

# Diagnóstico da doença alérgica em Portugal: Um estudo exploratório

## *Allergic disease diagnosis in Portugal: An exploratory study*

Data de receção / Received in: 08/12/2010

Data de aceitação / Accepted for publication in: 28/12/2010

Rev Port Imunoalergologia 2011; 19 (1): 23-32

Mariana Couto, Mário Morais de Almeida

Centro de Imunoalergologia / *Immunology Unit* – Hospital CUF Descobertas, Lisboa

### RESUMO

**Introdução:** As doenças alérgicas, pela elevada prevalência e morbidade, constituem um importante problema de saúde pública. A ausência de diagnóstico e de tratamento adequado tem sido uma realidade em todas as áreas da doença alérgica e representa dificuldades acrescidas para a qualidade de vida de quem sofre destas patologias. **Objectivo:** Determinar a prevalência do diagnóstico de várias doenças alérgicas, aferir qual o médico responsável pelo diagnóstico, se foram realizados testes específicos, bem como se existia acompanhamento e terapêutica; avaliar a prevalência de sintomas associados às doenças alérgicas, independentemente da existência de diagnóstico. **Métodos:** Foi realizado um questionário pela empresa Intercampus por entrevista directa e pessoal a uma amostra representativa dos indivíduos com idade superior a 15 anos residentes em Portugal Continental. **Resultados:** Foram inquiridos 1253 indivíduos, 658 (52%) do sexo feminino, dos quais 201 (16%) responderam ter diagnóstico de uma ou mais doenças alérgicas, sendo a rinite a doença mais referida (9%), seguida pela asma (6%), conjuntivite (2%), eczema atópico (1%) e anafilaxia (0,2%). O médico responsável pelo diagnóstico foi em 75% dos casos o médico de família, seguido do imunoalergologista (18%). Entre os inquiridos com diagnóstico de patologia alérgica, 69% realizou testes específicos e 71% encontravam-se medicados. Da amostra total, 36% dos indivíduos reportaram esternutação, 22% prurido nasal, 16% obstrução nasal, 16% prurido ocular, 12% tosse seca, 9% dispneia e 7% cansaço. **Conclusões:** Foram encontradas neste estudo taxas de diagnóstico de asma e eczema atópico no limite inferior do esperado face aos dados de prevalência nacionais e internacionais conhecidos para as idades incluídas; relativamente à rinite, conjuntivite e anafilaxia, assiste-se ainda a uma importante taxa de subdiagnóstico. A frequência de sintomas reportada, superior às taxas de diagnóstico, reforça a problemática da falta de diagnóstico destas doenças.

**Palavras-chave:** Asma, anafilaxia, diagnóstico, eczema, epidemiologia, rinite alérgica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Allergic diseases, with their high prevalence and morbidity, are a major public health problem. The lack of diagnosis and appropriate treatment has been a reality in all areas of allergic disease, and represents an additional adverse impact on the quality of life for those suffering from these diseases. **Aim:** To determine the prevalence of diagnosis of allergic diseases in Portugal, the physician responsible for the diagnosis, if specific tests were performed, and if patients were being followed up and on treatment; to assess the prevalence of symptoms suggestive of allergic disease, irrespective of their diagnosis. **Methods:** A questionnaire was conducted by the Intercampus company by direct and personal interviews in a representative sample of individuals aged 15 years or older, residing in mainland Portugal. **Results:** A total of 1253 individuals answered, of whom 658 (52%) were female; 201 (16%) of the responders reported having diagnosis of one or more allergic diseases, with rhinitis being the main disease diagnosed (9%), followed by asthma (6%) conjunctivitis (2%), atopic eczema (1%) and anaphylaxis (0.2%). The diagnosis was made by the general practitioner (GP) in 75% of cases, followed by the immunoallergologist (18%). Among those with a diagnosis of allergic disease, 69% performed specific tests and 71% were on treatment. In the total sample, 36% of subjects reported sneezing, 22% nasal itching, 16% nasal obstruction, 16% itchy eyes, 12% dry cough, 9% dyspnoea and 7% fatigue. **Conclusions:** We found rates of diagnosis of asthma and atopic eczema at the lower limit of what would be expected, considering the prevalence data from national and international studies for the ages included. With regard to rhinitis, conjunctivitis and anaphylaxis, there is still an important rate of under-diagnosis. The frequency of symptoms, higher than that of diagnosis, stresses the problematics of under-diagnosis of these diseases.

