

Artigo original

O conhecimento dos pediatras sobre o diagnóstico e tratamento da asma.

Pediatrician knowledge of diagnosis and treatment of asthma.

Ana Alice Ibiapina Parente¹, Maria de Fátima B. Pombo March², Antonio José L. Alves da Cunha², Edson F. Liberal³.

RESUMO

A asma é a doença crônica mais comum da infância. Embora haja consensos sobre seu diagnóstico e tratamento, o conhecimento médico sobre a doença ainda é limitado. Os autores descrevem conhecimentos e práticas de pediatras sobre espaçadores e medidas objetivas de obstrução de vias aéreas, abordagem de gravidade e uso adequado de medicações. Foi realizada a revisão de literatura, com base no Medline e em periódicos nacionais. O artigo mostra que os consensos de diagnóstico e tratamento são parcialmente seguidos, refletindo a necessidade de programas de educação continuada nesta área.

Descritores: asma, conhecimento, terapia inalatória, consensos, educação médica.

ABSTRACT

Asthma is one of the most common chronic diseases of childhood. Despite the development of guidelines on its diagnosis and treatment, medical knowledge of the disease is limited. The authors describe the knowledge and practices of pediatricians concerning the prescription of both spacers and objective measures of airflow obstruction, assessment of the severity of asthma, and the proper use of medications. A literature review was conducted based on Medline and Brazilian periodicals. The article shows that guidelines to diagnose and treat asthma are partially followed, reflecting the need for continued educational programs.

Keywords: asthma, knowledge, inhalation therapy, guidelines, medical education.

ASPECTOS GERAIS RELACIONADOS À ASMA

Asma, do verbo grego *aazein*, significa exalar com a boca aberta.¹ A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível, espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã, ao despertar. Resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes, além de outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e à manutenção dos sintomas.²

Segundo o estudo epidemiológico *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)*³, desenvolvido na década de 1990, no Brasil, a prevalência de asma nas faixas etárias compreendidas entre 6 a 7 anos e 13 a 14 anos, é de 22,6%, com variações

de 18,4% a 27,9%, em algumas capitais.⁴ Num estudo realizado no Município de Nova Iguaçu, no Estado do Rio de Janeiro, entre abril e setembro de 2002, a prevalência de asma foi de 11,7%, em adolescentes de 13 a 14 anos.⁵

Considerada como enfermidade de baixa letalidade, mas de elevada morbidade, a asma implica internações, atendimentos em serviços de urgência, absenteísmo escolar e despesas com medicamentos, resultando em ônus considerável, tanto para o indivíduo como para o próprio serviço de saúde.⁶ No Brasil, dados de 2005 mostram que hospitalizações por asma corresponderam a 18,7% daquelas por causas respiratórias, e a 2,6% de todas as informações no período. Neste ano, os custos do Sistema Único de Saúde com internações por asma foram de 96 milhões de reais, num total de 1,4% do gasto total anual com todas as doenças.⁷ Galvão *et al*, em 2004, mostraram que a asma foi responsá-

1. Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil.

2. Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil.

3. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, Brasil.

vel por 7% dos recursos totais gastos no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2002, representando 7 vezes mais o valor despendido com outras patologias, como, por exemplo, a diabetes - segunda causa de internação por doença crônica não congênita.⁸

O diagnóstico é baseado em condições clínicas, funcionais e na avaliação de componentes alérgicos: história clínica detalhada sobre sintomas e condições ambientais do paciente e exclusão dos diagnósticos diferenciais.⁹

A asma é classificada em relação à gravidade: intermitente e persistente (leve, moderada ou grave), dependendo da frequência e intensidade de sintomas respiratórios, da limitação de atividades, do uso de medicamentos e de medidas funcionais.²

O CONHECIMENTO MÉDICO

Para serem oferecidos, atenção de qualidade e cuidados eficazes a crianças e adolescentes com asma, são necessários: capacitação adequada dos profissionais de saúde, boa estrutura assistencial e recursos financeiros suficientes, garantindo a satisfação da população.¹⁰ Estratégias nacionais e internacionais de atenção ao paciente e familiares têm sido elaboradas desde a década de 1990.¹¹

