretanto, essas ações não parecem alterar o impacto que essas doenças causam sobre seus portadores e familiares. Se o exposto acima pode ser visto como uma visão pessimista por parte de um médico, como as ações médicas sobre essas doenças são vistas pelos doentes? Neste artigo, são apresentados alguns dados obtidos em inquéritos entre asmáticos, portadores de DPOC e médicos. Apesar de a maior parte deles ter sido realizada nos EUA e na Europa, onde a situação difere em maior ou em menor grau da nossa realidade, eles apontam para conclusões importantes que deveriam modular nossa conduta profissional. Finalmente, alguns dados sobre prescrição e venda de remédios em nosso meio são apresentados e discutidos sob a óptica de nossa conduta terapêutica.

Material

Nesse artigo, serão apresentados e discutidos alguns estudos recentes sobre a perspectiva pela qual a asma, a DPOC e seus respectivos manejos são vistos por seus portadores e por médicos. Dois deles refletem a situação da asma nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa; um aborda o manejo da asma em nosso meio sob a perspectiva médica e o outro sob a óptica do doente. O último avalia o manejo da DPOC nos EUA. Como os dois realizados em nosso país já foram objeto de publicação anterior, seus resultados serão apresentados de forma sintética e confrontados com dados sobre a prescrição médica e de vendas de remédios no varejo.

Asthma in America (AIA)

Inquérito realizado nos EUA, de maio a julho de 1998, com o objetivo de estimar como a asma

era vista e tratada naquele país. Nele, foram entrevistados 2.509 asmáticos adultos e pais de crianças asmáticas, 1 mil adultos não asmáticos (controle) e 512 médicos responsáveis pelo tratamento ambulatorial de asmáticos. Segundo a amostra estudada, representativa da população de asmáticos daquele país, a asma é um problema freqüente nos EEUU. Dentre os entrevistados:

- 6,7% tinham asma em atividade;
- 5,8% tiveram asma no passado;
- 35,1% tinham asmáticos na família;
- 29,4% tinham amigos/colegas de trabalho asmáticos.

Tratar um asmático deve ser visto como mais do que medicá-lo. A asma é uma doença que interfere com o cotidiano do indivíduo, que limita a sua vida, que é modulada por fatores externos (ambientais e emocionais). O tratamento adequado da asma deve prever mais do que um esquema medicamentoso efetivo; deve incluir mudanças comportamentais e no estilo de vida. Segundo o *National Institute of Health (NIH)*, os objetivos a serem alcançados com o tratamento da asma são:

- 1-não faltar ao trabalho ou à escola por causa da asma;
- 2-não ter distúrbios do sono;
- 3-manter níveis normais de atividade;
- 4-não haver necessidade (ou mínima) de idas ao Pronto-Socorro/hospitalização;
- 5-ter função respiratória normal ou quase normal.

No quadro 1, podem ser vistas as distâncias entre as metas e o alcançado nos EEUU, segundo esse estudo.

Uma doença com as características da asma modula o estilo de vida de seus portadores. A medida do impacto da asma limitando o cotidiano do doente pode ser observada na figura 1.

Foi observada discrepância significativa entre a perspectiva médica e a do asmático sobre a gravidade da asma (Tabela 1). Os critérios de gravidade, usados pelo NIH, são parecidos com os usados no programa de asma da Organização Mundial da Saúde, o *Global Initiative for Asthma (GINA)*, e na maior parte dos Consensos, incluindo o brasileiro, e levam em consideração a freqüência e a intensidade dos sintomas, a presença de sintomas noturnos e a função pulmonar. Pode-se observar que os critérios de gravidade do NIH classificam como persistentes cerca da metade dos asmáticos e como graves cerca de 10% dos

que se consideravam assintomáticos. É possível que isso reflita a aceitação dos sintomas como normais, dado que se é asmático, ou mesmo problemas na percepção dos sintomas.

Cerca de 60% dos asmáticos/pais dos asmáticos entrevistados reconheciam a inflamação das vias aéreas como a alteração básica da asma. No entanto, apenas 34% acreditavam que essa condição era tratável e 50% achavam que apenas os sintomas eram controláveis.

Quando inquiridos, a maior parte dos médicos informou prescrever corticosteróides inalatórios para os asmáticos com formas persistentes (75% para os leves e 86% para os moderados). Entretanto, quando se perguntou aos asmáticos sobre o que lhes era prescrito, os números foram diferentes (Figura 2), indicando subutilização do corticosteróide. De modo semelhante, quando se procurou avaliar a prática do manejo da asma (instruções para os momentos de crise, uso do medidor do pico de fluxo expiratório (PFE), medidas da função pulmonar, demonstração de uso dos nebulímetros e consultas seriadas), houve divergência entre as informações prestadas pelos médicos e pelos pacientes (Figura 3). Segundo as informações prestadas pelos asmáticos/pais de asmáticos, a freqüência com a qual práticas fundamentais eram feitas era inferior à relatada pelos médicos.

Asthma insights & reality in Europe (AIRE)

Com o objetivo de avaliar o grau do conhecimento dos asmáticos sobre sua doença, bem como suas atitudes e comportamentos com relação à asma, foi realizado um inquérito telefônico envolvendo 73.880 domicílios selecionados randomizadamente em sete países europeus (Tabela 2), durante os meses de fevereiro e abril de 1999. O desenho do estudo previu uma amostra probabilística em cada um dos países e no conjunto, fazendo com que os dados obtidos refletissem cada país individualmente e a Europa (se considerada como o conjunto dos sete países). Através do questionário padronizado utilizado nas entrevistas, foram identificados 3.488 adultos com asma ou pais de crianças asmáticas. Destes, 2.803 completaram a entrevista prevista. Segundo esse inquérito, a prevalência global de asma diagnosticada por médico nos países avaliados foi de 8,6%. A prevalência de asma em atividade foi 6,3% e variou significativamente entre os países estudados, indo de 2,5% na Alemanha a 15,2% no Reino Unido.

Quadro 1 - *Asthma in America, 1998* : distância entre o desejado e o alcançado.

Esperado	Alcançado
Não faltar à escola ou ao trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> • 49% das crianças asmáticas faltaram à escola por causa da asma no ano anterior; • 25% dos adultos asmáticos faltaram ao trabalho por causa da asma no ano anterior.
Sem distúrbios do sono.	<ul style="list-style-type: none"> • 30% acordavam à noite por problemas respiratórios pelo menos uma vez por semana.
Níveis normais de atividade física.	<ul style="list-style-type: none"> • 48% - asma limitava sua participação em esportes / recreação; • 36% - limitação da atividade física normal; • 25% - interferia com atividades sociais.
Necessidade mínima de idas aos Serviços de Emergência / hospitalizações.	<ul style="list-style-type: none"> • 32% das crianças e 19% dos adultos tinham ido ao Pronto-Socorro por crise de asma no ano anterior; • 55% das crianças e 36% dos adultos tiveram consultas ambulatoriais não agendadas no ano anterior; • 12% das crianças e 12% dos adultos tinham sido hospitalizados por asma no ano anterior.
Função pulmonar normal ou quase normal.	<ul style="list-style-type: none"> • 35% tinham feito uma prova de função pulmonar no ano anterior; • 28% tinham um medidor de PFE; • 9% usavam seu medidor de PFE pelo menos uma vez por semana.

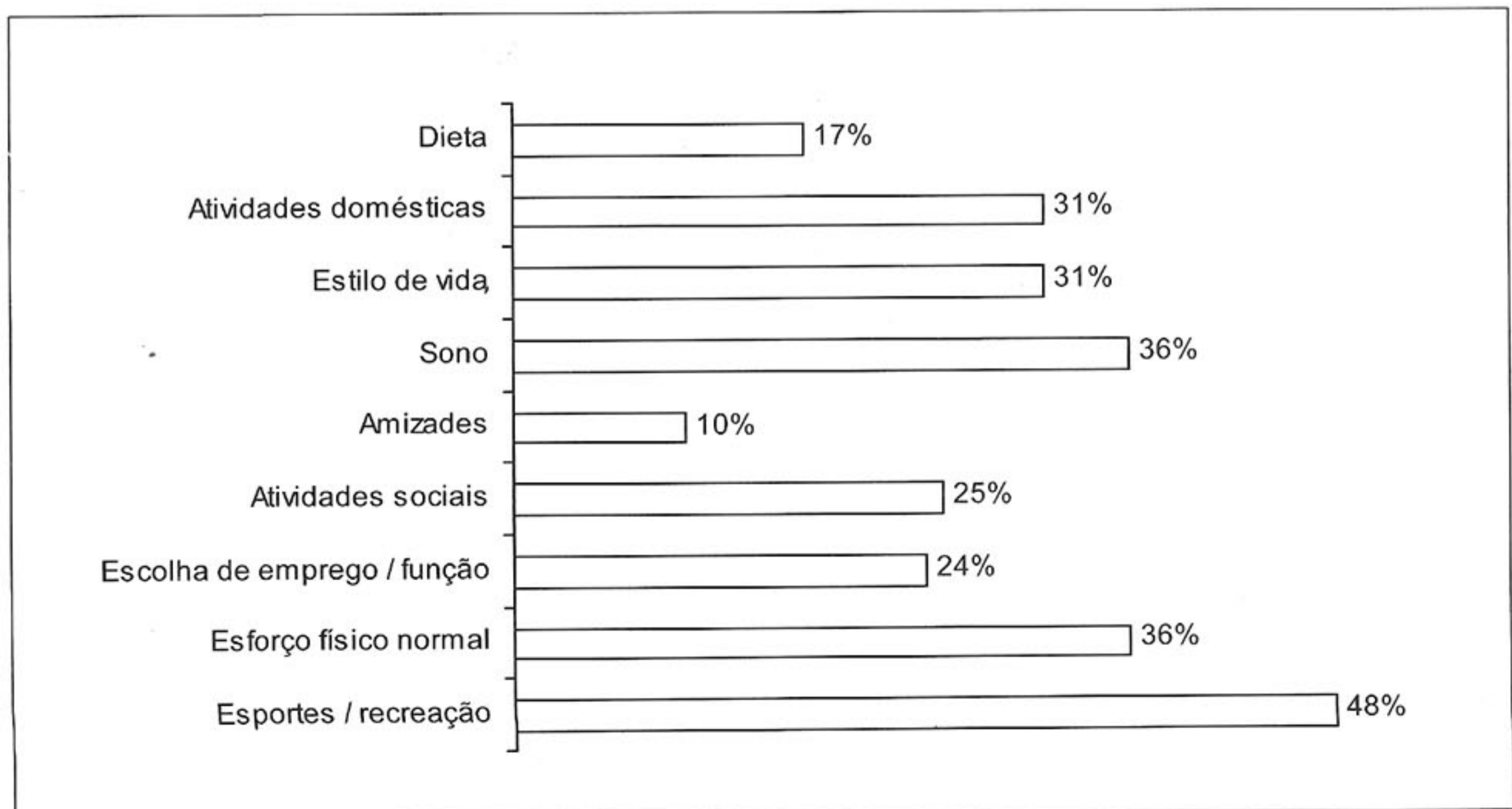
Figura 1 - *Asthma in America, 1998* : Grau de limitação das atividades provocado pela asma sob a ótica do asmático.

Tabela 1 - Asthma in America, 1998: Classificação da gravidade segundo os sintomas vs auto-classificação da gravidade pelo asmático.

Auto-classificação da gravidade dos sintomas	Total	Índice de Gravidade - NIH			
		Persistente grave	Persistente moderada	Persistente leve	Intermitente leve
Sem sintomas	25,1%	4,8%	10,4%	13,1%	48,6%
Sintomas leves	45,2%	31,9%	47,2%	60,1%	42,3%
Sintomas moderados	22,9%	41,3%	36,3%	22,1%	8,1%
Sintomas graves	6,6%	21,9%	5,8%	4,5%	0,8%
Sem certeza	0,2%	0%	0,2%	0,2%	0,3%

Figura 2 - Asthma in America, 1998 : Uso de corticosteróides inaláveis e de medicação de alívio segundo a classificação de gravidade (NIH) – Informações dos asmáticos.

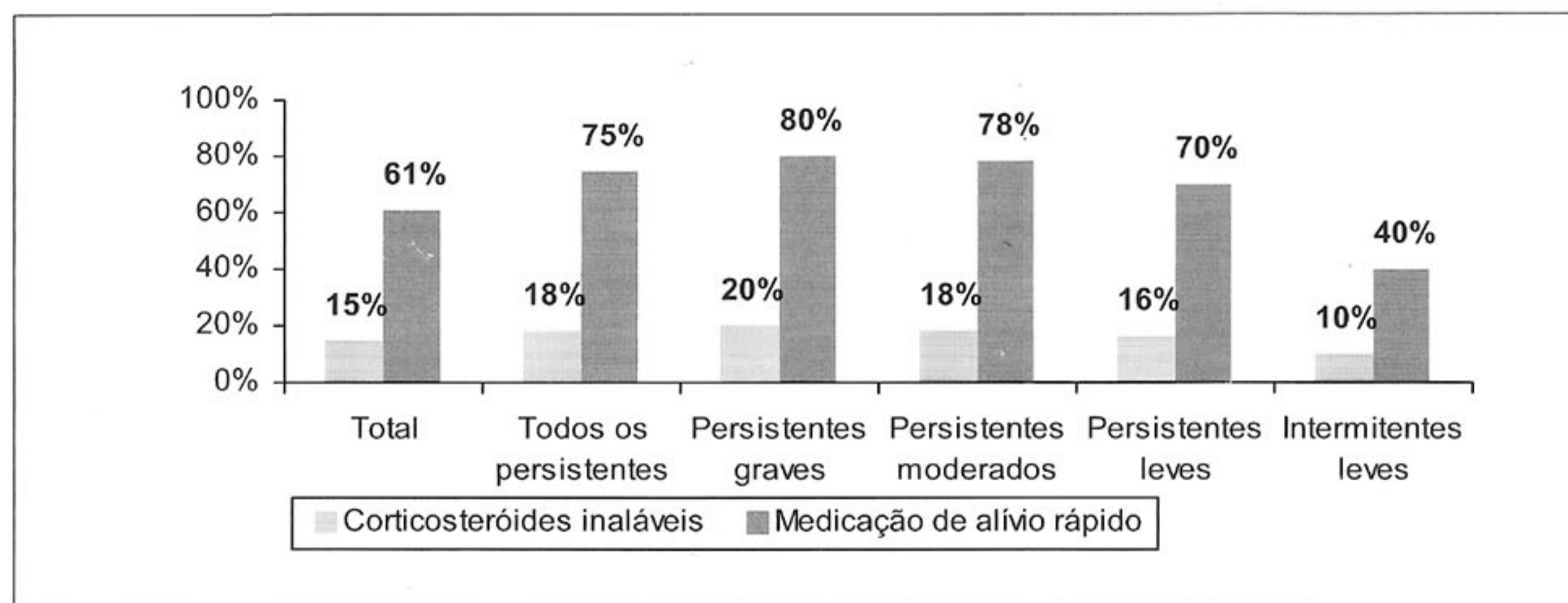


Figura 3 - Asthma in America, 1998 : Comunicação médico-paciente : manejo da asma. Duas perspectivas : pacientes e médicos.