**Key-words:** Allergic rhinitis, anaphylaxis, asthma, diagnosis, eczema, epidemiology.

## INTRODUÇÃO

**A**s doenças alérgicas, pela elevada prevalência e morbidade, constituem um importante problema de saúde pública. Estas doenças podem diminuir muito a qualidade de vida das pessoas afectadas, sendo causa frequente de absentismo e de diminuição da produtividade<sup>1</sup>.

Nas últimas décadas, verificou-se um aumento substancial na prevalência das doenças alérgicas, com as tendências a apontarem para cerca de metade dos europeus afectados em 2015<sup>1</sup>. Este incremento parece estar sobretudo relacionado com estilos de vida associados ao desenvolvimento, como o sedentarismo, a maior permanência no interior dos edifícios, a menor prática de exercício físico, o aumento da poluição atmosférica e de consumo de tabaco, as alterações dos regimes alimentares e a obesidade.

A ausência de diagnóstico e de tratamento adequado é uma realidade em todas as áreas da doença alérgica e representa dificuldades acrescidas para a qualidade de vida de quem sofre destas doenças<sup>1,2</sup>.

A nível mundial, a asma é uma das doenças crónicas mais frequentes, afectando mais de 300 milhões de pessoas e calcula-se que seja responsável por cerca de 250 000 mortes anualmente. O peso da asma, avaliado em termos de anos de vida ajustados à deficiência (*disability-adjusted lifeyears – DALY*), coloca-a em 22.º lugar, com um impacto semelhante ao da diabetes ou da doença de Alzheimer, implicando custos globais muito significativos, tanto em termos de custos directos (designadamente internamentos e medicamentos) como indirectos (nomeadamente o tempo de trabalho perdido e a morte prematura)<sup>2</sup>.

Se é bem conhecido que a asma pode ter um desfecho mortal, por outro lado as alergias a alimentos, a fármacos

ou a veneno de himenópteros, são muitas vezes verdadeiros desafios diagnósticos, não sendo habitualmente por isso nem reconhecidas, nem valorizadas como responsáveis por quadros de anafilaxia potencialmente fatais.

A rinite, a asma e o eczema atópico são as doenças alérgicas mais frequentes e podem manifestar-se desde os primeiros meses de vida. No entanto, continua a existir um problema de falta de diagnóstico e consequente ausência de tratamento adequado, causando muito sofrimento à população afectada, bem como às suas famílias; “bronquite”, “bronquiolite”, “tosse alérgica”, “constipação”, “sinusite”, “adenoidite”, “alergia” são algumas das máscaras da asma e da rinite. Vários estudos epidemiológicos longitudinais têm identificado diferentes fenótipos de asma, da criança ao adulto, transitórios ou persistentes, reveladores de que apenas profissionais de saúde com formação adequada e experiência clínica poderão rentabilizar a abordagem destes casos crónicos, permitindo limitar o seu impacto a nível individual e social<sup>1</sup>. Mas, independentemente do grupo etário, se não temos diagnóstico como é que podemos prevenir, tratar e assim controlar a evolução das doenças alérgicas?

Neste sentido, o **objectivo** deste estudo foi determinar a prevalência actual de diagnóstico de várias doenças alérgicas em Portugal, aferir do médico responsável pelo diagnóstico, se foram realizados testes específicos para diagnóstico dessa doença alérgica, bem como se tem algum acompanhamento e terapêutica específicos e ainda se, independentemente do diagnóstico, os entrevistados reportam sintomas comuns sugestivos de doença alérgica.

## MÉTODOS

### Desenho do estudo

Este estudo (Omnibus), exploratório da problemática do diagnóstico da doença alérgica em Portugal, foi realizado pela empresa Intercampus (entidade promotora), entre os dias 16 e 27 de Abril de 2010, tendo-se concretizado

pela aplicação de um questionário por entrevista directa e pessoal por técnico especializado a indivíduos com idade superior a 15 anos residentes em Portugal Continental.