No Brasil, em 1994, o I Consenso Brasileiro no Manejo da Asma estabeleceu bases sobre o diagnóstico e tratamento da asma, visando à disseminação de conhecimentos atualizados.¹² Em inquérito realizado com 318 pneumologistas brasileiros, dois anos após o I Consenso, ficou evidente a prescrição de grande diversidade medicamentosa ainda presente no tratamento da asma.¹³ Nos anos subsequentes, as normas foram revisadas,^{9,12,14} de forma que, desde 2006, estão vigentes as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma.²

A proposta desses consensos é prover assistência ao conhecimento dos médicos sobre o diagnóstico e tratamento da asma, enfatizando a inflamação das vias aéreas como parte importante na patogênese da asma.^{15,16} Muitos são os objetivos visados: melhoria na qualidade de vida, controle das crises, manutenção das atividades diárias e prevenção dos efeitos colaterais dos medicamentos.^{17,18} Embora diversos médicos tenham adotado o uso de consensos sobre asma, visando reduzir práticas indesejadas e custos excessivos, e aumentar os resultados clínicos, ainda permanece obscuro o real impacto destes consensos na prática médica presente.^{15,19}

Há evidências, através de estudos desenvolvidos, de que a disseminação dos consensos, isoladamente, tem mínimo impacto sobre o comportamento médico. Mesmo promovendo mudanças no conhecimento da asma ou de seu tratamento, não significa que estas existirão no atendimento médico ao paciente ou na prescrição de drogas - primeiro pré-requisito para a mudança da prática.²⁰ Diferentes sistemas de cuidado à saúde, economias e tradições influenciam a prática

médica, dificultando mudanças no comportamento desses profissionais.²¹ Acredita-se que somente a real implementação dos consensos possa modificar o curso da doença.¹⁶

Um bom método para avaliação dessas mudanças sobre o conhecimento médico da asma é a pesquisa sobre a prática usual dos médicos e seus conhecimentos acerca da doença. Ainda que as respostas dessas pesquisas não se correlacionem, exatamente, com a prática real, elas refletem se o primeiro passo no processo de mudança comportamental foi bem sucedido, avaliando, também, a aceitação dos consensos de asma pelas sociedades médicas.^{13,15,21}

O não-entendimento dos manuais justifica a baixa adesão aos consensos, uma vez que não há familiarização com sua linguagem.^{6,17,22} Tal desconexão dos médicos com os consensos resulta no impacto negativo no manejo dos pacientes, que continuam indevidamente diagnosticados e tratados.^{17,23,24}

Alguns estudos relatam que médicos especialistas em asma (pneumologistas e alergistas) são os mais favoráveis a adotarem os consensos, em contraposição aos médicos generalistas; todavia, não está claro se essa diferença reflete nível de entendimento diferente dos consensos por esses dois grupos. Uma clara compreensão dos consensos pelos médicos parece ser o primeiro e essencial passo para sua aplicabilidade no manejo dos pacientes.^{22,25}

Flores *et al.* (2000)¹⁹ verificaram que consensos vêm, crescentemente, sendo adotados por extensa variedade de especialidades médicas. Ao avaliarem as reais atitudes médicas e os créditos dados em relação aos consensos, verificaram que apenas 35% dos pediatras os usavam na prática, 44% os utilizavam apenas em parte e 21% não os utilizavam. O consenso mais adotado na prática médica era o de asma (daqueles 35% de pediatras que seguiam os consensos, 77% eram sobre asma).