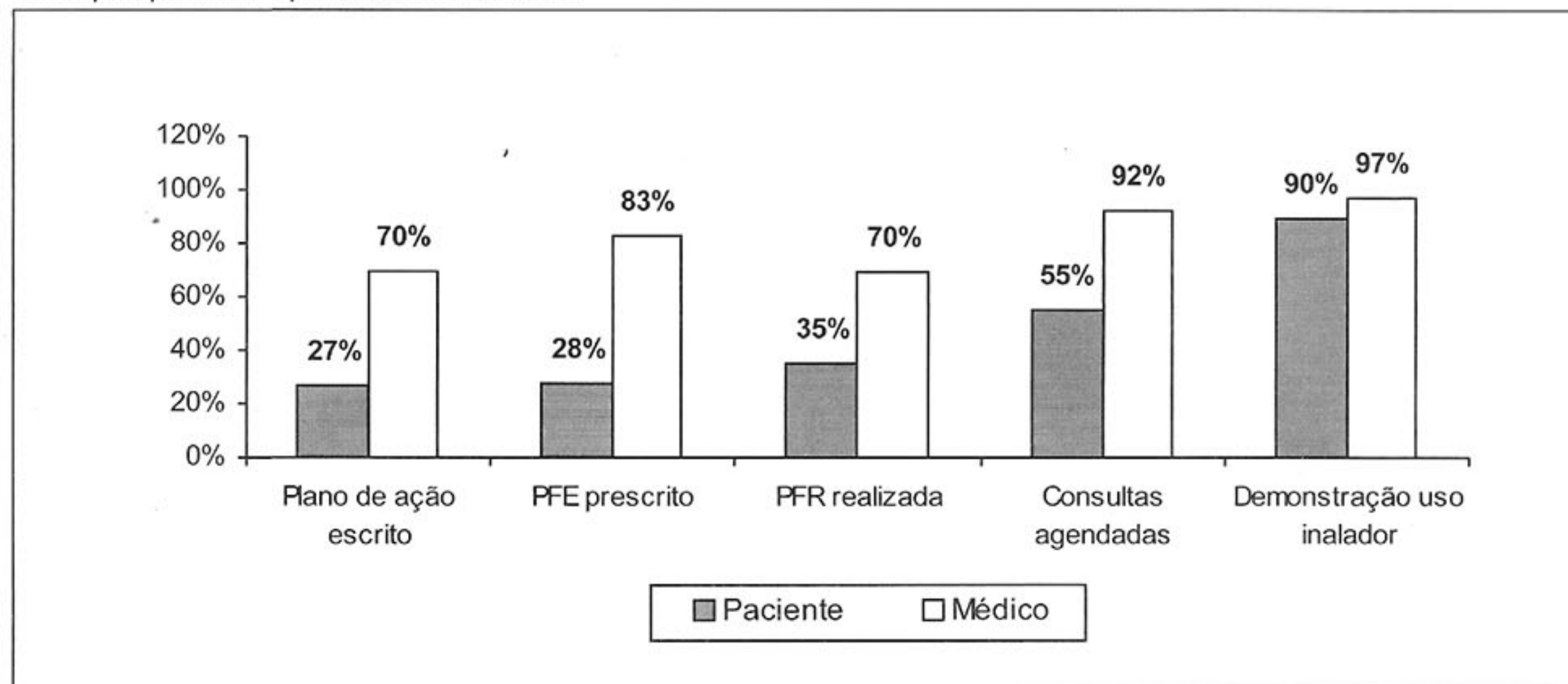


Tabela 2 - *Estudo AIRE* - Países avaliados, número de domicílios amostrados e de asmáticos / pais de asmáticos entrevistados. 1999.

País	Nº domicílios Amostrados	Nº entrevistas completas
Reino Unido	3.446	400
França	8.537	402
Alemanha	21.823	400
Holanda	9.429	400
Itália	11.688	400
Suécia	6.628	400
Espanha	12.329	401
Total	73.880	2.803

Se considerados os objetivos do tratamento listados no GINA, pode-se notar que ainda há um longo caminho a percorrer naqueles países (Quadro 2).

Os dados coletados, que serão apresentados a seguir, indicam que diferentes fatores podem justificar a distância entre as metas e a situação real:

- 1-muitos asmáticos desconheciam a alteração básica inerente a sua doença;
- 2-mais que a metade acreditava que apenas os sintomas poderiam ser tratados, não a alteração fundamental;
- 3-proporção reduzida dos asmáticos faziam uso de corticoterapia inalatória;
- 4-os asmáticos tendem a subestimar a gravidade de seus sintomas e a superestimar sua capacidade de controle;
- 5-quase a metade dos asmáticos, cujos sintomas indicavam um padrão grave e persistente, diziam sentir-se bem e que sua asma estava bem controlada;
- 6-nem os asmáticos, nem seus médicos, monitoravam seu estado ou seu tratamento adequadamente. Apenas:
 - a)1/3 dos entrevistados informou ter feito uma prova de função respiratória no ano anterior;
 - b)28% tinham um medidor de PFE;
 - c)8% usavam um medidor de PFE uma vez por semana;
 - d)21% haviam recebido orientações por escrito sobre como proceder em caso de agudização dos sintomas.

Apesar da grande distância entre o desejado e o encontrado, provavelmente, esses indicadores eram ainda piores no passado recente, dado que os adultos asmáticos relataram que sua asma havia melhorado por ocasião do estudo. As razões pelas quais acreditavam nesse progresso podem ser vistas na tabela 3. Vale a pena ressaltar que o desenvolvimento de melhores remédios foi a razão mais frequentemente apontada.

Ao mesmo tempo em que creditavam sua melhora a melhores remédios, apenas 23% dos asmáticos relataram usar corticosteróides inalatórios regularmente, nas últimas quatro semanas (Reino Unido e Alemanha – 26%; Holanda – 24%; França e Espanha – 15%; Itália – 13%). Quando o uso regular da corticoterapia inalatória foi avaliado segundo a gravidade da asma, observou-se que 27% dos portadores de formas persistentes o faziam (26% dos graves e moderadas e 30% dos asmáticos leves). A maior parte (60%) disse usar apenas a medicação prescrita que lhes trazia alívio imediato dos sintomas asmáticos.

É interessante notar que mesmo achando que estavam melhor da asma atualmente, cerca de metade dos entrevistados referiram sintomas da asma no mês anterior (Figura 4).

A presença de sintomas asmáticos perturbando o sono costuma ser considerada como um indicador de deficiência no controle da doença. Esse indicador variou entre 21% na Suécia e 35% na Alemanha e na Itália. Nesse estudo, a frequência de sintomas, tanto noturnos como dependentes do exercício ou diários, nas últimas quatro semanas,

Quadro 2 - Estudo AIRE - Objetivos do tratamento da asma (GINA): distância entre o esperado e o alcançado⁽²⁾.

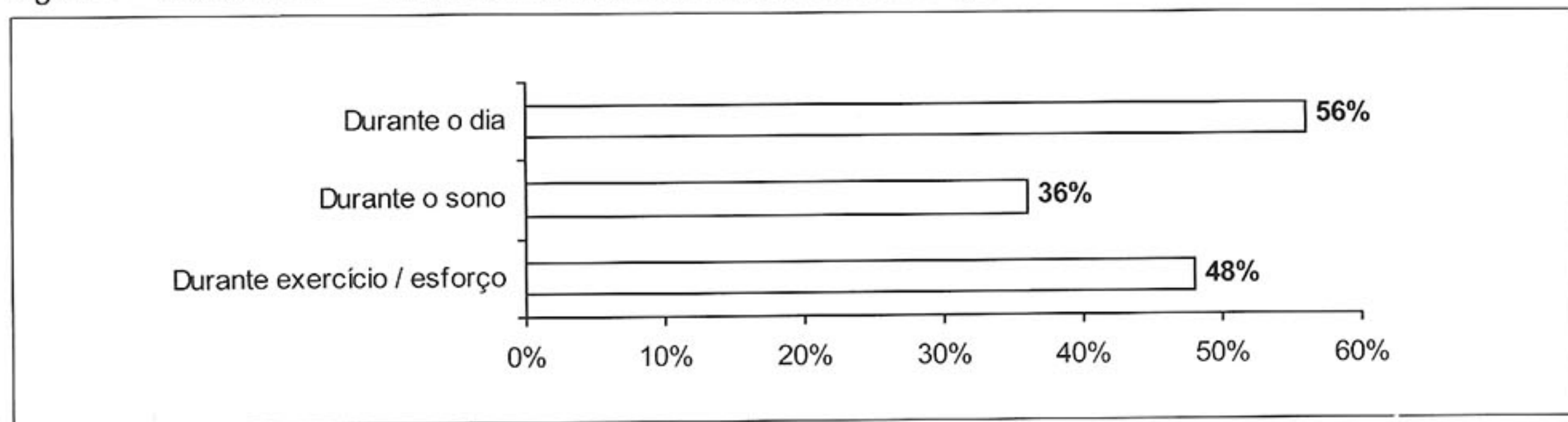
Objetivos do tratamento (GINA)	Achados no inquérito AIRE	% Sintomas	
		Crianças	Adultos
Sintomas crônicos mínimos (ou ausentes), incluindo sintomas noturnos.	Sintomas diurnos uma vez/ semana	38,2	50,1
	Distúrbios do sono \geq 1 vez / semana	28,0	30,5
Crises mínimas (ou infreqüentes).	Episódios de tosse, sibilos, opressão torácica ou dispnéia no último mês	51,5	57,2
Sem idas aos Serviços de Emergência.	Consultas médicas de emergência durante o ano anterior.	36,0	27,9
	Idas ao Pronto-Socorro no ano anterior.	18,0	11,0
Necessidade mínima de medicação de alívio.	Uso de β_2 SOS durante o mês anterior.	61,0	63,6
Sem limitação das atividades do cotidiano, incluindo o exercício.	Limitação de atividades		
	Esportes	29,5	47,1
	Atividade física normal	19,1	37,9
	Escolha de emprego / função		23,0
	Atividades sociais	13,8	25,5
	Sono	31,2	36,2
	Estilo de vida	18,6	33,0
	Serviços domésticos	10,9	34,1
Função pulmonar normal ou quase normal (D PFE <20%).	Falta ao trabalho / escola	42,7	17,1
	Nunca fez uma prova de função respiratória.	60,5	45,0

Fonte: Rabe KF et al. ERJ 2000.

Tabela 3 - Estudo AIRE - Razões pelas quais a asma está melhor hoje. (Segundo a opinião do doente).

Razão dada espontaneamente	Total (%) (N = 1.191)
Melhor compreensão da doença.	13
Melhor esclarecido sobre como controlar a doença.	18
Diagnóstico precoce.	4
Melhor tratamento (não medicação).	25
Melhores remédios.	37
Maior adesão às instruções.	7
Menos fumo.	4
Menos poluição.	5
Maior / melhor controle dos alérgenos ambientais / gatilhos.	16
Superando a asma com a idade.	12
Mais exercício.	7
Menos estresse.	2
Melhor estilo de vida.	4
Sistemas de inalação mais fáceis.	7

Figura 4 - Estudo AIRE - Ocorreram sintomas da asma nos últimos quatro meses ?



foi usada como indicador de gravidade, como recomendado no GINA⁽³⁾:

- *Asma grave persistente* – 3 ou mais episódios de sintomas diários e/ou distúrbio do sono todas as noites ou na maior parte das noites.
- *Asma moderada persistente* – sintomas diários, mas menos que 3 vezes por dia e/ou distúrbio do sono pelo menos 2 vezes por semana.
- *Asma leve persistente* – sintomas diários pelo menos 2 vezes por semana e/ou distúrbio do sono pelo menos 2 vezes por mês.
- *Asma leve intermitente* – sintomas diários em frequência menor que na asma leve persistente.

Na tabela 4 pode-se ver a distribuição dos asmáticos entrevistados de acordo com essa classificação.

Entretanto, quando pedido ao asmático que classificasse a gravidade de sua asma nas últimas quatro semanas, de acordo com a intensidade de seus sintomas (graves, moderados, leves e ausentes), a distribuição (Figura 5) fica diferente da observada na tabela 4.