Os entrevistados foram seleccionados através do método de quotas, com base numa matriz que cruza as variáveis sexo, idade, instrução, ocupação, região (Norte Litoral, Grande Porto, Interior, Centro Litoral, Grande Lisboa, Alentejo e Algarve) e *habitat*/dimensão dos agregados populacionais. As quotas de ocupação são aplicadas às mulheres e as quotas de instrução aos homens. Assim, a partir de uma matriz inicial de região e *habitat*, são seleccionados aleatoriamente um número significativo de pontos de amostragem, onde são realizadas as entrevistas, através da aplicação das quotas referidas. O cruzamento destas variáveis garante uma distribuição proporcional da amostra em relação à população portuguesa em geral. As quotas foram definidas com base nas Estimativas da População Residente de 2006, do Instituto Nacional de Estatística. Os indivíduos seleccionados foram posteriormente abordados para entrevista directamente no seu domicílio. Para validação foi realizada uma supervisão de cerca de 20% do trabalho de cada entrevistador, realizado por um técnico especializado, através de um novo contacto directo ou telefónico com o entrevistado.

A taxa de participação situou-se aproximadamente nos 70%.

Foi realizada uma análise descritiva das frequências das respostas para cada pergunta do questionário.

### Questionário

O questionário (Anexo I) foi realizado no domicílio do indivíduo, em condições de total privacidade.

## RESULTADOS

Foram inquiridos 1253 indivíduos, dos quais 658 (52%) do sexo feminino. As principais características da amostra estão resumidas no Quadro I. O erro amostral é de  $\pm 2,76\%$ , para um intervalo de confiança de 95%.

**Quadro 1.** Caracterização demográfica da amostra

	Total de entrevistados
	n (%)
<b>Idades (anos)</b>	
15-24	192 (15,3)
25-34	242 (19,3)
35-44	237 (18,9)
45-54	223 (17,8)
55-64	161 (12,9)
>65	198 (15,8)
<b>Região</b>	
Norte Litoral	249 (19,9)
Grande Porto	166 (13,2)
Interior	178 (14,2)
Centro Litoral	212 (16,9)
Grande Lisboa	337 (26,9)
Alentejo	61 (4,9)
Algarve	50 (4,0)

Os principais resultados obtidos para cada patologia alérgica e sua distribuição por faixas etárias encontram-se resumidos no Quadro 2. Dos indivíduos entrevistados, 201 (16%) responderam ter diagnóstico de doença alérgica, e destes houve 12 (6%) que referiram ter mais de uma doença diagnosticada. A rinite foi a principal doença apontada (9%) e 4,8% desconhece a sua existência ou não respondeu.

O médico responsável pelo diagnóstico foi em 74,6% dos casos o médico de família, seguido do imunoalergologista (18,4% dos respondentes) e do pneumologista (5,0%); em 4,0% dos casos foi um médico de outra especialidade

e 1,0% referiu o farmacêutico; 4,9% do total de indivíduos indicou mais do que uma fonte de diagnóstico.

Entre os doentes com diagnóstico de patologia alérgica, 69% realizou testes específicos; no que se refere ao tratamento / acompanhamento específico de controlo da sua doença, 71% encontra-se medicada, sendo que 67% destes cumprem terapêutica apenas em SOS.

Do total da amostra inquirida, independentemente da existência de diagnóstico de doença alérgica, 50,9% dos indivíduos reportaram que “costumam ter” algum dos seguintes sintomas: espirros (36,2%), comichão no nariz (22,3%), obstrução nasal / nariz entupido (15,7%), comichão nos olhos (16,0%), tosse seca (12,3%), dificuldade em respirar (9,3%) e cansaço (7,3%) (Figura 1); o agravamento destes sintomas ocorre sobretudo na Primavera (66,8%), sendo referidas outras estações do ano (9,3% no Inverno, 8,6% no Verão e 2,6% no Outono); 7,5% refere predomínio de sintomas à noite, 3,4% agrava quando se encontra perto de animais, 2,3% quando faz exercício físico e 0,8% em locais com pó.