Encontra-se substancial variação acerca do conhecimento dos médicos sobre a asma e seu manejo prático, incluindo a avaliação da gravidade da doença, o monitoramento dos pacientes e o uso adequado das medicações, espaçadores e avaliações funcionais.^{24,26,27}

Diversos trabalhos, em diferentes países, revelaram conhecimento inadequado da classe médica, tanto no modo de atuar na crise de asma, quanto na dificuldade de aceitação de medidas já consagradas no seu tratamento. Mesmo em países desenvolvidos, os índices de utilização e prescrição de medicação inalatória não são satisfatórios; todavia, acredita-se que, através de uma abordagem direcionada ao nível da atenção primária, a situação possa ser revertida.^{6,21}

São necessárias estratégias adicionais para encorajar os médicos a aceitarem e realmente utilizarem os consensos. A simples publicação de consensos, em jornais e revistas científicas, parece não ser suficiente para atingir seu público-alvo. A elaboração de programas

educacionais tem-se mostrado o método mais efetivo na melhora do manejo clínico da asma. Mesmo os médicos que se encontram bem informados sobre os consensos, freqüentemente, na sua prática diária, nem sempre seguem as recomendações.^{20,23}

Veninga *et al.* (1999)²⁰ constataram, em seu estudo no continente europeu, os efeitos benéficos de programas educacionais a respeito das mudanças do conhecimento, das atitudes e das prescrições, em relação ao tratamento da asma. Alguns programas educacionais efetivos são baseados em métodos interativos e exercícios de casos clínicos. Outros, igualmente eficazes, são os formados por pequenos grupos de estudo.^{20,26}

Apesar de o continente europeu apresentar melhores índices de prescrições e uso de corticosteróides durante os períodos de intercrise, os resultados não são homogêneos entre os países.²⁰

Lagerlov *et al.* (2000)²¹ observaram que, nos diferentes países da Europa, embora os indícios do conhecimento dos consensos fosse satisfatório, o resultado da avaliação das prescrições médicas revelou que os percentuais de uso dos corticosteróides inalatórios eram mais baixos que o ideal. Os médicos holandeses pareceram apresentar cultura mais sólida de uso de consenso, confirmada pela melhor transferência das recomendações para a prática diária. Em todos os países, os sinais de gravidade da asma correlacionaram-se, positivamente, com o uso de corticosteróides inalatório e oral. Todavia, uma proporção elevada de pacientes ainda utilizava broncodilatador inalatório diário, sem o uso concomitante de medicação antiinflamatória.

Estudos realizados em crianças de 5 a 11 anos, em diferentes regiões dos Estados Unidos da América (EUA), no período de 1988 a 1992, também revelaram baixos índices de utilização de corticosteróides inalatórios, atingindo cifras de apenas 3% em algumas cidades do interior do país.²⁸

No Brasil, poucos estudos avaliaram o uso de corticosteróide inalatório na profilaxia da asma. Em Belo Horizonte, num estudo descritivo, referente a dados de 1996 a 2000, observou-se melhora progressiva na utilização de terapia profilática para asma: o uso de corticoterapia inalatória, nos decorrentes anos, foi de 14,3%, 21,7%, 13,0%, 17,1% e 17,6%, com média de 17,1%, associado a uma decrescente tendência para o uso de prednisona como medicação intercrise.²³ Cabral *et al.* (1998)¹⁶ encontraram, na cidade de São Paulo, 94% das crianças com asma moderada ou grave sendo tratadas com beta-2 agonista oral e 66%, com teofilina oral. Apenas 30% das crianças recebiam terapia preventiva regular, com as seguintes medicações: cetotifeno

(16%), cromoglicato (8%) e corticosteróide inalatório (6%). Com o início do programa educacional, realizado por esse estudo, estimulou-se o uso do corticosteróide inalatório para intercrise e corticosteróide oral para o tratamento das exacerbações da asma. Esses dados demonstraram que, mesmo em serviços de saúde pública do maior centro urbano do país, a aplicação do conhecimento dos consensos ainda era insatisfatória.

Na Grécia, a fim de avaliar o conhecimento dos médicos de atendimento primário à saúde, compararam-se testes pré e pós realização de curso educacional, e ficou constatado que, tanto médicos generalistas, quanto os recém-formados, sem quaisquer especializações, se beneficiaram desse tipo de programa educacional, incrementando seu nível de conhecimento acerca da doença. No entanto, os médicos generalistas obtiveram menor aproveitamento dos cursos, o que pode ser justificado pela maior e mais recente experiência dos médicos recém-formados quanto a esse tipo de proposta educacional – comum durante o período da graduação – levando-se em conta que os generalistas não participam de cursos educacionais há vários anos, nem, tampouco, possuem intimidade com os consensos sobre asma brônquica. Os recém-formados, por sua vez, foram expostos a esses consensos faz pouco tempo. Nesse mesmo estudo, foi constatada apenas pequena porcentagem de acertivas referentes à definição de asma como doença inflamatória crônica das vias aéreas.²⁶