De acordo com essa distribuição, mais da metade dos entrevistados referia sintomas regulares da asma. Na figura 6, pode-se avaliar a percepção do asmático sobre o quão controlada estava sua doença. Pouco mais de três quartos (77%) deles referiram que sua asma estava “bem” ou “com-

Tabela 4 - Estudo AIRE - Classificação de gravidade da asma entre os entrevistados (N= 2.803).

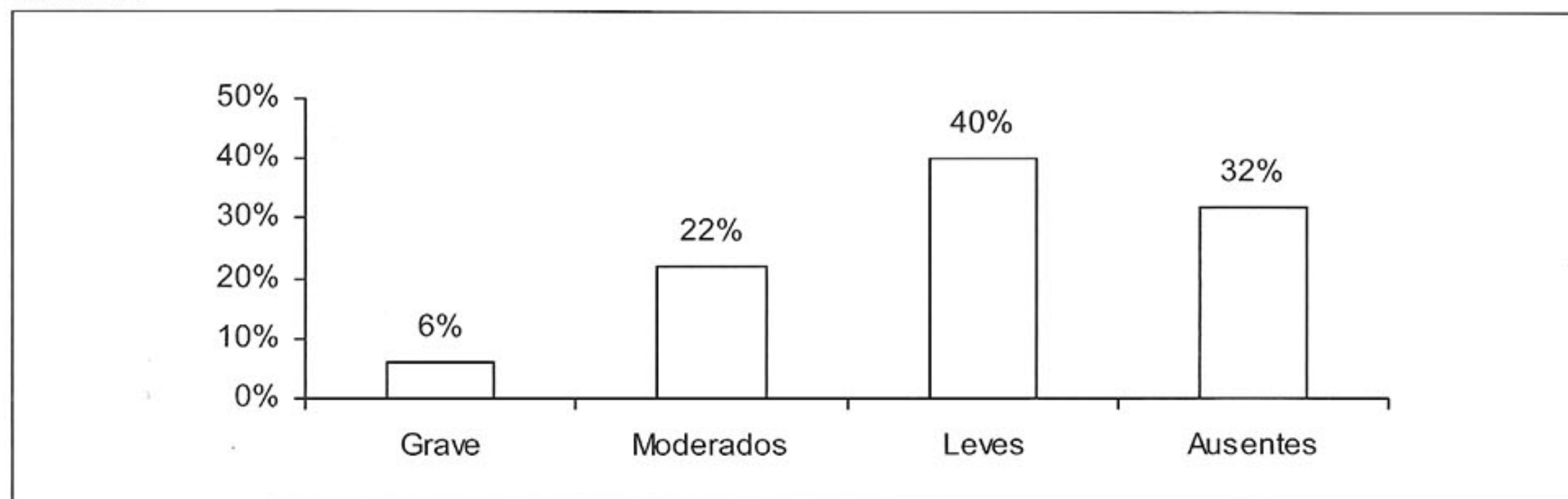
Classificação segundo o GINA	%
Grave persistente	18
Moderada persistente	19
Leve persistente	19
Leve intermitente	44

pletamente controlada”. A menor proporção dos que se achavam controlados ocorreu na Suécia (70%) e a maior na França (85%). Apenas 5% relataram que sua asma estava “mal controlada” ou “descontrolada”. Entretanto, a percepção do asmático sobre o grau de controle da sua asma não correspondia à gravidade / intensidade de seus sintomas asmáticos no mesmo período. Entre aqueles cujos sintomas os classificariam como tendo *asma grave persistente* nas últimas quatro semanas, quase a metade (49%) disse que sua asma estava “completamente”(14%) ou “bem” (35%) controlada no mesmo período. Entre aqueles cujos sintomas indicavam *asma persistente moderada*, mais de dois terços (70%) disseram que sua asma estava “completamente” ou “bem” controlada. Ao mesmo tempo, entre aqueles cuja asma seria classificada como *persistente leve* ou *intermitente leve*, apenas 5% e 2%, respectivamente, referiram que seus sintomas não estavam controlados no mesmo período. Se focadas as taxas de uso de Serviços de Emergência ou de hospitalização no ano anterior, o contraste fica ainda maior.

- 7% (5% na Suécia - 10% na Espanha e na Alemanha) foram hospitalizados por causa da asma;
- 10% (6% na Alemanha e na Holanda – 26% na Espanha) foram uma ou mais vezes ao Pronto-Socorro;
- 25% (13% na Suécia – 37% na Espanha) necessitaram consultas médicas de emergência.

No total, quase um terço (30%) dos asmáticos precisou ser hospitalizado, ir ao Pronto-Socorro ou de uma consulta não agendada no ano anterior. O conjunto de dados acima, ao revelarem essas discrepâncias, indicam que enquanto alguns asmáticos superestimam seu controle sobre a doença outros o subestimam.

Figura 5 - Estudo AIRE - Gravidade dos sintomas asmáticos nas últimas quatro semanas, segundo a percepção do asmático.



Inquérito sobre educação em asma realizado no Rio de Janeiro⁽⁴⁾

Em um inquérito realizado, em 1998, sobre a abordagem educacional praticada na rotina do atendimento médico ambulatorial ao asmático, foram entrevistados, por via postal, 91 asmáticos (9% tinham menos que 10 anos de idade; 14% entre 10 e 20 anos; 64% entre 21 e 50 anos e 13% mais de 50 anos) filiados à Sociedade Brasileira dos Asmáticos. Como os entrevistados não compuseram uma amostra randomizada e casual dos asmáticos do Rio de Janeiro, as conclusões daquele trabalho não podem ser generalizados. Podem, no máximo, ser considerados como pontos importantes para reflexão sobre nossa prática diária. Eles sugerem a possibilidade de que as ações educativas, que são um componente fundamental do tratamento da asma, não vinham sendo executadas com a regularidade e/ou com o enfoque necessários.

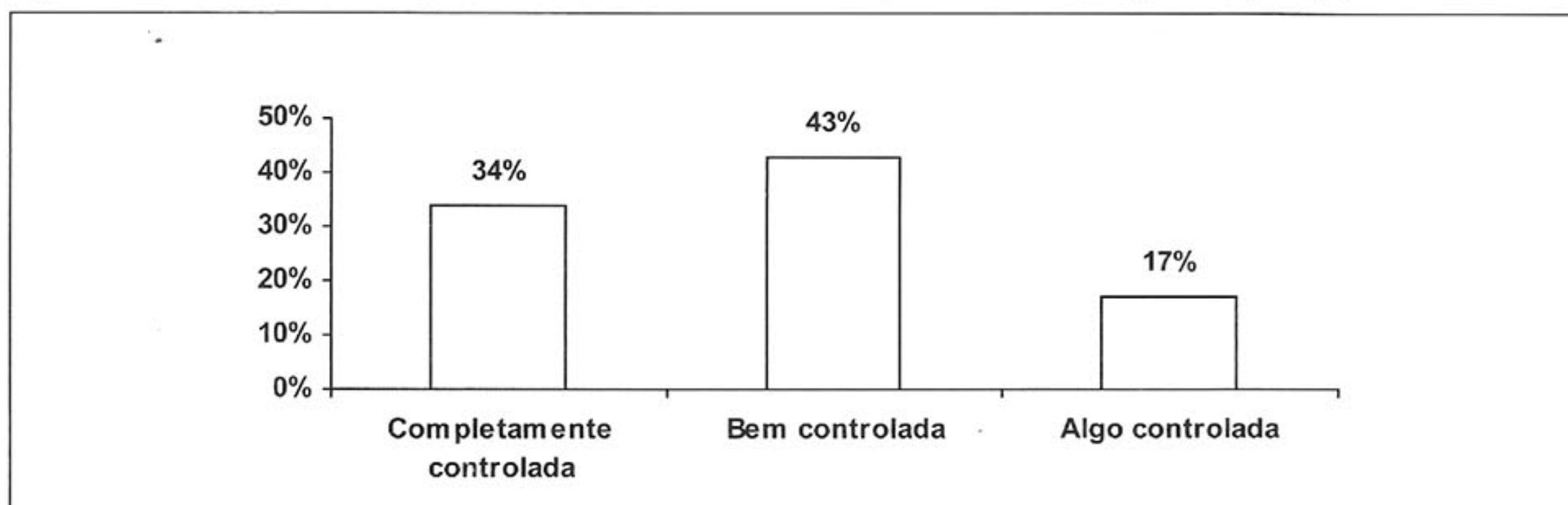
Quando perguntados se o médico assistente lhes explicava sobre a asma e sobre as causas dos sintomas, mais que a metade (58%) respondeu afir-

mativamente; 34% respondeu negativamente. Proporção pequena (8%) deu uma informação que merece atenção: não compreendiam as explicações dadas pelos médicos. Referiram também que, em apenas um terço das vezes, as informações orais eram complementadas com material impresso. Entretanto, ao procurar-se avaliar se o asmático compreendia o que lhe era informado sobre a natureza inflamatória de sua doença, observou-se que esse conceito estava presente em apenas 20% dos respondentes.

Numa doença como a asma, é fundamental que o paciente seja orientado sobre o comportamento adequado em caso de agudizações dos sintomas. Por vezes, essa pode ser a diferença entre viver e morrer. Dessa forma, naquele estudo, procurou-se avaliar se essa orientação era dada pelos médicos e se era compreendida pelos pacientes. Na tabela 5, pode-se ver que esse ponto merece correção.

O conceito de inflamação crônica das vias aéreas é fundamental na argumentação para indu-

Figura 6 - Estudo AIRE - Nível de controle da asma nas últimas quatro semanas, segundo a percepção do asmático.



zir o asmático a usar a medicação preventiva, diariamente, independentemente da presença de sintomas. Corroborando a constatação de que esse conceito não estava presente na maior parte dos asmáticos entrevistados, observou-se mais da metade (53%) dos que responderam ao questionário reportarem não usar medicação diária, fazendo-o apenas na vigência de sintomas agudos da asma.

Explicar sobre o papel dos diferentes remédios usados é um ponto muito importante que deve ser abordado pelo profissional de Saúde frente a qualquer paciente asmático. Deve estar claro para o asmático o papel preventivo dos anti-inflamatórios e o de alívio dos broncodilatadores. No entanto, essa orientação não foi referida por cerca de um terço dos asmáticos entrevistados.

O tratamento do asmático na prática dos Pneumologistas⁽⁵⁾

Um inquérito postal sobre tratamento rotineiro da asma foi realizado, em 1998, entre os Pneumologistas filiados à Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. O corticosteróide inalatório foi apontado como o medicamento mais adequado para o tratamento continuado da asma entre crianças por mais da metade (57,8%) dos 348 Pneumologistas que informaram atender asmáticos. Em segundo lugar, foi apontado o cromoglicato dissódico (12,1%), seguido pelo beta 2 agonista inalatório (8,6%) e pelo cetotifeno (7,5%). Coerentemente, também para o tratamento dos adultos, o corticosteróide inalatório foi o medicamento apontado como o mais indicado para o tratamento continuado da asma (78,2%), seguido pelo beta 2 agonista inalatório de ação prolongada (7,8%) e pelo beta 2 agonista inalatório de ação rápida (5,8%).

Nesse estudo, procurou-se também avaliar a percepção do médico quanto ao seguimento da prescrição por parte de seus pacientes asmáticos.

Tabela 5 – Distribuição percentual das respostas à questão: "Seu médico explica o que fazer quando você passa mal da asma?".

Explica ?	% de respostas
Não explica, só passa receita.	51
Explica, mas eu não entendo e vou ao PS.	10
Explica, mas eu não entendo bem.	27
Sim, explica.	13

Sabidamente, diversos são os fatores envolvidos na obediência total ou parcial à prescrição médica. Particularmente na asma, a cronicidade da doença, os estigmas, os fatores culturais, as características de sua história natural e o custo da medicação são obstáculos significativos à adesão ao tratamento por tempo prolongado. Apenas um terço dos entrevistados acreditavam que suas prescrições fossem seguidas corretamente. Segundo 99% dos entrevistados que responderam ao questionário (492), a razão financeira era a principal causa do não seguimento regular das prescrições médicas. Esse dado vai ao encontro da opinião da maioria de que o poder aquisitivo do paciente modula a prescrição.

Acreditando-se que a importância do papel do esclarecimento ao asmático sobre os mecanismos envolvidos em sua doença e em seu tratamento seja reconhecida por todos os profissionais de Saúde que tratam asmáticos, procurou-se avaliar se os Pneumologistas incluíam o processo educacional do asmático em suas consultas. Todos os entrevistados informaram orientar seus pacientes asmáticos e a maior parte (73%) relatou complementar, ocasionalmente, orientações orais com material impresso.

A prescrição dos Pneumologistas

Regularmente, a indústria farmacêutica avalia as prescrições médicas através de "auditorias". As informações são usadas na definição das estratégias de *marketing* das indústrias farmacêuticas. A análise superficial de alguns dados das auditorias, dos anos de 1997, 1998 e do período de janeiro a maio de 1999, que englobam mais de 13 milhões de prescrições (13.170.890), aponta para alguns indícios interessantes. Na tabela 6, é apresentada a participação que os medicamentos prescritos para o tratamento da asma e da DPOC têm no receituário do Pneumologista. Pode-se notar que os xantínicos ocupam o maior espaço, seguidos dos corticosteróides, dos beta 2 agonistas sistêmicos e dos inaláveis).