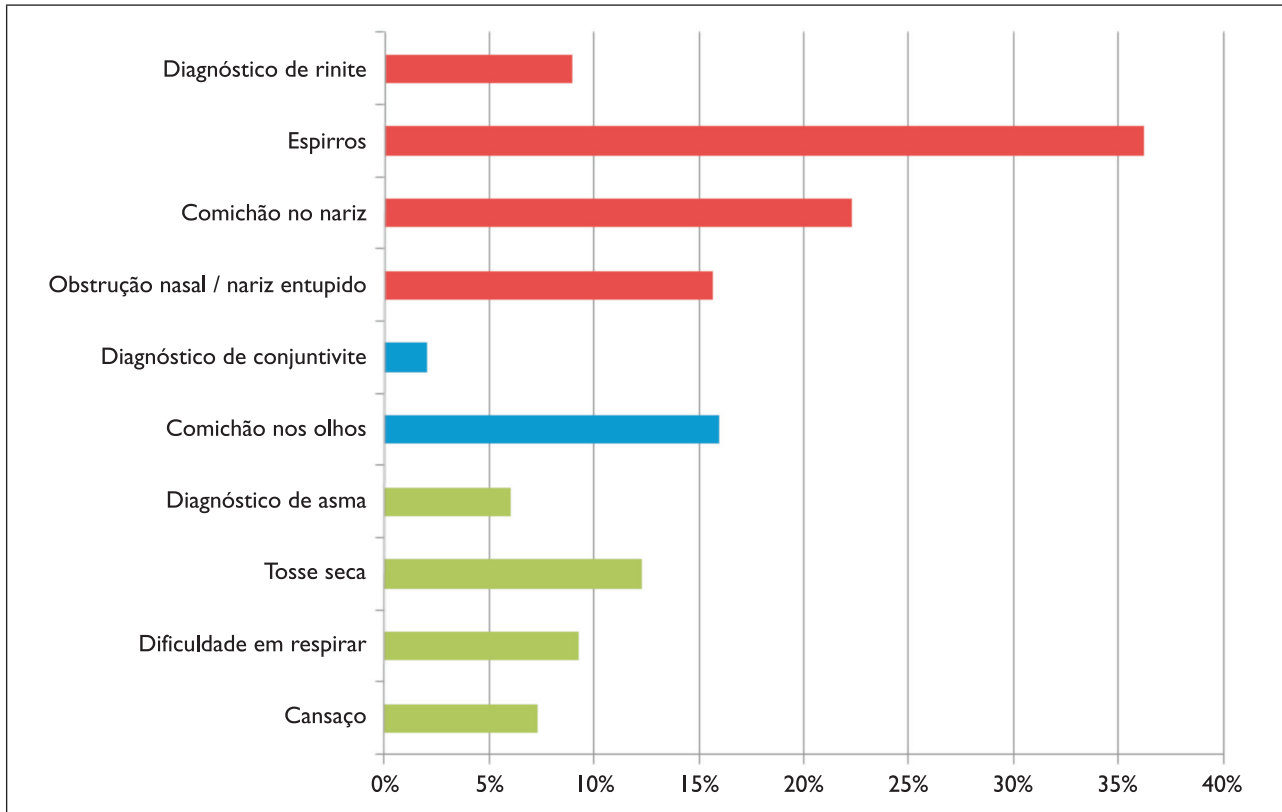
## DISCUSSÃO

### Rinite

A rinite foi a patologia alérgica com maior frequência de diagnóstico, mas ainda fica muito aquém do esperado, atendendo aos dados de sintomas sugestivos reportados

**Quadro 2.** Prevalência de diagnóstico de doença alérgica na amostra global e por faixa etária

	Rinite	Asma	Conjuntivite alérgica	Eczema atópico	Anafilaxia
<b>Amostra global n (%)</b>	113 (9,0)	75 (6,0)	27 (2,2)	14 (1,1)	2 (0,2)
<b>Faixa etária – anos</b>					
15-24 n (%)	10 (5,1)	8 (4,2)	2 (1,0)	3 (1,6)	0
25-34 n (%)	29 (12,0)	15 (6,2)	4 (1,6)	4 (1,7)	1 (0,4)
35-44 n (%)	21 (8,9)	11 (4,6)	4 (1,7)	3 (1,3)	1 (0,4)
45-54 n (%)	22 (9,9)	8 (3,6)	4 (1,8)	1 (0,4)	0
55-64 n (%)	20 (12,4)	13 (8,1)	6 (3,7)	2 (1,2)	0
>65 n (%)	11 (5,6)	20 (10,1)	7 (3,5)	1 (0,5)	0