É importante enfatizar que, embora coletados em diferentes países, tais dados revelam um hiato entre as recomendações dos consensos e a prática médica diária.^{29,31} Pode-se inferir daí que, caso os médicos não estejam aptos a classificar adequadamente a asma, poderão subestimar a gravidade de seus pacientes, implicando em altas taxas de tratamento inapropriado, como bem observou Doerschug *et al.* (1999).²² Nesse estudo, os autores evidenciaram que médicos especialistas (pneumologistas e alergistas) entendiam melhor os consensos. Tal resultado, provavelmente, reflete maior discussão dos consensos em fórum de debates, leitura de publicações em revistas científicas e outras formas de educação permanente.

Os estudos enfatizam a necessidade do desenvolvimento de programas de educação médica permanente, por possibilitarem a aplicação prática dos novos conhecimentos sobre a doença na prática clínica diária.^{22,26,32} Em última instância, os programas resultam em redução de custos de saúde pública com pacientes asmáticos, pois facilitam a adesão ao tratamento e, em consequência, acabam por diminuir o número de visitas às emergências e admissões hospitalares.^{16,33}

REFERÊNCIAS

1. Marketos SG, Ballas CN. Bronchial asthma in the medical literature of Greek antiquity. *J Asthma* 1982;19(4):263-9.
2. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. *J Bras Pneumol* 2006;32(Supl 7):S447-S474.
3. International Study of Asthma and Allergies (ISAAC). Disponível em: [HTTP://www.isaac.auckland.ac.nz](http://www.isaac.auckland.ac.nz).
4. Mallol J, Solé D, Asher I, Clayton T, Stein R, Soto-Quiroz M. Prevalence of asthma symptoms in Latin America: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Pediatr Pulmonol* 2000;30:439-44.

