

Asma brônquica: Que realidade?

A. BUGALHO DE ALMEIDA,* C. CRISTÓVÃO,* J. RICOMÁ,* S. FURTADO,* P. MONTEIRO*

RESUMO:

Com o objectivo de ter uma noção da realidade sobre a abordagem da asma brônquica (AB), na área de influência do Hospital de Santa Maria (HSM), decidimos efectuar um inquérito a 106 doentes que acorreram ao serviço de urgência central daquele hospital, de Setembro a Dezembro de 2000.

55,6% eram seguidos em consultas de pneumologia ou alergologia e 19,8 em clínica geral. 35,8% tinham tido a sua última consulta há mais de 12 meses e 60,4% não tinham qualquer marcação para próxima consulta.

47,2% nunca tinham efectuado uma avaliação funcional respiratória e só 5,6% possuíam um *peak flow meter* (PFM).

44,3% tinham uma asma persistente moderada ou grave e 81,1% tinham tido necessidade, no último ano, de auxílio médico não programado.

Os doentes tinham perdido, em média, no último ano, cerca de 15 dias de trabalho ou de escola. 94,7% das mulheres tinham limitações na sua actividade doméstica e 29,2% dos doentes referiam-na na sua actividade física normal.

Só 32,0% faziam corticosteróides inalados e 7,5% sistémicos. Só 35,8% tinham um plano escrito de tratamento de manutenção e 21,6% das exacerbações. Só 9,4% sabiam que a AB é uma doença inflamatória e 7,5% que a inflamação pode ser tratada. Cerca de 86% afirmava necessitar de melhor informação sobre a sua doença.

Conclui-se, do presente estudo, a necessidade urgente de maior e melhor informação de doentes e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Asma brônquica

SUMMARY

BRONCHIAL ASTHMA: WHICH REALITY?

In order to assess the reality about bronchial asthma management in Hospital de Santa Maria influence

geographical area, a questionnaire survey was performed to 106 asthmatic patients that came to the hospital's central emergency unit with an asthma exacerbation, from September to December 2000.

55,6% to the patients reported that they were followed by a chest specialist or allergist, and 19,8% by a general practitioner. 35,8% of them had their last medical visit more than 12 months ago, and 60,4% had no further appointment.

47,2% of the asthmatics had never performed a respiratory functional study and only 5,6% of them had a peak flow meter.

44,3% of the patients had a severe or moderate persistent asthma and 81,1% had gone to an emergency unit, or had an unscheduled medical visit or had been hospitalized in last year.

In the last 12 months the patients had lost, in average, 15 work or school days, and 94,7% of women had housekeeping activities limitation and 29,2% of the asthmatics had normal physical activities limitation.

Only 32,0% of the inquired reported current use of inhaled corticosteroids and 7,5% the use of the systemic ones, and only 35,5% had a written asthma management plan and 21,6% one for the exacerbations.

9,4% of the patients was aware that asthma is an inflammatory disease and 7,5% knew that the inflammation can be treated. About 86% of the asthmatics reported the need for a better education about their disease.

From the present study it can be concluded that both patients and health professionals have an urgent and strong need for more and better asthma information.

Key-words: Bronchial asthma

INTRODUÇÃO

A asma brônquica (AB) é definida, desde o início dos anos 90, como uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, sendo esta inflamação responsabilizada pela obstrução das vias aéreas e consequente sintomatologia que os doentes apresentam, bem como pelo aumento da sua reactividade brônquica.

Este conceito, consensual, determinou uma mudança de atitude mormente no que concerne o seu tratamento.

* Clínica Universitária de Pneumologia do HSM/FML, Director: Prof. Doutor A. Bugalho de Almeida

A prevalência da afecção, a sua tendência de crescimento, a sua repercussão na qualidade de vida dos doentes, a sua mortalidade evitável e crescente em muitos países, o consumo de recursos, e a possibilidade de uma vida perfeitamente normal numa muitíssimo elevada percentagem de asmáticos, determinaram o aparecimento de numerosos consensos de diagnóstico e tratamento, sendo o mais universalmente aceite e divulgado o do Movimento GINA – Global Initiative for Asthma.

A sua promoção em Portugal, junto dos profissionais de saúde, principalmente por duas Sociedades Científicas – a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) e a Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), e por diversas individualidades, faria supor que, em cerca de 10 anos, uma percentagem muito significativa de doentes deveria estar a ser correctamente tratada.

A nossa percepção de que tal não correspondia à realidade foi reforçada com dois inquéritos realizados em vários países europeus.^{1,2} Admitimos não ser o nosso País a excepção.

A necessidade de objectivar esta percepção, de ter uma noção da realidade que nos circunda, determinou a programação e realização do presente trabalho.