A análise dos dados aponta para algumas possíveis conclusões. Cerca de um quarto do receituário dos Pneumologistas é composto por remédios usados no tratamento da asma e da DPOC. É interessante notar que, dentre os medicamentos anti-asmáticos prescritos pelos Pneumologistas, os xantínicos vêm logo após os beta 2 agonistas. Quando esses últimos são separados em inalatórios e orais, os derivados xantínicos passam a ocupar a

Tabela 6 - Distribuição percentual da medicação anti-asmática no receituário de Pneumologistas. Brasil, 1997 a maio de 1999.

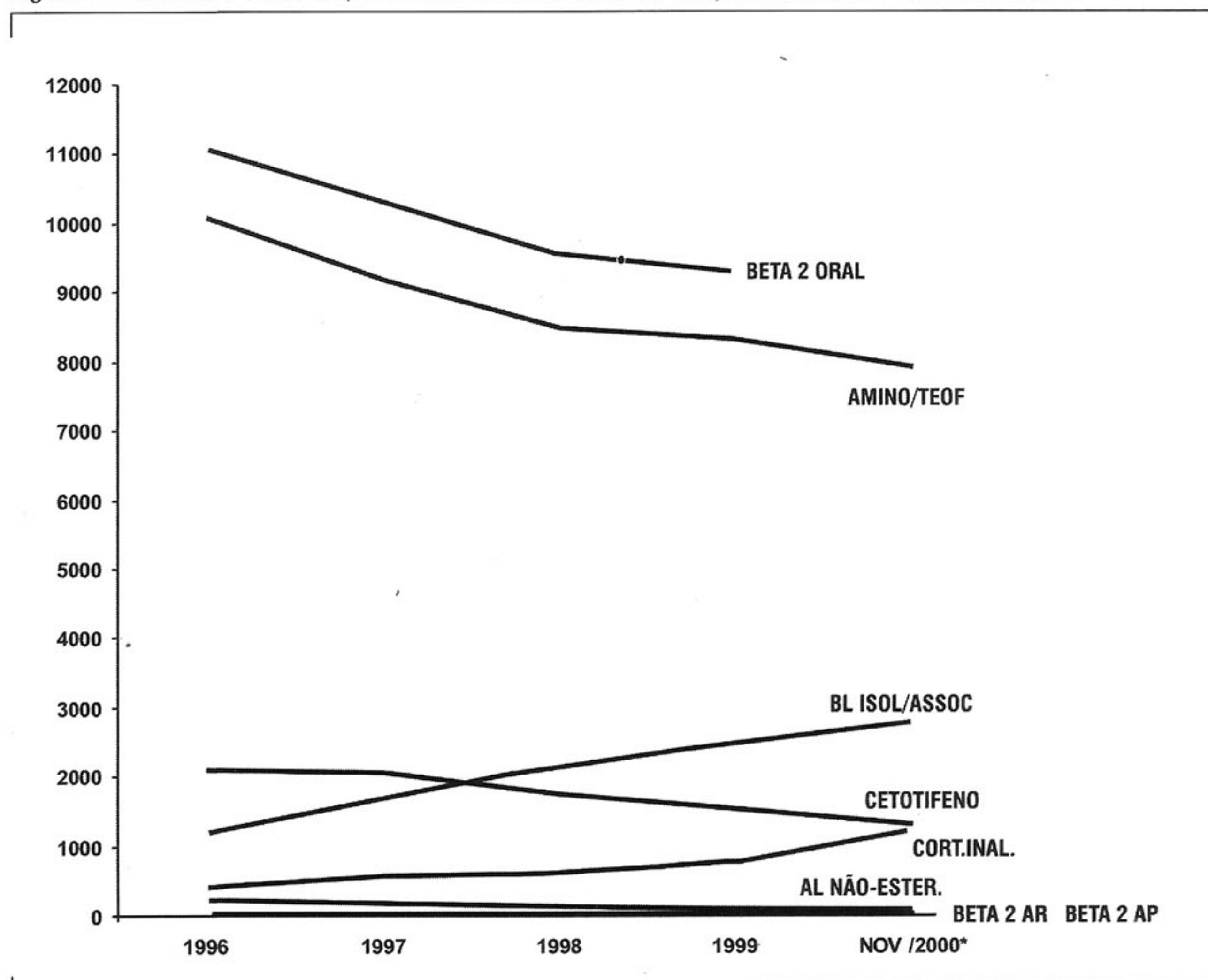
Medicamentos	(%)
Beta 2 agonistas inaláveis	4,21
Beta 2 agonistas sistêmicos	4,33
Xantínicos	5,95
Cromonas + Cetotifeno	1,09
Corticosteróides	4,65
Associação de beta 2 + corticosteróide inalável	0,85
Anticolinérgicos inalatórios	2,86
Antileucotrienos	0,66*
Outros broncodilatadores	0,01

primeira posição. Tal achado vai de encontro às recomendações dos consensos e às respostas obtidas nos inquéritos realizados entre Pneumologistas

sobre o tratamento rotineiro da asma^(4,6). Como os derivados xantínicos são mais baratos, é possível que o fator custo esteja interferindo na opção terapêutica. Outro ponto que merece comentários é o fato de a proporção de beta 2 agonistas inaláveis/sistêmicos prescrita ser quase o dobro da de corticosteróides. Possivelmente, isso reflete subutilização do tratamento antiinflamatório.

Corroborando os dados obtidos através de auditorias do receituário médico, temos os dados de venda de remédios no varejo em nosso país (Figura 7). Nela, estão inseridas as vendas de corticosteróides inalatórios e orais; beta 2 agonistas inalatórios (ação rápida e prolongada) e orais; antiinflamatórios inalatórios não-hormonais (cromoglicato e nedocromil); xantinas (aminofilina, teofilina de ação rápida e de ação prolongada); brometo de ipratrópio isolado ou associado a um beta 2 agonista de ação rápida e do cetotifeno. Esse mercado, que movimenta cifras

Figura 7 - Venda de remédios para o tratamento da asma no varejo. Brasil, 1996 - novembro 2000.



Fonte: IMS

anuais que oscilam entre 146 e 208 bilhões de dólares, representa entre 31 e 45 bilhões de unidades vendidas a cada ano.

Confronting COPD in America (COPDinA)

A DPOC é um importante problema de Saúde Pública nos EEUU. Segundo as estimativas oficiais, baseadas num inquérito realizado em 1998, existem 3 milhões de enfisematosos e 9 milhões de bronquíticos crônicos naquele país⁽⁷⁾. Lá, a DPOC é a quarta causa de morte, tendo sido responsabilizada por mais de 112 mil mortes, em 1988.

Com o objetivo de avaliar o impacto dessa doença naquele país, foi realizado um inquérito randomizado entre 26.880 domicílios norte-americanos, de agosto a novembro de 2.000. Todas as entrevistas foram feitas por telefone e as perguntas visavam, usando critérios rígidos, a identificar portadores de DPOC com 45 anos de idade ou mais. Dessa forma, foram identificados 573 doentes com mais de 45 anos. Foram entrevistados, também, 100 médicos que atuavam em cuidados primários e 103 especialistas respiratórios.

Embora a DPOC seja considerada uma doença do idoso, cerca de 50% dos doentes entrevistados tinham menos que 65 anos e quase um quarto (22%), menos que 55 anos. Ao mesmo tempo, embora a totalidade dos estudos epidemiológicos sobre a DPOC apontem para maior prevalência entre os homens, nesse inquérito a doença foi mais encontrada entre mulheres (60% vs 40%). Cerca de 90% dos identificados como portadores de DPOC (89%) ou de enfisema (92%) eram fumantes ou ex-fumantes. Entre aqueles com diagnóstico anterior de bronquite crônica, 63% tinham história tabágica positiva. Essa proporção foi de 68% entre os bronquíticos crônicos identificados pelo questionário de sintomas. Por outro lado, 18% dos doentes identificados disseram nunca haver fumado. Proporções equivalentes de doentes informaram ter DPOC (28%), enfisema, mas não DPOC (32%) e bronquite crônica, mas não enfisema ou DPOC (28%). Além disso, 11% preenchiam os critérios para a doença, mas nunca havia sido diagnosticados. Ou seja, há uma proporção significativa de pessoas sintomáticas, porém não diagnosticadas na população, o que nos remete a rever a adequação das ações do sistema de saúde em voga.

Esse estudo indicou uma provável associação familiar na DPOC. Metade das pessoas com o diagnóstico de DPOC reportou que parentes próximos, não residentes no mesmo domicílio, tinham DPOC, enfisema ou bronquite crônica. Do mesmo modo, 42% dos identificados como enfisematosos, e proporção equivalente dos identificados como bronquíticos crônicos, tinham história familiar de DPOC. Não está claro, entretanto, se essa associação familiar está relacionada a fatores genéticos, ambientais, ou ambos.

O impacto da doença sobre o indivíduo pode ser medido de diferentes modos. Nesse estudo, procurou-se avaliar:

Freqüência e gravidade dos sintomas

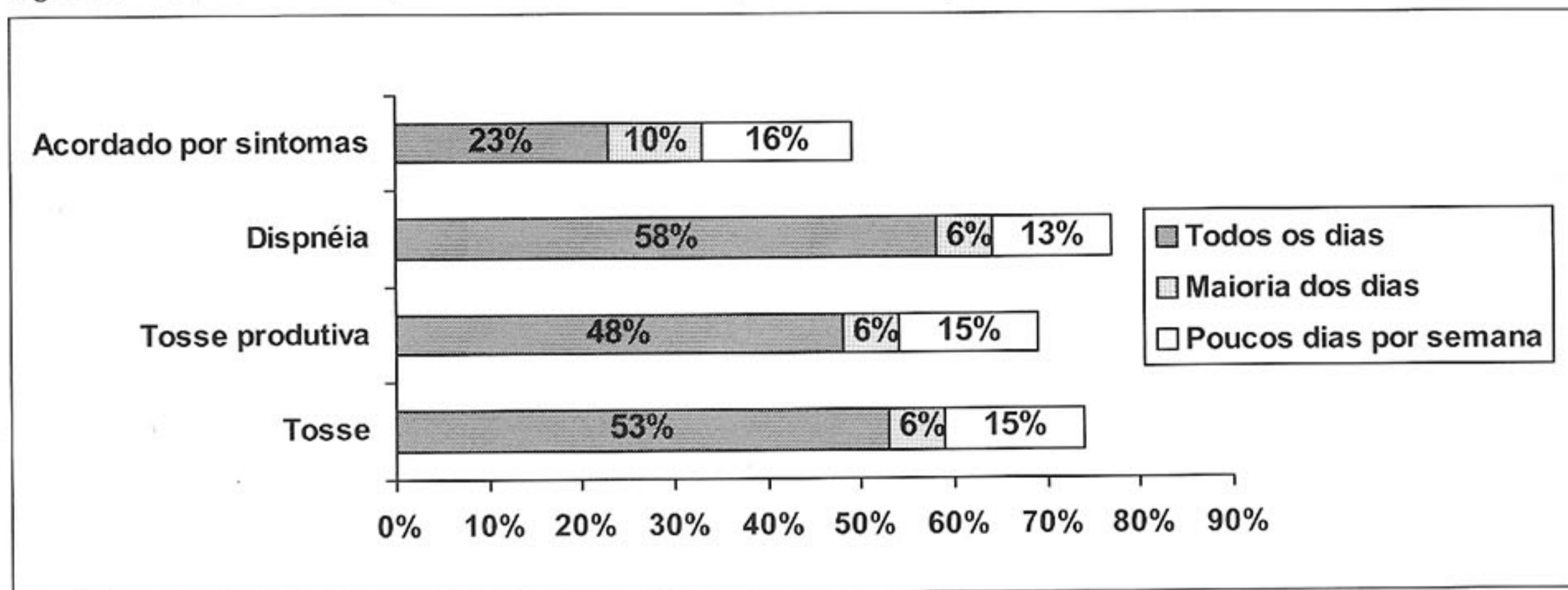
Embora os sintomas da DPOC tenham características crônicas e progressivas, a gravidade deles pode variar ao longo do tempo. Nesse estudo, foi perguntado aos doentes sobre a freqüência dos seguintes sintomas durante o pior trimestre no ano anterior:

- 1-acordar por causa da tosse e/ou sibilos e/ou dispnéia;
- 2-dispnéia;
- 3-tosse produtiva;
- 4-tosse.

Na figura 8 pode-se notar que esses sintomas estavam presentes quase que diariamente no cotidiano dos doentes. A figura 9 revela que a maioria (90%) referiu ter um ou mais sintomas todos os dias ou na maior parte dos dias, durante o pior trimestre do ano anterior. Surpreendentemente, proporção equivalente daqueles indivíduos que não haviam sido diagnosticados antes do inquérito também relatou um ou mais dos sintomas investigados todos os dias ou na maior parte dos dias.

Indiscutivelmente, a DPOC piora na medida em que o indivíduo envelhece. Se utilizada a oxigenioterapia domiciliar como indicador de gravidade da DPOC, ela aumentou de 8%, entre os com 45-54 anos de idade, para 33%, entre os com 75 anos ou mais. Por outro lado, os doentes mais jovens referiram sintomas mais graves e mais freqüentes que os mais velhos. Pode ser que essa contradição resulte do fato de que os mais jovens estão mais atentos e valorizam mais os seus sintomas, enquanto os mais velhos tiveram mais tempo para ir se acostumando e aceitando a sintomatologia, o que pode levá-los a subvalorizá-la.

Figura 8 - COPDinA - Frequência dos sintomas em portadores de DPOC.



Impacto da dispnéia nas atividades

A figura 10 demonstra o peso da dispnéia como fator limitante no cotidiano dos doentes. Na figura 11, mostra-se o que aconteceu quando foi solicitado aos doentes que categorizassem sua dispnéia segundo a escala de 5 pontos do Conselho Médico de Pesquisa (CMP)⁽⁹⁾.