5. Kuschnir FC, Cunha AJLA, Braga DAC, Silveira HHN, Barroso MH, Aires ST. Asma em escolares de 13 a 14 anos do Município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil: estimativas de prevalência, gravidade e diferenças de gênero. *Cad Saúde Pública* 2007;23(4):919-26.
6. Camargos P, Profeta S. Tratamento farmacológico de manutenção da asma na faixa etária pediátrica. *Rev Bras Alerg Imunopatol* 2002; 25(4):108-15.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria nacional de Ações Básicas. Estatísticas de saúde e mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
8. Galvão MGA, Santos MARC, Cunha AJLA. Quanto custa internar a criança asmática no Rio de Janeiro? In: X Congresso Brasileiro de Pneumologia Pediátrica. X Jornada Brasileira de Fibrose Cística. II Jornada Brasileira de Fisioterapia Respiratória em Pediatria. XI Congresso Latino Americano de Fibrose Cística; 2004 Abr-Mai. 28-02; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Abstract 275.
9. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, 2002. *J Pneumol* 2002;28(Supl1):S1-S28.
10. Espinosa, AL. Asistencia al niño y adolescente con asma en atención primaria. Situación actual y propuestas de mejora. *An Pediatr* 2003;58(5):449-55.
11. National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. NIH Publication. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 3 - 2007: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Number 02-3659.
12. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Brasileira de Alergia e Imunologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. 1º Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. Fortaleza-Ceará. Boehringer de Angeli. 1994. p.42.
13. Campos HS. Como Pneumologistas tratam a Asma no Brasil. Resultados de dois inquéritos realizados em 1996. *Pulmão RJ* 1998;7(4):358-79.
14. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Brasileira de Alergia e Imunologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. *J Pneumol* 1998;4:173-276.
15. Finkelstein, JA; Lozano, P; Shulruff, R; Inui, TS; Soumerai, SB; Ng, M; Weiss, KB. Self- Reported Physician Practices for Children With Asthma: Are National Guidelines Followed? *Pediatrics* 2000;106(4):886-96.
16. Cabral, ALB; Carvalho, WAF; Chinen, M; Barbiroto, RM; Boueri, FMV; Martins, MA. Are International Asthma Guidelines effective for low-income Brazilian children with asthma? *Eur Respir J* 1998;12:35-40.
17. Crim, C. Clinical Practice Guidelines vs Actual Clinical Practice: The Asthma Paradigm. *Chest* 2000;118:S62-S64.
18. Grant, E.N.; Moy, J.N.; Turner-Roan, K.; Daugherty, S.R.; Weiss, K.B. Asthma Care Practices, Perceptions, and Beliefs of Chicago-Area Primary-Care Physicians. *Chest* 1999;116(4):S145-S153.
19. Flores G, Lee M, Bauchner H, Kastner B. Pediatricians' Attitudes, Beliefs, and Practices Regarding Clinical Practice Guidelines: A National Survey. *Pediatrics* 2000;105(3):496-501.
20. Veninga, CCM, Lagerlov P, Wahlström R, Muskova M, Denig P, Berkhof J, Kochen MM, Haaijer-Ruskamp FM. The Drug Education Project Group. Evaluating an Educational Intervention to Improve the Treatment of Asthma in four European Countries. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:1254-62.
21. Lagerlov P, Veninga, CCM, Muskova M, Hummers-Pradier E, Lundborg CS, Andrew M, Haaijer-Ruskamp FM. Asthma management in five European Countries: doctors knowledge, attitudes and prescribing behavior. *Eur Resp J* 2000;15:25-9.
22. Doerschug KC, Peterson MW, Dayton CS, Kline JN. Asthma Guidelines: An Assessment of Physician Understanding and Practice. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;159:1735-41.
23. Camargos PAM, Profeta SC. Tratamento de manutenção da asma persistente à admissão em ambulatório de pneumologia pediátrica. *J Pediatr* 2003;79(3):233-8.
24. Miranda PCB, Emerson F, Rios JBM. Nível de conhecimento de médicos generalistas e especialistas sobre o tratamento da asma. *Rev Bras Alerg Imunopatol* 2001;24(1):3-10.
25. Yeh KW, Chen SH, Chiang LC, et al. Survey of asthma care in Taiwan: a comparison of asthma specialists and general practitioners. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006;96(4):593-9.
26. Rovithis E, Lionis C, Schiza SE, Bouros D, Karokis A, Vlachonikolis I, Siafakas NM. Assessing the knowledge of bronchial asthma among primary health care physicians in Crete: A pre- and post-test following an educational course. *BMC Medical Education* 2001;1:2.
27. Cunha AJ, Santos MA, Galvão MG, Ibiapina AA. Knowledge of pediatricians in Rio de Janeiro, Brazil, about inhalation therapy in asthmatic children. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2003;31(2):87-90.
28. Eggleston PA, Malveaux FJ, Butz AM, Huss K, Thompson L, Kolodner K, Rand CS. Medication used by children with asthma living in the inner city. *Pediatrics* 1998;101:349-54.
29. Ockene JK, Zapka JG. Provider education to promote implementation of clinical practice guidelines. *Chest* 2000;118:S33-S39.
30. Canonica GW, Baena-Cagnani CE, Blaiss MS, et al. Unmet needs in asthma: Global Asthma Physician and Patient (GAPP) Survey: global adult findings. *Allergy* 2007;62(6):668-74.
31. Haque AS, Zubariri ABS, Shiraz A, Zuberi F, Karim SI, Pervez R, Awan S. Asthma knowledge and approach among Pakistani family physicians and the impact of an educational programme. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007;11(11):1260-5.
32. Steurer-Stey C, Fletcher M, Vetter W, et al. Patient education in asthma: a survey of physicians' knowledge of the principles and implementation of self-management in practice. *Swiss Med Wkly* 2006; 136(35-36):561-5.
33. Riekert KA, Butz AM, Eggleston PA, Huss K, Winkelstein M, Rand, CS. Caregiver-Physician Medication Concordance and Undertreatment of Asthma Among Inner-City Children. *Pediatrics* 2003;111(3):214-20.