DOENTES E MÉTODOS

O estudo englobou 106 doentes asmáticos, que acorreram ao serviço de urgência do HSM por exacerbação da sua asma brônquica, entre Setembro e Dezembro do ano 2000. A sua idade média era de 40,8±14,1 anos (mínima 15 e máxima 70 anos, sendo 38 (35,8%) do sexo feminino, 94,3% de raça branca, e 40 (37,7%) fumadores activos – QUADRO I.

Quadro I

η = 106					
sexo feminino	n=38	(35,8%)	raça branca	n=100	(94,3%)
sexo masculino	n=68	(64,1%)	raça negra	n=6	(5,6%)
idade	40,8±14 anos		fumadores	n=40	(37,7%)
(limites	15 - 70 anos)		ex-fumadores	n=12	(11,3%)

No momento da alta os doentes foram, voluntariamente, submetidos a um inquérito, realizado por um médico previamente treinado para tal, que continha 25 questões visando: a caracterização da população estudada sob o ponto de vista geral e da sua doença; a gravidade da asma; o tratamento efectuado; o seguimento médico - diferenciação e frequência; a repercussão da asma nas actividades diárias; o conhecimento que possuíam sobre a sua doença e sobre a asma em geral.

A gravidade da asma, nas últimas 4 semanas, foi classificada de acordo com os critérios clínicos expressos na revisão de 1998 do consenso da Global Initiative for Asthma.

RESULTADOS

Dos 106 doentes inquiridos, 79 (74,5%) tinham iniciado as suas queixas antes dos 20 anos de idade, e 43,4% antes dos 5 anos – QUADRO II. 39,6% tinham, simultaneamente, sintomas sugestivos de rinite, 13,2% de conjuntivite e, em menores percentagens, de outra patologia acompanhante.

Quadro II

Desde que idade tem asma?	
< 5 anos	n= 46 (43,4%)
5 - 20 anos	n= 33 (31,1%)
> 20 anos	n= 27 (25,5%)

Patologias	associadas
rinite	n=42 (39,6%)
conjuntivite	n=14 (13,2%)
eczema	n=8 (7,5%)
urticária	n=1 (0,94%)
polipose nasal	n=2 (1,9%)
sinusite	n=2 (1,9%)
refluxo GE	n=2 (1,9%)

Quando inquiridos sobre quem os tratava regularmente 55,6% afirmaram ser seguidos em consultas de especialidade (pneumologia e alergologia) e 24,5% não tinham acompanhamento médico regular – QUADRO III.

Quadro III

Quem trata regularmente a sua asma?	
consulta de especialidade	n= 59 (55,6%)
consulta de Clínica geral	n= 21 (19,8%)
ninguém	n= 26 (24,5%)

Quando teve a última consulta?	
< 1 mês	n= 23 (21,7%)
1 a 6 meses	n= 34 (32,1%)
6 a 12 meses	n= 11 (10,4%)
> 12 meses	n= 38 (35,8%)

Para quando tem marcada a próxima consulta?	
< 3 meses	n= 24 (22,6%)
> 3 meses	n= 18 (16,9%)
sem marcação	n= 64 (60,4%)

A última consulta tinha sido realizada há menos de 1 mês apenas em 29,7% dos casos, e há mais de 6 meses em 46,2%. Só 39,5% tinham uma consulta marcada num futuro “relativamente” próximo – apenas 22,6% num período de tempo inferior a 3 meses. A maioria não tinha qualquer marcação.

Apesar da maioria ser seguida em consultas de especialidade, 47,2% nunca tinham efectuado qualquer tipo de avaliação funcional respiratória, e outros 27,3% já a tinham realizado há mais de 1 ano. Pouco mais de 1/3 sabia o que era um debitómetro ou P.F.M. e só 6 possuíam um e o usavam regularmente – QUADRO IV.

No entanto, nas últimas 4 semanas, 44,3% dos doentes eram portadores de uma asma persistente moderada ou grave e só em 35,8% ela podia ser considerada intermitente – QUADRO V, tendo no último ano 81,1% necessitado de auxílio médico não programado, dos quais 46,2% em serviços de urgência, tendo existido necessidade de internamento hospitalar em 16,0% dos casos.

Quadro IV

Fez avaliação funcional respiratória		
no último ano	n=27	(25,5%)
> a 1 ano	n=29	(27,3%)
nunca fez	n=50	(47,2%)
"Peak flow meter"		
sabe o que é	n=36	(33,9%)
tem um	n=6	(5,6%)
usa regularmente	n=6	(5,6%)

Quadro V

Gravidade nas últimas 4 semanas		
asma intermitente	n=38	(35,8%)
asma persistente ligeira	n=21	(19,8%)
asma persistente moderada	n=35	(33,0%)
asma persistente grave	n=12	(11,3%)
Procura de auxílio não programado no último ano		
médico	n=20	(18,9%)
serviço de urgência	n=49	(46,2%)
internamento	n=17	(16,0%)

Por causa da sua asma e, igualmente, no ano anterior cada doente perdeu, em média, cerca de 15 dias de trabalho ou de escola – QUADRO VI. No que concerne a limitação das actividades diárias, 94,7% dos doentes do sexo feminino referiram-na no que respeita o trabalho doméstico e 59,4% tinham-na quanto à prática desportiva. Embora em pequena percentagem alguns doentes sentiam-na, igualmente, no seu convívio e participação em reuniões sociais.