**Figura 1.** Representação esquemática dos diagnósticos e respectivos sintomas sugestivos das várias doenças alérgicas inquiridos

pela amostra (esternutação em 36,2% dos inquiridos, prurido nasal em 22,3% e obstrução nasal em 15,7%) e conhecendo a prevalência estimada da doença apresentada noutros estudos; no entanto, tal facto apoia a já referida falta de diagnóstico desta doença<sup>1</sup>. No estudo epidemiológico transversal Avaliação da Prevalência e Caracterização da Rinite em Portugal Continental (Estudo ARPA)<sup>3,4</sup>, iniciado em 2004, cujo objectivo foi determinar, com base em questionários de sintomas, a prevalência de rinite em Portugal Continental, e que incluiu igualmente indivíduos com idade superior a 15 anos, verificou-se uma prevalência de 26,1% na amostra obtida em centros de saúde e de 39,6% entre estudantes do ensino secundário e universitário, percentagens francamente superiores às encontradas para o diagnóstico de rinite no presente estudo. Relativamente à presença de rinoconjuntivite no estudo ARPA, verificou-se uma prevalência de 18,4% e de 15,7%, respectivamente, entre a

amostra dos centros de saúde e de estudantes<sup>3,4</sup>. No estudo ARPA Seniores, realizado em 2008, e que incluiu 3678 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (média etária de 74 anos), a prevalência encontrada de rinite foi de 29,8%, sendo de 20,6% a prevalência de rinoconjuntivite, percentagens uma vez mais francamente superiores às observadas para a frequência do diagnóstico<sup>5</sup>. No *European Community Respiratory Health Survey* (ECHRS)<sup>6</sup>, em Portugal, apesar de apenas incluir indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 44 anos, foi encontrada uma prevalência de sintomas de rinite de 18,9% no Porto e de 16,7% em Coimbra. No rastreio epidemiológico promovido pela Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) em 2003, que incluiu 1023 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos residentes em Portugal continental, foi encontrada uma prevalência de clínica de rinite em 22,4% dos doentes.

A prevalência de sintomas sugestivos de conjuntivite alérgica neste estudo (16% da amostra referindo prurido ocular), assim como a reportada nos estudos ARPA<sup>3-5</sup>, foi francamente superior à frequência encontrada do seu diagnóstico nesta amostra (apenas 2%), parecendo traduzir uma significativa falta de valorização desta entidade.

No estudo ARPA, apenas 9,4% dos indivíduos que compunham a amostra referiam ter o diagnóstico médico de rinite, coincidente com o verificado neste presente estudo e uma vez mais evidenciando o subdiagnóstico desta patologia que, embora não seja considerada habitualmente uma doença grave no sentido de mortalidade, interfere na vida social dos doentes, podendo afectar muito o rendimento escolar e a produtividade no trabalho. Para além disto, os custos imputáveis à rinite são substanciais, nomeadamente os relacionados com comorbilidades e complicações<sup>7</sup>.

O subdiagnóstico da rinite identificado neste estudo (menos de metade da prevalência estimada da doença no nosso país) é por isso uma situação preocupante, mais ainda se atentarmos à sua relação com a asma, porque não só é um factor de risco independente para a sua ocorrência, como também a maior parte dos asmáticos têm clínica de rinite e até 40% dos doentes com rinite têm asma<sup>7</sup>.

### Asma

A asma é a segunda doença mais diagnosticada, com uma taxa semelhante à reportada noutros estudos. No Rastreamento Epidemiológico Nacional promovido pela SPAIC em 2003 foi encontrada uma prevalência de diagnóstico de asma de 7,8%, sendo que cumpriam regularmente tratamento para esta doença 60,8% dos asmáticos. Dados do ECHRS indicam uma prevalência do diagnóstico de asma de 6,0% em Coimbra e 4,3% no Porto. Mais recentemente, na 1.ª fase do inquérito INASMA 2010, verificou-se que 10,5% dos entrevistados já tiveram asma alguma vez na vida e 6,8% mantêm sintomas de asma actualmente (dados em ficheiro). Porém, a elevada percentagem de doentes com respostas assinalando a existência de sibilância nestes estudos (20,7% como mediana da amostra global no ECHRS

e 16,0% no rastreio epidemiológico promovido pela SPAIC) pode levar-nos a especular que tal se deva provavelmente ao subdiagnóstico desta patologia também nesses estudos, tal como se verifica no presente trabalho relativamente a outros sintomas sugestivos de asma, com 12,3% dos indivíduos a referir tosse seca, 9,3% dispneia e 7,3% cansaço. A discrepância entre frequências de sintomas e frequências de diagnóstico não é, no entanto, tão elevada como para a rinite e a conjuntivite. Tal facto poder-se-á dever a uma maior sensibilização dos médicos de família para esta patologia, uma vez que estes são, neste estudo, os principais médicos apontados como responsáveis pelos diagnósticos. Porém, este problema é preocupante se atentarmos no facto de, entre os doentes com diagnóstico de asma em Portugal, apenas 7,9% se encontrarem completamente controlados<sup>8</sup>.