É interessante notar que, apesar do nível elevado de comprometimento funcional, menos que um quarto (23%) dos doentes descreveram sua condição como "grave", 38% como "moderada" e 34% como "leve". O contraste entre a classificação médica da gravidade da doença e a percepção desse grau pelo doente deve ser ressaltado. Surpreendentemente, 36% dos portadores do mais alto grau de dispnéia descreveram sua condição como "leve" ou "moderada". É possível que a disparidade entre a percepção do doente sobre a gravidade de seu problema e o grau de comprometimento medido pela escala do CMP (Figura 12) decorra da aceitação da limitação como parte

indissociável de seu problema e conseqüente à evolução arrastada e progressiva da sintomatologia.

Os dados obtidos deixam claro que um problema central no manejo da DPOC é a tendência, pelos doentes, de subestimarem o grau de controle dos sintomas. Os dados de "auto-percepção" não acompanharam medidas objetivas da gravidade da doença. Cerca de 25% dos doentes com o mais alto grau de dispnéia diziam que sua doença estava "completamente controlada" ou "bem controlada", no ano anterior, de modo semelhante a 27% dos doentes no penúltimo grau da escala. Mais ainda, dentre os doentes que relataram que sua doença estava "completamente" ou "bem" controlada durante o ano anterior.

- 42% disseram que, no trimestre em que estiveram pior, tiveram dispnéia todos os dias;
- 24% relataram que sua doença limitava muito o esforço físico normal;
- 28% tinham dispnéia ao se banhar ou ao se vestir;

Figura 9 - COPDinA - Número dos sintomas em portadores de DPOC.

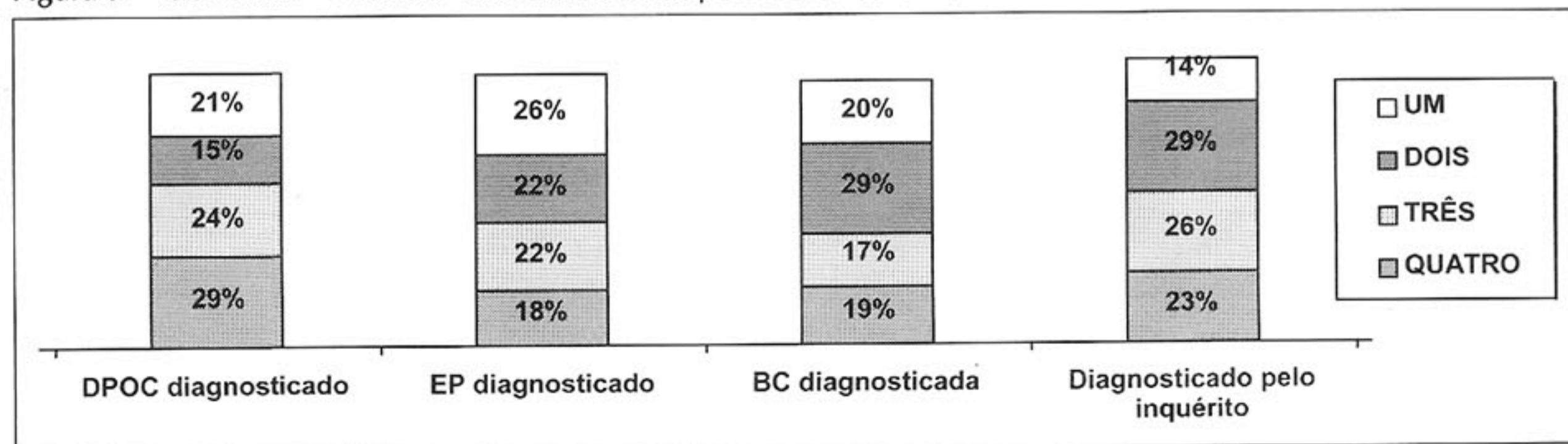
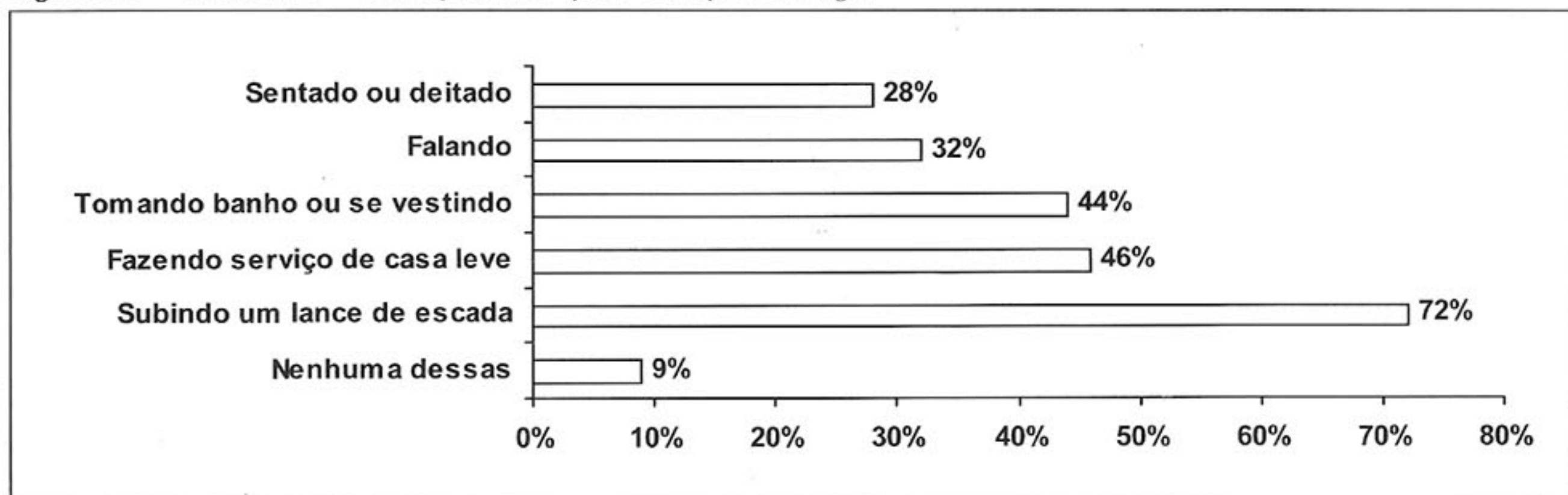


Figura 10 - COPDinA - Situações nas quais a dispnéia surge.



- 29% tinham dispnéia fazendo serviço doméstico leve.

A maior parte dos doentes considerou-se limitada pela DPOC (Figura 13). Pouco mais que a metade (51%) disseram que a doença limitava seu trabalho (34% muito e 17% pouco limitados).

Necessidade de serviços médico-hospitalares

A DPOC é causa freqüente de consulta médica. Cerca de um quarto (24%) dos entrevistados procurava seu médico pelo menos uma vez por mês e proporção equivalente (26%) precisou de atendimento não agendado. Quase um em cada cinco dos entrevistados (19%) teve que ir ao Pronto-Socorro e 14% haviam sido hospitalizados por causa da DPOC no ano anterior. É interessante notar que, do mesmo modo que os mais jovens referiram sintomas mais graves e mais freqüentes

que os mais velhos, eles também utilizavam mais os Serviços de Saúde (dentre os da faixa etária compreendida entre 45-54 anos, 27% tinham ido ao Pronto-Socorro e 32% tiveram consultas não agendadas).

Impacto psicossocial

O impacto da DPOC sobre o indivíduo é impressionante. A Figura 14 dá uma dimensão da doença que faz com que cerca de um quarto (23%) de seus portadores considerem-se inválidos por causa de seus problemas respiratórios. Proporções elevadas de doentes têm medo de ter uma exacerbação de seus sintomas fora de casa, têm dificuldade de fazer planos, entram em pânico quando não conseguem respirar adequadamente, ficam embaraçados em público por causa de sua tosse. Para a maior parte deles, o futuro será ainda

Figura 11 - COPDinA - Classificação da dispnéia de acordo com a escala do CMP.

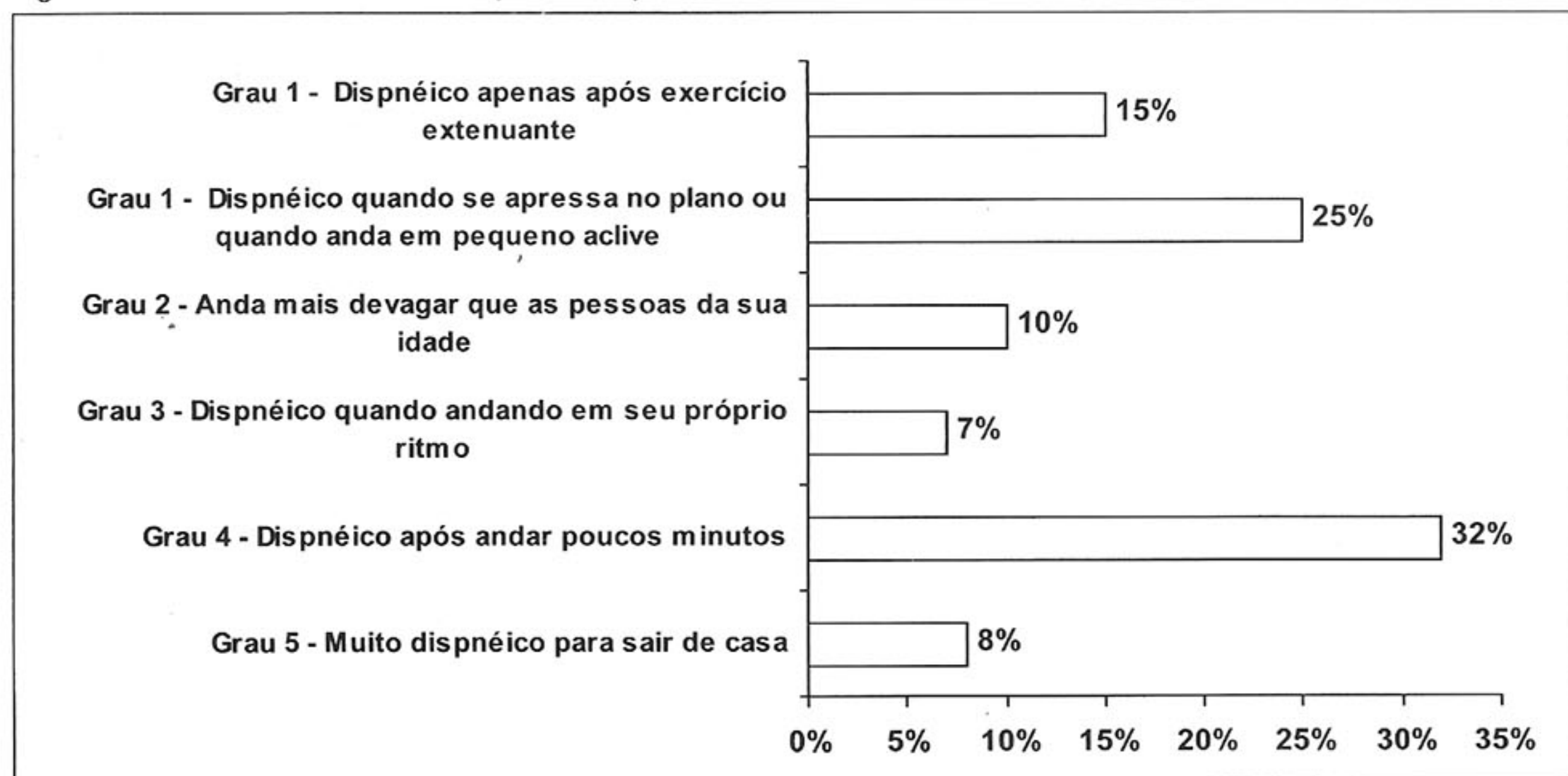
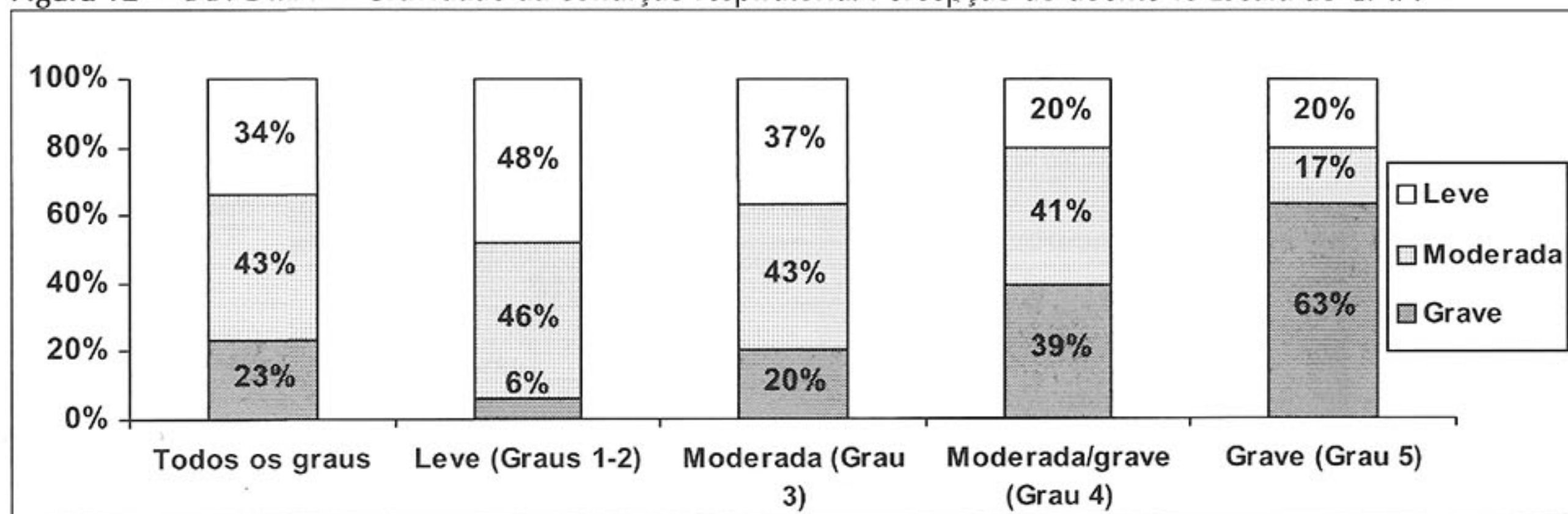


Figura 12 - COPDinA - Gravidade da condição respiratória. Percepção do doente vs Escala do CMP.



pior. Aparentemente, o impacto psicossocial da DPOC varia com a idade, estando os pacientes mais jovens mais inconformados com sua condição.