Quadro VI

Dias de trabalho ou escola perdidos no último ano		
14,7 ± 10,8 dias		
Limitação de actividade		
lida de casa (sexo feminino)	n=36	(94,7%)
actividade física normal	n=31	(29,2%)
desporto	n=63	(59,4%)
actividades sociais	n=7	(6,6%)

A medicação efectuada nas 4 semanas anteriores é apresentada no QUADRO VII. Nele observamos baixa percentagem de doentes que fazia corticosteroides inalados (32,0%) e/ou sistémicos (7,5%) existindo nítido domínio da medicação broncodilatadora. De igual modo, a existência de um plano escrito de tratamento de manutenção só era realidade para pouco mais de um terço dos doentes (35,8%) e a de um plano escrito de tratamento das exacerbações para um pouco mais de um quinto (21,6%).

A sintomatologia predominava de dia em 39,6% dos doentes – QUADRO VIII, e 33,9% tinham queixas nocturnas que perturbavam o sono. 40,5% tinham-nas durante o exercício.

Dois terços diziam conhecer o que desencadeava a sua asma mas as suas respostas – exceptuando a poeira doméstica (22,6%) e o polen (5,6%) eram vagas.

Quadro VII

Medicação efectuada nas últimas 4 semanas		
corticosteróides inalados	n=34	(32,0%)
corticosteróides sistémicos	n=8	(7,5%)
β2 agonistas curta duração de acção	n=46	(43,4%)
β2 agonistas longa duração de acção	n=25	(23,5%)
teofilinas	n=20	(18,9%)
antileucotrienos	n=4	(3,7%)
Tem um plano escrito de tratamento		
de manutenção	n=38	(35,8%)
das exacerbações	n=23	(21,6%)

Quadro VIII

Quando aparecem os sintomas?		
de dia	n=42	(39,6%)
de noite	n=36	(33,9%)
com exercício	n=43	(40,5%)
outros	n=8	(7,5%)
Sabe o que desencadeia a sua asma?		
sim	n=70	(66,0%)
pó	n=24	(22,6%)
"alergia"	n=21	(19,8%)
"tempo"	n=10	(9,4%)
polen	n=6	(5,6%)
"animais"	n=4	
"fumo"	n=4	
ansiedade	n=3	
"irritantes"	n=2	

Menos de 10% tinham conhecimento de que a sua doença tinha um carácter inflamatório – QUADRO IX, existindo um desconhecimento completo deste facto em mais de _ dos doentes, e só 7,5% sabiam que a inflamação das suas vias aéreas podia ser tratada.

Quadro IX

Sabe que a asma é uma doença inflamatória:		
refere espontaneamente	n=10	(9,4%)
após "orientação"	n=16	(15,0%)
desconhece	n=80	(75,5%)
Sabe que a inflamação pode ser tratada:		
	n=8	(7,5%)
Sente que devia estar melhor informado:		
	n=91	(85,8%)

O corolário lógico é o de cerca de 86% dos asmáticos deste estudo, afirmarem carecer de melhor informação acerca da sua doença.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Sendo a AB uma afecção crónica das vias aéreas, como foi atrás referido e é do conhecimento geral, o seu controle pretende prevenir a sintomatologia diurna e nocturna, bem como evitar as exacerbações, possibilitando aos doentes uma vida activa normal.

Assim, os objectivos do tratamento deverão ser:

- 1 - a ausência de sintomas (ou existência de sintomas mínimos) incluindo os nocturnos;
- 2 - a ausência de exacerbações (ou se existirem que sejam raras e ligeiras);

- 3 - a mínima necessidade de medicação de alívio;
- 4 - que o doente tenha uma actividade física, incluindo o exercício, sem limitações;
- 5 - que o doente tenha uma função respiratória normal (ou tão próximo do normal quanto possível);
- 6 - a prevenção do desenvolvimento da limitação irreversível do fluxo aéreo;
- 7 - a ausência ou efeitos adversos mínimos da medicação utilizada.

Para que estes objectivos, consensual e universalmente aceites, possam ser atingidos é necessária uma estratégia que engloba a educação do doente, o controle ambiental, a avaliação da gravidade da asma como base para a instituição de uma terapêutica farmacológica correcta, que pressupõe um plano escrito do tratamento a longo prazo e o das eventuais exacerbações.