### Eczema atópico

O eczema atópico é uma patologia mais frequente nas crianças, estimando-se que, tal como se identificou em Portugal no *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)*, afecte entre 10 e 20% da população pediátrica<sup>9</sup>, sendo o curso natural da doença, numa percentagem significativa, de melhoria e mesmo resolução completa até à adolescência. O facto de o grupo etário pediátrico não ter sido incluído na nossa amostra poderá justificar a prevalência encontrada para o seu diagnóstico. De facto, apesar de existirem poucos estudos epidemiológicos em adultos, e nenhum em Portugal, dados recentes apontam para uma prevalência entre 1 e 3% na Alemanha<sup>10</sup>, consistente, embora no seu limite inferior, com o encontrado no presente estudo. Devemos ainda realçar que estes dados para a Alemanha referem-se à presença de doença activa na idade adulta, não havendo dados da prevalência cumulativa deste diagnóstico ao longo da vida.

A par do que acontece com as restantes doenças alérgicas, o aumento a que se tem assistido na prevalência desta patologia<sup>11</sup> fará supor que esta tendência se mantenha de futuro, realçando a necessidade do diagnóstico para que a correcta terapêutica seja instituída precocemente,

minimizando assim o forte impacto na qualidade de vida destes doentes.

### Anafilaxia

As verdadeiras incidência e prevalência da anafilaxia são incertas. Apesar de conhecida desde há mais de 100 anos, só recentemente foram propostos uma definição e critérios de diagnóstico, facto que em muito contribuiu para a dificuldade de um reconhecimento inicial precoce desta emergência médica, conduzindo a um subdiagnóstico e, consequentemente, ao subtratamento<sup>12</sup>. A grande maioria dos estudos publicados até à data tenta descrever a sua epidemiologia centrando-se na recolha de dados de mortalidade por esta entidade, dados de admissões hospitalares ou de observações em serviços de urgência e, finalmente, em amostras da população geral; porém, estes nem sempre são comparáveis, atendendo à ausência prolongada de definição consensual desta patologia<sup>13</sup>.

Numa base de dados de cuidados de saúde primários do Reino Unido, foi recentemente identificada uma taxa de incidência de anafilaxia de 21,28 por 100 000 indivíduos/ano entre os indivíduos não asmáticos e 50,45 por 100 000 indivíduos/ano nos doentes asmáticos; entre estes, foram identificados como tendo risco significativamente acrescido aqueles com rinite alérgica ou eczema atópico concomitante<sup>14</sup>, o que torna a situação mais preocupante porque, tal como foi já discutido, são também patologias subdiagnosticadas no nosso país. Num estudo metodologicamente semelhante realizado também no Reino Unido, publicado cerca de 6 anos antes, versando o estudo da incidência de anafilaxia na população em geral, estimou-se uma incidência de 8,4 por 100 000 indivíduos/ano<sup>15</sup>, o que denota a tendência crescente desta patologia.

Em Portugal não são conhecidas até à data taxas de prevalência ou incidência de anafilaxia na população em geral. Os trabalhos no nosso país versando esta temática foram realizados em centros de cuidados terciários, quer estimando a prevalência deste diagnóstico em doentes internados, e tendo-se encontrado uma frequência de anafilaxia de 0,012%<sup>16</sup>, quer em doentes recorrendo ao am-

bulatório de um serviço de imunoalergologia, onde se identificou uma prevalência de 1,34% durante um ano<sup>17</sup>. Nesta perspectiva, em termos casuísticos, muito poderá contribuir o sistema de notificação de anafilaxia implementado pela SPAIC, permitindo um melhor conhecimento da situação no nosso país.

Porém, os dados do *American College of Allergy, Asthma and Immunology* revelam que a prevalência cumulativa durante a vida na população em geral será entre 0,5 a 2%<sup>18</sup>. Ainda que não se trate de dados nacionais, estes são superiores aos reportados para a frequência do diagnóstico de anafilaxia neste trabalho, facto preocupante, uma vez que se trata de uma patologia com desfecho potencialmente fatal.