Num cenário como o descrito acima, no qual uma doença provoca tão grande impacto na vida cotidiana de um indivíduo, vale a pena avaliar como o doente vê o cuidado médico que recebe. Nesse ponto, alguns contrastes são curiosos. Por exemplo, apesar do alto grau de sofrimento e de limitação espelhado nas proporções anteriores, os doentes deram grandes créditos a seus médicos (figura 15). Globalmente, a maior parte dos doentes está satisfeita com os cuidados médicos recebidos. Mais da metade (58%) relatou estar "muito satisfeita" e 28% informaram estar "satisfeitos" com o manejo de sua doença pelo seu médico. Entretanto, menos da metade disse que o aconselhamento médico ajudou a melhorar "muito" sua condição. Ao mesmo tempo, os doentes apontaram problemas importantes na relação médico-paciente:

- 36% achavam que seus médicos não compreendiam seu sofrimento;
- 36% informaram que seus médicos pensavam que eles eram culpados por estarem doentes;
- 26% disseram que seus médicos não acreditavam que eles (os doentes) podiam fazer algo para aliviar seus sintomas;
- 19% reclamaram que seus médicos não tinham tempo para responderem às suas perguntas.

É interessante notar que, mesmo num cenário tão adverso, doentes e médicos estão otimistas, embora dois terços dos doentes reconhecessem que a DPOC tende a piorar com a idade, independentemente do tratamento:

- 80% acreditavam que a progressão da dispnéia poderia ser retardada;
- 78% achavam que a doença é melhor controlada agora do que há 5 anos;
- 74% acreditavam que o tratamento adequado pode levar a uma vida ativa e completa.

Figura 13 - COPDinA - Limitação respiratória das atividades rotineiras.

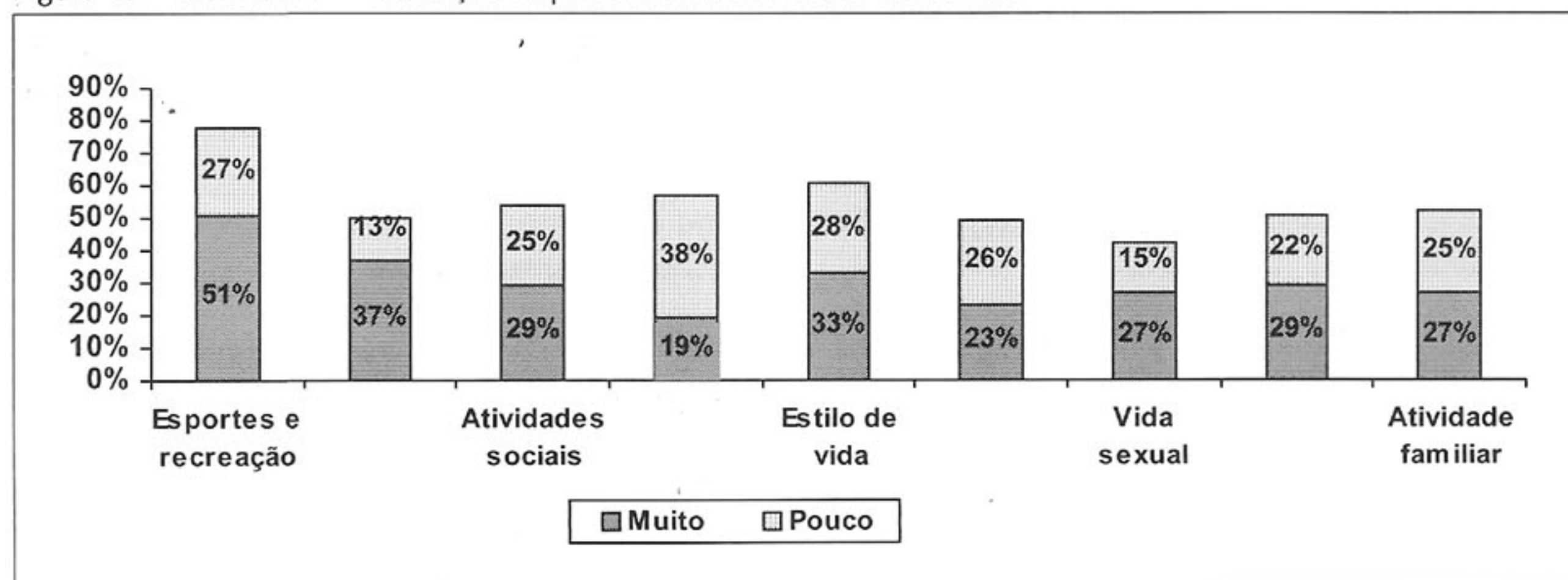
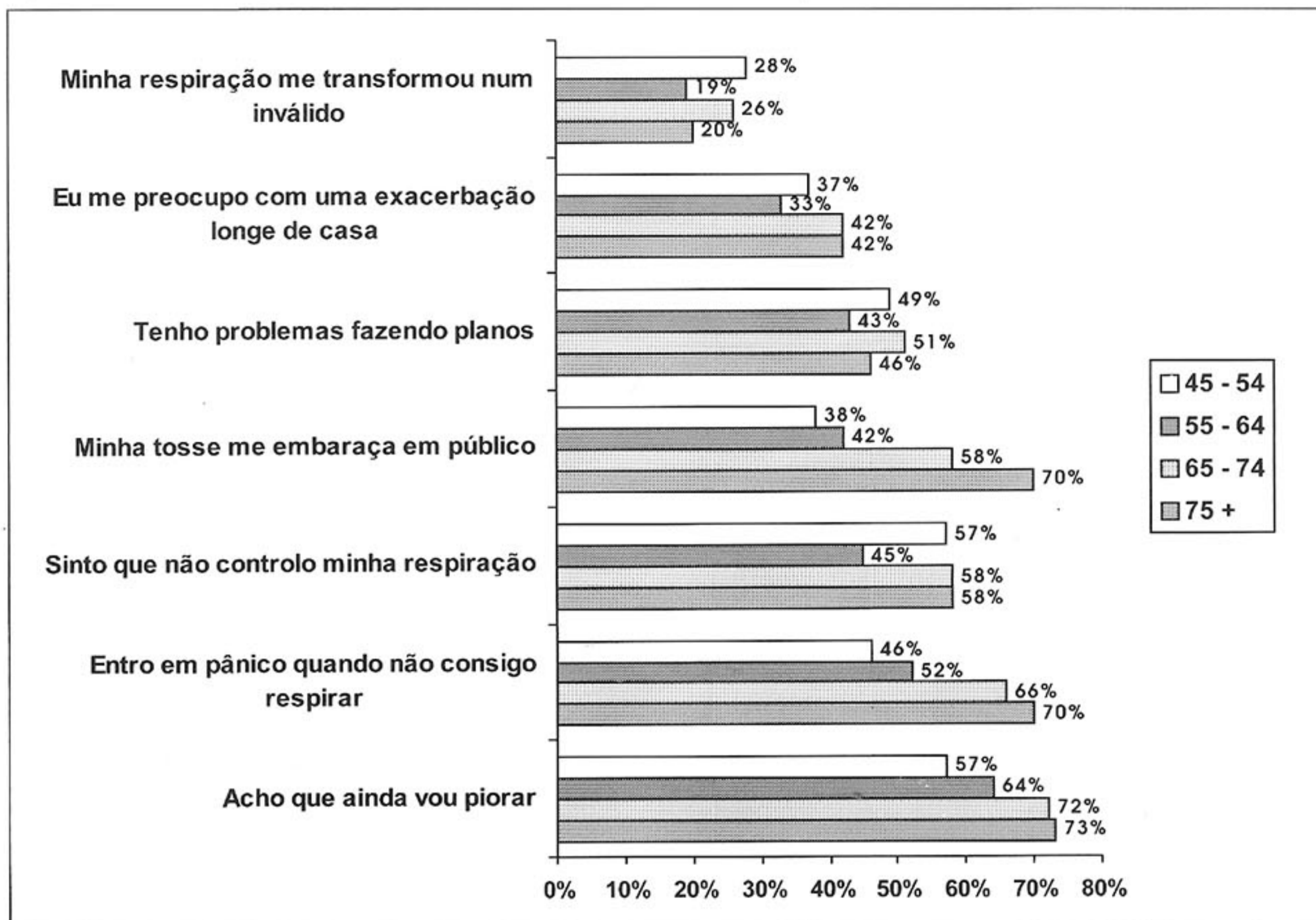


Figura 14 - COPDinA - Impacto psicossocial da condição respiratória segundo o grupo etário.



Os médicos partilhavam desse otimismo:

- 76% achavam que o tratamento a longo prazo é melhor hoje do que há 10 anos;
- 78% atribuíam essa evolução a melhores medicamentos.

A aparente contradição entre a carga imposta pela doença, a perspectiva pela qual o manejo médico é visto e a óptica otimista sobre o futuro fica ainda mais complexa quando se avaliam as atitudes e as práticas terapêuticas. Como apresentado a seguir, foram detectadas contradições entre os relatos de prescrição médica pelos doentes e pelos médicos. Globalmente, apenas 61% dos doentes informaram estar usando medicamentos; 17% disseram ter usado no ano anterior, mas não atualmente.

Os broncodilatadores foram qualificados pelos médicos como os mais efetivos no tratamento da DPOC (Figura 16). Proporções significativas dos médicos disseram que prescreviam os medicamentos abaixo para "todos" ou para "quase todos" os doentes novos:

- beta 2 agonista de ação rápida – 67%

- corticosteróide inalável – 62%

- anti-colinérgico – 48%

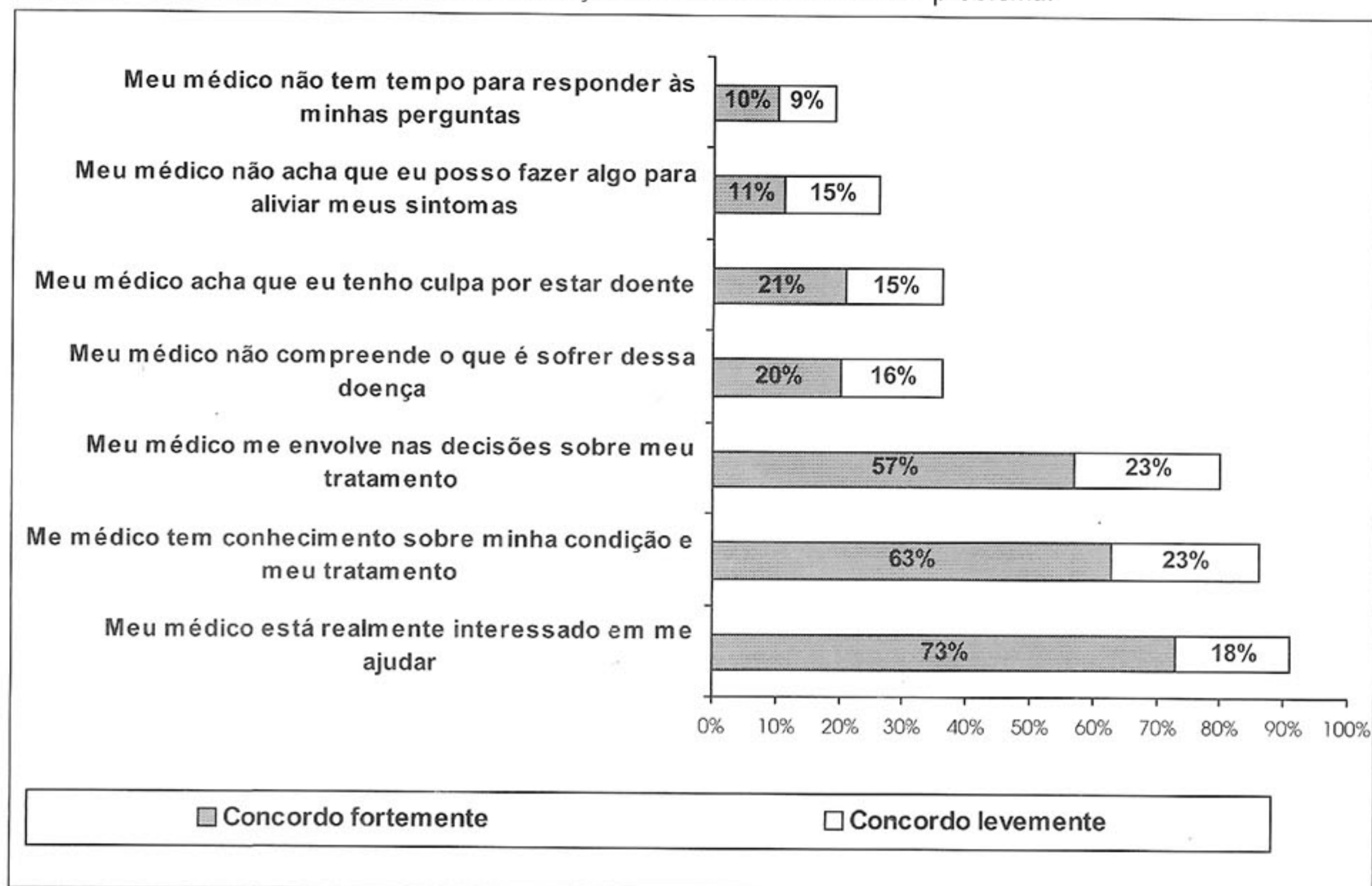
- beta 2 adrenérgico de ação prolongada – 47%.