O inquérito cujos resultados apresentámos, deixa-nos a noção de que todos estes aspectos teóricos não estão a ter grande aplicação prática.

Uma primeira objecção ao nosso trabalho poderá resultar do facto de todos os doentes terem sido inquiridos num serviço de urgência, a que acorreram por exacerbação da sua doença, e esta pequena amostra não ser, certamente, representativa das hipotéticas dezenas de milhar de asmáticos que devem existir nas freguesias de Lisboa e concelhos limítrofes que fazem parte da área de urgência do HSM. Outro aspecto relaciona-se com o facto de não terem sido inquiridos todos os doentes de um determinado dia, mas sim 1 ou 2 por dia de serviço, dos quatro médicos que o efectuaram.

Mas o objectivo não era, nem é, a generalização dos resultados, mas apenas o de efectuar uma avaliação absolutamente alietória, para se poder ter, como atrás se afirmou, uma noção da realidade, particularmente do que se passa na nossa hipotética área de influência.

Acresce que a área assistencial do HSM é, teoricamente, favorecida por nela existirem várias consultas de pneumologia e alergologia, incluindo a pediátrica, em 2 hospitais e num CDP, e terem sido promovidas acções de formação, sobre AB, em Centros de Saúde.

As consultas acima referidas justificam que a maioria dos doentes afirme ser nelas seguido, e que se torne pouco compreensível que cerca de 25% dos doentes não tenham acompanhamento médico regular.

Mas mesmo para os que o afirmam ter, segundo nossa opinião, ele não o é de facto. Na realidade um grupo significativo de doentes (cerca de 36%) teve a sua última consulta há mais de um ano e a maioria (60,4%), que veio ao serviço de urgência por exacerbação, não tem marcação para uma próxima consulta.

Sendo uma realidade inquestionável, que a AB carece de avaliações funcionais respiratórias, no laboratório e no domicílio, quer para o diagnóstico quer para o seguimento dos doentes, sendo aconselhável o exame funcional

“completo” no início do tratamento, quando o doente estabiliza, e depois anualmente, e o PFM em doentes com asma persistentes de maior gravidade ou instáveis, para uma maior acuidade diagnóstica e precisão terapêutica, é desoladora a constatação de quase metade dos doentes nunca terem feito uma avaliação funcional e só 5,6% usarem um PFM.

Isto num grupo de doentes cuja maioria, repetimos, é seguida em consultas de especialidade(!). 44,3% têm asma persistentes moderadas ou graves (valor que ultrapassa, largamente, as percentagens destes níveis de gravidade que encontramos na nossa consulta, que rondam os 20%), cerca de 34% têm sintomatologia nocturna e 81,1% terem tido, no último ano, necessidade de auxílio médico não programado, alguns (16,0%) carecendo, inclusivé, de internamento hospitalar. A que acresce uma perda significativa de dias de trabalho ou escolares por causa da sua asma que, em percentagens elevadas, foi um factor importante de limitação da sua actividade diária.

No que concerne ao tratamento, os resultados obtidos revelam-nos uma absoluta falta de lógica na maioria das respostas, para nós só explicável pela falta de informação e motivação dos doentes, dado que recusamos admitir outros eventuais factores. Contudo, neste grupo de doentes, os agentes anti-inflamatórios estavam prescritos num grupo limitado, sendo também baixa a percentagem dos que possuíam um plano escrito do tratamento a longo prazo e ainda menor os que o tinham para as exacerbações.

A falta de conhecimento sobre a doença e do modo de a controlar é outra das conclusões dos resultados das últimas questões do nosso inquérito, bem como a manifestação da necessidade de maior informação por elevada (85,8%) percentagem de doentes.

Estes resultados não diferem, substancialmente, dos observados em inquéritos realizados na Alemanha, Espanha, França, Holanda, Itália, Reino Unido e Suécia.^{1,2}

Não desejando generalizar, como já foi afirmado, a semelhança dos nossos resultados com os valores médios obtidos nestes países em várias questões, leva-nos a poder admitir, para o nosso País, um panorama pouco animador, no que concerne ao tratamento dos doentes asmáticos. Muito gostaríamos que a realidade fosse bem diferente, obviamente melhor, do que a apresentada.

Assim, como conclusão do presente estudo, podemos afirmar que é necessária muita informação e formação de doentes e profissionais de saúde, para que os objectivos anteriormente referidos possam ser atingidos em muito maiores e mais significativas percentagens de doentes, pois só assim poderão obter os níveis de qualidade de vida a que aspiram e têm direito.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - *Asthma insights and reality in Europe* – G. W. Sept. 1999
- 2 - *The air study* – Asthma in real life – *Asthma J.* (1999), 4, 74