Estudos anteriores tinham revelado como sendo claramente insuficientes os conhecimentos dos médicos de família acerca de diagnóstico e tratamento de reacções anafilácticas<sup>19</sup>, o que poderá ser responsável pela falta de reconhecimento desta patologia, uma vez que parecem ser os principais médicos responsáveis pelo diagnóstico.

Se é indiscutível que a adrenalina é um fármaco essencial na reversão dos quadros graves de anafilaxia, inegável é também o facto de a evicção do agente implicado ser a melhor arma profiláctica; porém, a regra tem sido a baixa taxa de referência à consulta de Imunoalergologia<sup>16,20</sup> para identificação do agente causal implicado, o que é preocupante.

### Agravamento dos sintomas em épocas específicas do ano

Independentemente dos sintomas reportados, aproximadamente dois terços da amostra refere sentir agravamento na Primavera, destacando-a claramente de outras estações do ano, como é o caso do Outono. Esta situação não seria expectável face à conhecida prevalência de sensibilização a ácaros, superior à dos pólenes no nosso país<sup>21</sup>. O facto de o estudo se ter realizado em plena Primavera terá sido provavelmente responsável por algum grau de enviesamento, justificando não só esta elevada proporção, como também a baixa taxa de doentes que

reporta agravamento com o pó, apenas 0,8%, muito aquém do previsível atendendo à elevada sensibilização a ácaros<sup>21</sup>. Esta taxa, contudo, também se poderá dever à formulação da pergunta do questionário, em que apenas se refere “pó”, não especificando se se trata do pó doméstico, o que suscita alguma dificuldade na distinção, por exemplo, com pó de obras / poeira da rua; o não reconhecimento por parte dos inquiridos da presença do pó doméstico em livros antigos ou roupas guardadas, que frequentemente desencadeiam sintomas, também poderá estar relacionado.

### Testes específicos

Verifica-se na presente amostra que uma percentagem ainda considerável, cerca de um terço dos doentes diagnosticados, nunca realizou testes específicos no sentido de diagnosticar a sua patologia. Reconhecidamente importantes instrumentos de confirmação do diagnóstico, os testes *in vivo* ou *in vitro* dão-nos ainda informações úteis relativamente aos alérgenos envolvidos, permitindo orientar o doente relativamente à evicção alérgica, que deveria fazer sempre parte de estratégia de abordagem da doença, e ainda permitindo orientar a administração de imunoterapia específica, a única opção terapêutica com capacidade de alterar a história natural da doença. A relativamente baixa taxa de doentes que apontam o imunoalergologista como o médico responsável pelo diagnóstico poderá ser responsável por esta situação.

### Tratamento específico de controlo

É significativo o facto de cerca de um terço dos indivíduos com diagnóstico de doença alérgica não cumprir terapêutica de controlo e, daqueles que cumprem, a maior parte o fazer apenas em épocas específicas do ano.

A exposição a alérgenos varia durante todo o ano e há períodos durante os quais há pouca exposição, motivo pelo qual os doentes não são medicados. Por outro lado, a “corticofobia” é ainda motivo de abandono da terapêutica por parte dos doentes, sendo necessária a intervenção dos médicos na sua desmistificação. Porém, mesmo sem

sintomas, os doentes alérgicos mantêm uma inflamação persistente mínima, que deve ser tratada sob pena de se instalarem alterações persistentes da arquitectura das vias aéreas, resultando em declínio funcional progressivo.

Sendo os médicos de família referidos como os principais responsáveis pelo diagnóstico das doenças alérgicas, é importante fomentar o reconhecimento destas patologias, assim como sensibilizar para esta necessidade de terapêutica, muitas vezes crónica. Por outro lado, coloca-se a questão da adesão a tratamentos longos; ainda que prescritos pelo imunoalergologista, é fundamental que o médico de família, com o seu papel de proximidade, reforce junto do doente a necessidade da terapêutica regular.