Como mostrado acima, detectou-se que a proporção de doentes que relataram estar tomando medicação específica para a DPOC foi substancialmente menor que aquela referida pelos médicos como prescrita (Figura 17). Enquanto proporções equivalentes de médicos informaram prescrever beta 2 agonistas de ação prolongada (B2AP) (47%) e de anticolinérgicos (AC) (48%), proporção muito menor de doentes relataram terem usado os B2AP (7%) quando comparados aos que informaram terem sido medicados com AC (19%) no ano anterior ou no ano corrente. As atitudes dos doentes com relação ao seu tratamento, a partir da medicação em uso, sugerem que os doentes percebem o "peso" do tratamento, adicionado ao "peso da doença" (Figura 18).

Discussão

A principal mensagem que o conjunto das informações aqui apresentadas deixa clara é "estamos

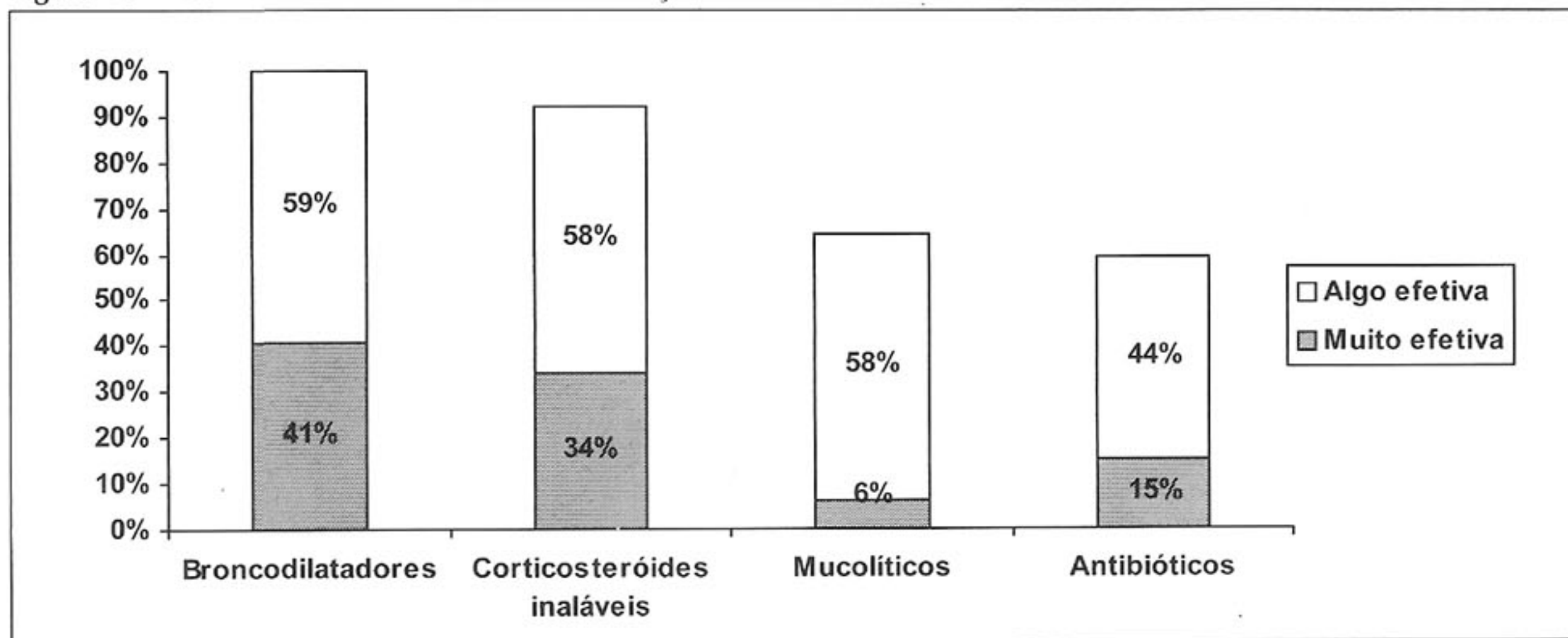
Figura 15 - COPDinA - Como o doente vê a ação de seu médico sobre seu problema.



falhando no controle da asma e da DPOC". No caso da asma, o estudo *AIRE* (realizado em países europeus desenvolvidos) demonstrou que os objetivos definidos no GINA foram atingidos em apenas 5,3% dos asmáticos. No estudo *AIA*, 9% dos asmáticos haviam sido hospitalizados e 23% tiveram que ir ao Pronto-Socorro por causa da asma no último ano; 30% tinham sintomas noturnos, no mínimo, semanais e 48% disseram que a asma restringia suas atividades esportivas e recreativas. Num outro estudo europeu (*European Community Health Survey*)⁽¹⁰⁾, iniciado na década de 90 e realizado em 22 países europeus, Índia, Nova Zelândia, Austrália e EEUU, no qual foram entrevistados, aproximadamente, 140 mil pessoas, a asma interferia com o sono de 52% dos entrevistados. Aparentemente, nossa falha é multifatorial. Uma observação marcante e comum aos três estudos estrangeiros aqui discutidos foi a de que a maioria dos asmáticos, mesmo sintomáticos, considera que sua asma/DPOC esteja bem controlada. A concomitância entre o "acreditar que sua doença está controlada" e a "presença rotineira de sintomas" indica que a maioria dos asmáticos aceita as limitações impostas pelas duas doenças inadequadamente controladas como "natural", dado que se é asmáti-

co/portador de DPOC. Isso aponta para falhas na abordagem terapêutica e no processo de esclarecimento desses doentes sobre suas doenças e o que é possível atingir. Uma outra possível justificativa para essa incoerência, seria a de que a maior parte dos asmáticos seja "má percebadora dos sintomas" e, por isso, subvalorizam/subnotificam seus sintomas. No entanto, essa hipótese vai de encontro aos resultados dos estudos sobre o tema, que indicam que esse tipo de doente é minoria⁽¹¹⁾. Ao mesmo tempo, a possibilidade de subnotificação dos sintomas aponta para a necessidade de uma atitude ativa por parte dos médicos, que deveriam buscar/ investigar os sintomas em vez de esperar que eles sejam, espontaneamente, mencionados. Outro ponto que merece reflexão é a prática do seguimento regular do doente obstrutivo. O acompanhamento não parece estar sendo feito da maneira adequada posto que, conforme o estudo *AIRE*, 45% dos adultos e 60% das crianças nunca haviam feito uma prova de função pulmonar. Esse fato pode revelar que um indicador subjetivo e sujeito a diversas formas de interferência, como os sintomas respiratórios, esteja sendo usado para guiar a conduta terapêutica.

Figura 16 - COPDinA - Efetividade da medicação selecionada no tratamento da DPOC leve-moderada.



A falta de tratamento adequado para a maior parte dos doentes é um outro possível fator. No estudo AIRE, menos de um quarto (23%) dos asmáticos usavam o corticosteróide inalável (CSI) regularmente. A maior parte (66%) informou usar apenas a medicação prescrita que lhes dava alívio imediato dos sintomas asmáticos. No estudo AIA, quando os médicos eram inquiridos, a maior parte informava prescrever CSI para os asmáticos com formas persistentes (75% para os leves e 86% para os moderados). Entretanto, quando se perguntou aos asmáticos sobre o que lhes era prescrito, os números foram bem menores. Conclusões semelhantes foram obtidas no estudo europeu (*European Community Health Survey*)⁽⁹⁾. Entre os asmáticos identificados, o uso de medicações para

a asma variou entre 30% (Estônia) e pouco mais de 80% (Holanda, Suécia, Nova Zelândia e Reino Unido). O uso de medicação antiinflamatória inalatória variou de 17% na Itália a 49% no Reino Unido. É claro que diferentes fatores podem estar modulando a subutilização de remédios, particularmente os corticosteróides. Pelo lado médico, conforme apontado pelos estudos AIA, AIRE e COPDinA, e, também, pela análise de pouco mais de 13 milhões de prescrições em nosso meio, o conhecimento atual sobre o manejo da asma não é refletido na prescrição médica. A prescrição de corticosteróides inalatórios é muitas vezes menor que a de broncodilatadores. Pelo lado do usuário, o custo da medicação, a desconfiança com o uso regular e prolongado dos corticosteróides, o medo

Figura 17 - COPDinA - Medicação utilizada no tratamento da DPOC – Médicos vs doentes.

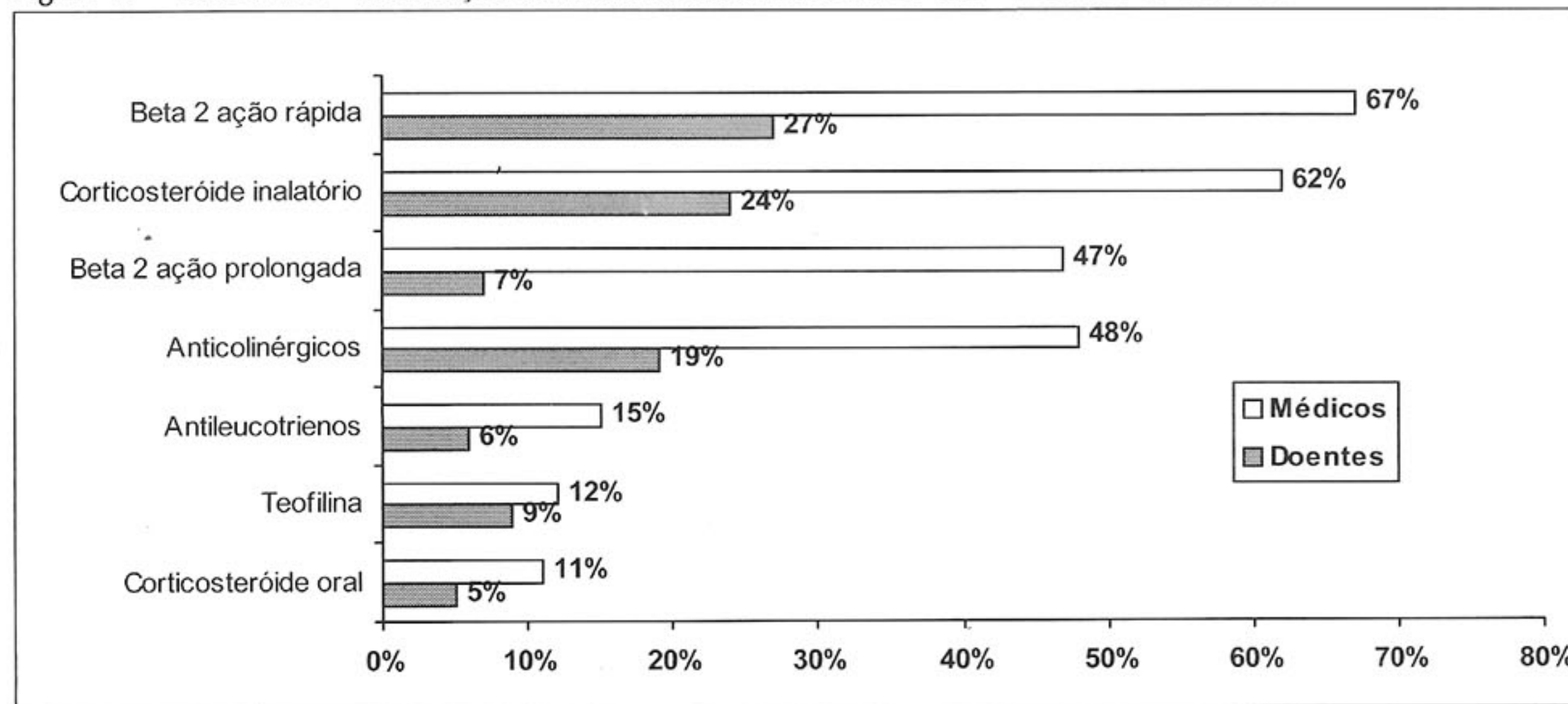
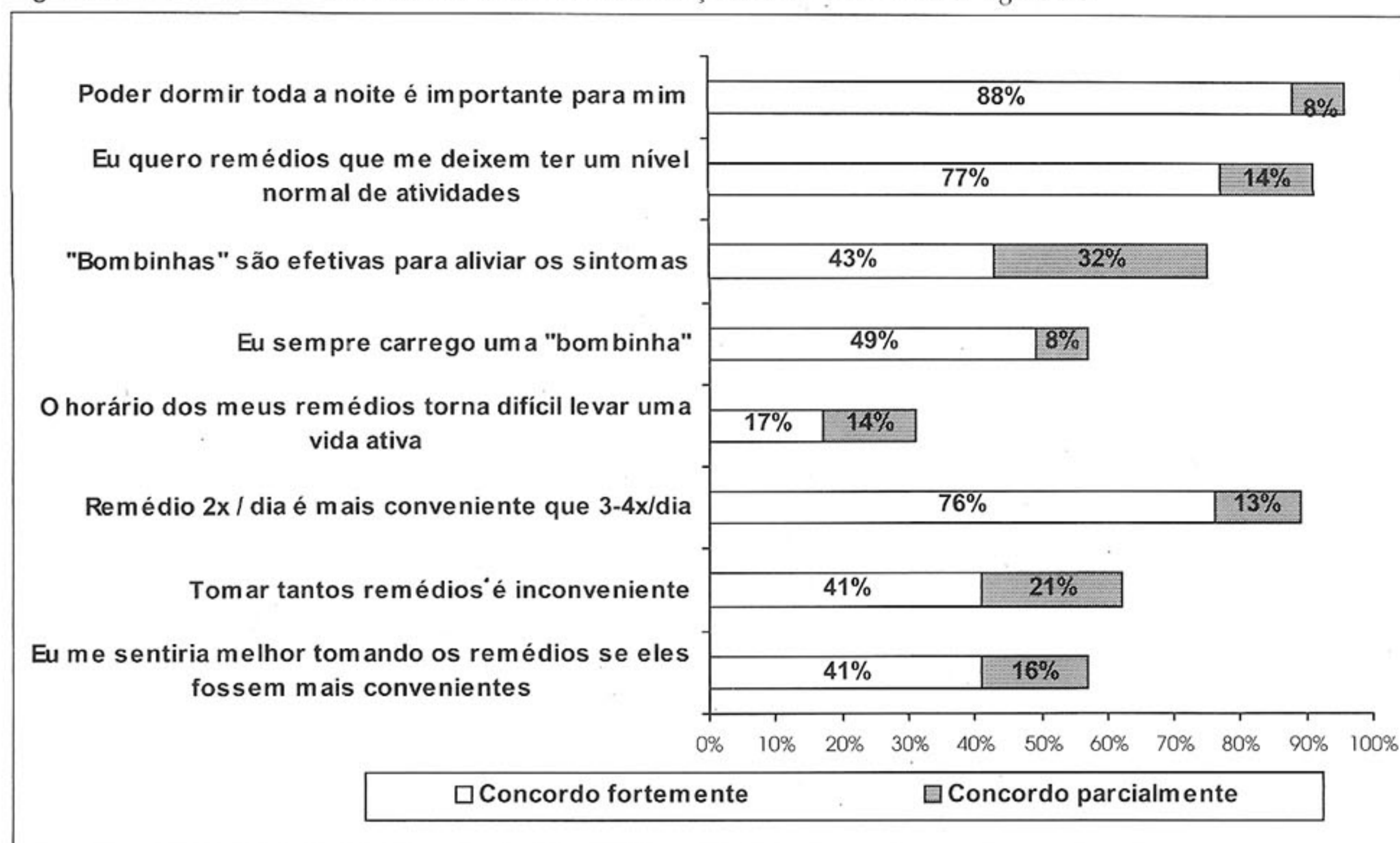


Figura 18 - COPDinA - Atitudes dos doentes com relação ao seu tratamento. figura 28



dos efeitos indesejáveis, as falhas na compreensão da importância do tratamento "preventivo" podem ser alguns dos fatores causais. Por outro lado, isso também pode indicar que os doentes preferem suportar os sintomas a "correr os riscos" da corticoterapia. Se isso for verdade, torna-se necessário reiterar as informações dadas aos asmáticos sobre a corticoterapia, ressaltando a enorme massa de evidências a favor dos corticosteróides inaláveis, mesmo em baixas doses: 1) melhoram os sintomas e a função pulmonar; 2) reduzem a mortalidade; 3) aumentam a qualidade de vida^(12,13).

Se entender a(s) causa(s) de uma doença é importante para compreender/aceitar o plano terapêutico, alguns dados dos estudos comentados sugerem motivos para a adesão ao tratamento ser baixa, tanto na asma como na DPOC. O fator "custo da medicação" não deve fazer parte da discussão dos estudos norte-americanos e europeu já que devem ser considerados os níveis sócio-econômicos e os sistema de saúde/seguridade social das regiões avaliadas. No estudo AIRE, na maior parte das vezes, os asmáticos identificaram alergias (44%), irritantes (16%) ou poluição (14%) como a condição básica que causava seus sintomas. Em torno de 20% deles não sabiam qual sua

alteração básica e apenas 8% identificaram a "inflamação das vias aéreas" como a condição básica que causava sua asma. No estudo AIA, cerca de 60% dos asmáticos/pais de asmáticos entrevistados reconheciam a inflamação das vias aéreas como a alteração básica de sua doença. Um outro possível motivo para os baixos índices de adesão ao tratamento pode ser o desconhecimento de que a inflamação ("causa básica") pode ser tratada. No estudo AIRE, apenas um terço dos asmáticos acreditava que a alteração básica de sua doença poderia ser tratada. No estudo AIA, proporção equivalente (34%) tinha a mesma crença. A maior parte dos entrevistados (56% no AIRE e 50% no AIA) acreditava que apenas os sintomas poderiam ser controlados.

É interessante observar que, em alguns dos estudos comentados (AIA, AIRE e COPDinA), ao mesmo tempo em que os doentes não vinham recebendo medicação adequada, eles creditavam altos conceitos a seus médicos no que se refere a conhecimento sobre as doenças e sobre seu manejo. Constatar que as altas taxas de uso dos Serviços de Emergência e de hospitalizações não reduzem o grau de satisfação dos doentes com a atenção médica recebida pode, novamente, significar que eles aceitam todas essas "inconveniênci-

as" como "naturais" para quem tem essas doenças. Conclusões semelhantes foram feitas em um estudo recente conduzido na Inglaterra. No inquérito RESPONSE (*Respiratory Patient Opinion Survey*)⁽¹⁴⁾, ficou claro que os asmáticos tendem a acreditar mais na medicação broncodilatadora, com prejuízo para a corticoterapia. As razões aventadas para não tomar a medicação antiinflamatória diariamente incluía o simples "esquecimento" (45%) e a omissão deliberada (42%). A dificuldade em seguir o tratamento antiinflamatório contribui negativamente para o controle da asma, levando ao aumento dos sintomas crônicos e à redução da qualidade de vida. Nesse estudo, ficou claro que a necessidade de múltiplos "inaladores" e o papel preventivo dos antiinflamatórios não eram compreendidos pelos doentes. A identificação do contraste entre o "achar que a doença está bem controlada" e a presença regular de sintomas que ocorreu nos estudos comentados anteriormente (AIA, AIRE e COPDinA), também aconteceu nesse estudo. Paradoxalmente, enquanto 83% dos entrevistados acreditavam que sua asma estava "razoavelmente controlada" ou "muito bem controlada", 67% referiram sintomas (tosse, sibilos e dificuldade respiratória) na semana anterior e acordavam à noite por causa da asma, nos últimos três meses.

A análise das respostas obtidas no inquérito entre asmáticos no Rio de Janeiro aponta para alguns tópicos que merecem reflexão: 1) o custo da medicação é levado em consideração no momento da prescrição e, na opinião do médico, é o fator responsável pelo não seguimento da receita médica; 2) há espaço para melhora na ação educadora do profissional frente ao paciente asmático e seria oportuno produzir material educativo padronizado para emprego pelos médicos.

Apesar de as possíveis conclusões no inquérito entre Pneumologistas no Brasil não poderem ser generalizadas, dado que os respondentes não compõem uma amostra representativa do universo de Pneumologistas do país, os dados analisados espelham as respostas de quase 500 Pneumologistas. Podem, então, ser considerados indicativos razoáveis da prática médica dos Pneumologistas frente aos asmáticos em nosso país. A dificuldade no acesso aos medicamentos mais efetivos foi identificado como o principal obstáculo à prescrição do esquema terapêutico ideal. Praticamente todos os médicos entrevistados consideraram a razão financeira o principal obstáculo ao seguimento da

prescrição médica. Certamente, a discrepância entre o preço da medicação, particularmente a inalatória, e o poder aquisitivo da população constitui uma importante barreira. Pelas respostas obtidas, aparentemente, esse fator está presente no momento da decisão sobre o medicamento a ser prescrito, embora 20% tenham dito que sua conduta medicamentosa não diferia entre o hospital público e a clínica privada. Entretanto, mesmo nas condições econômicas adversas e num ambiente inadequado à boa prática médica, o papel educador do médico deveria ser melhor executado. Um dos frutos de um processo adequado de esclarecimento ao asmático sobre sua doença e seu tratamento é a definição das prioridades, quando não se pode arcar com os custos de um esquema medicamentoso completo. Indiscutivelmente, o componente antiinflamatório é o mais importante no esquema medicamentoso de tratamento da asma. No entanto, o benefício sentido com esse grupamento farmacológico é menos imediato que aquele auferido da medicação broncodilatadora. Na óptica do asmático, o efeito broncodilatador é o desejado, o que torna os problemas ligados à adesão ao tratamento relevantes apenas para os antiinflamatórios. Há duas possíveis soluções para esse impasse. Uma seria um processo educativo bem executado, capaz de conscientizar o asmático sobre a necessidade da corticoterapia regular; outra seria manter a associação do agente broncodilatador ao antiinflamatório no mesmo inalador. Essa última alternativa certamente traz aumento no custo da medicação, porém reduz o custo global da doença tanto para o asmático como para a comunidade.

Outro fator relevante que modula a adesão ao tratamento é o processo de esclarecimento ao asmático ou ao portador de DPOC sobre os mecanismos envolvidos em sua doença e em seu tratamento. Os estudos deixam claro que esse processo é deficiente, quando existente. Esse tema foi objeto de publicações anteriores^(4,15,16) e, resumidamente, há problemas a serem resolvidos no processo de comunicação entre o Profissional de Saúde e o asmático. Apesar de o correto controle da doença pressupor mudanças permanentes no comportamento e na rotina de vida do doente, ainda não foram definidas as estratégias ideais para atingir este objetivo. Além dos obstáculos socioeconômicos, a natureza humana, as tradições, os

fatores culturais, os estigmas e as falácias aliam-se ao caráter crônico da doença, pontuado por exacerbações, mesmo na vigência de tratamento adequado, para dificultar o sucesso no objetivo definido. Cerca de um quarto dos Pneumologistas entrevistados em nosso meio informaram esclarecer apenas verbalmente seus pacientes asmáticos, enquanto os demais relataram complementar as orientações, ocasionalmente, com material impresso. Como o estudo *COPDinA* deixou claro, embora os doentes sintam-se relativamente informados sobre sua condição, e os médicos reconheçam a necessidade de melhor esclarecimento ao doente, eles discordam entre si sobre quão bem os doentes compreendem as melhores maneiras de manejar sua situação. Indubitavelmente, há falhas no processo educativo frente ao asmático e ao portador de DPOC. Apenas um processo educativo eficiente e continuado pode reverter essa situação. Certamente, o rendimento das informações exclusivamente orais deve ser baixo. Indiscutivelmente, seria ideal se a conduta educativa empregada pelos médicos fosse padronizada. Dessa forma, as mensagens e os conceitos definidos como importantes seriam passados da mesma maneira para todos os asmáticos, aumentando a credibilidade da informação. Um material educativo padronizado, elaborado segundo as regras da didática e da pedagogia, de aparência agradável e simples, seria um precioso auxiliar no tratamento continuado do asmático. Para o tratamento de doenças como essas, nas quais mudanças comportamentais permanentes são importantes, dispor de materiais educativos padronizados, produzidos com cuidados didáticos e pedagógicos, visualmente agradáveis, focando as mensagens realmente importantes, é fundamental. Entretanto, ainda se está por definir qual(is) a(s) mensagem(ns) e conceito(s) realmente importante(s) e qual é a melhor estratégia para transmiti-lo(s). Reconhecidamente, o melhor porta-voz de notícias referentes à área da Saúde é o médico. Ele é o profissional de saúde mais respeitado e acreditado e, se o aconselhamento ocorre num momento em que o indivíduo está fragilizado por sua doença, as chances de seguir as orientações aumentam. Nesse momento, a clareza, a simplicidade e a objetividade das ações educativas são fundamentais. Uma vez passado o episódio sintomático, a persistência das ações de esclarecimento, focadas principalmente na qualidade de vida possível de

ser obtida, passa a ser mais importante. O processo educacional deve ser permanente; deve acontecer em todas as oportunidades; deve ser claro, simples e objetivo; deve ser capaz de promover e manter as alterações comportamentais necessárias.

Talvez a perspectiva pessimista do início do texto, referendada pelos dados aqui apresentados, possa ser mudada. As alterações comportamentais, tão necessárias para o sucesso do tratamento da asma e da DPOC, devem ocorrer dos dois lados da mesa; tanto o doente como o médico têm que mudar sua prática. Ao processo educativo ideal devem-se aliar escolas e sociedades médicas, governos, indústria farmacêutica e organizações comunitárias. A mudança desse cenário sombrio, a correção das falhas gritantes aqui identificadas, só será possível com a participação e o empenho de todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Murray CJL, Lopez AD. Eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1996.
- 2-Rabe KF, Vermeire PA et al. Clinical management of asthma in 1999: the asthma insights and reality in Europe (AIRE) study. *ERJ* 2000; 16: 802-807.
- 3-Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop report, January 1995.
- 4-Campos HS. Tratamento do asmático: a visão da vítima. *Pulmão RJ* 2000; 9(3): 12-17.
- 5-Campos HS. O tratamento do asmático na prática dos Pneumologistas. *Pulmão RJ* 2000; 9(4): 38-47.
- 6-Campos HS. Como os Pneumologistas tratam a asma no Brasil. Resultados de dois inquéritos realizados em 1996. *Pulmão RJ* 1998; 7(4): 358-379.
- 7-National Center for Health Statistics – Data from the National Health Interview Survey, 1998.
- 8-National Center for Health Statistics – Report of Final Mortality Statistics, 1998.