## CONCLUSÕES

Em consonância com a crescente prevalência das doenças alérgicas, e fruto de uma maior sensibilização para estas patologias, assiste-se actualmente a um melhor diagnóstico das mesmas. Foram encontradas neste estudo taxas de diagnóstico de asma e de eczema atópico próximas do que seria de esperar face aos dados de prevalência nacionais e internacionais para as idades incluídas, embora se situem nos seus limites inferiores. De facto, no caso específico da asma, mesmo os dados de prevalência nacionais estão provavelmente aquém do real, pois em todos os estudos a percentagem de indivíduos sintomáticos é superior à taxa de diagnosticados.

Atendendo a que, entre os doentes com este diagnóstico em Portugal, apenas menos de 10% se encontram completamente controlados, devemos alertar para a necessidade de muito haver a melhorar neste campo.

Contudo, também muito há ainda a fazer no que se refere a outras patologias alérgicas. No que à anafilaxia diz respeito, e extrapolando os dados de prevalência de outros países, a frequência do diagnóstico fica aquém da provável prevalência nacional real desta patologia, facto de extrema importância, uma vez que se trata de uma entidade clínica grave e potencialmente fatal.



Relativamente à rinite e à conjuntivite alérgicas, assiste-se ainda a um subdiagnóstico das mesmas, sendo as taxas de diagnóstico inferiores ao que seria expectável e desejável, sobretudo se tivermos em conta o impacto da rinite na asma e os custos (directos e indirectos) a ela imputáveis.

Sendo os médicos de família os principais responsáveis pela instituição de um correcto diagnóstico, é importante fomentar o alerta constante por parte destes clínicos para o conhecimento sobre as doenças alérgicas, não só pelo impacto que têm na vida dos doentes afectados, como pelos custos associados. Aos médicos imunoalergologistas cabe não só o papel de diagnóstico, esclarecimento de dúvidas, abordagem e seguimento dos doentes mais graves, contando com a colaboração dos médicos de família através de referênciação a esta consulta especializada, mas também de constante sensibilização da restante comunidade médica e população em geral para tão prevalente e importante problema de saúde pública, que em muito pode diminuir a qualidade de vida das pessoas afectadas.

Para finalizar, esperamos que este estudo exploratório seja mais um contributo para aumentar a notoriedade das doenças alérgicas em Portugal, realçando que o subdiagnóstico continua a ser uma significativa realidade com o consequente impacto social e falta de controlo evidenciado pela maioria dos cidadãos que sofrem destas patologias.

## AGRADECIMENTOS

À empresa Intercampus, pela iniciativa louvável de conduzir este estudo e pela divulgação dos dados, valioso contributo para um melhor conhecimento da doença alérgica em Portugal.

**Financiamento:** Intercampus (trabalho de campo).

**Declaração de conflitos de interesse:** Nenhum.

Contactos:

Mariana Couto

marianafercouth@gmail.com

## REFERÊNCIAS

1. Bousquet J, Burney PG, Zuberbier T, Cauwenberge PV, Akdis CA, Bindslev-Jensen C, et al. GA2LEN (Global Allergy and Asthma European Network) addresses the allergy and asthma 'epidemic'. *Allergy* 2009;64:969-77.
2. GARD – Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas – Uma abordagem integradora. Jean Bousquet, Nikolai Khaltaev (Eds.). Organização Mundial de Saúde 2007. Versão portuguesa – Direcção-Geral de Saúde, Lisboa, 2008.
3. Morais-Almeida M, Loureiro C, Todo-Bom A, Nunes C, Pereira C, Delgado L, et al. Avaliação da prevalência e caracterização da rinite em utentes dos cuidados de saúde primários de Portugal Continental – estudo ARPA. *Rev Port Imunoalergologia* 2005;13:69-80.
4. Morais-Almeida M, Nunes C, Loureiro C, Todo-Bom A, Pereira C, Delgado L, et al. Prevalência de sintomas de rinite em estudantes portugueses dos 15 aos 25 anos – Estudo ARPA. *Rev Port Imunoalergologia* 2006;4(Supl.1):S3-S12.
5. Morais-Almeida M, Gaspar A, Todo-Bom A, Nunes C, Loureiro C, Borrego LM, et al. Asma e rinite na população nacional de idosos – ARPA Seniores. [abstract]. *Rev Port Imunoalergologia* 2009;17(Supl.2):S25.
6. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and the use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Eur Respir J* 1996;9:687-95.
7. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy* 2008;63(Suppl.86):S8-S160.
8. Mendes Z, Madeira A, Costa S, Inácio S, Vaz M, Araújo AT et al. Avaliação do controlo da asma através do *Asthma Control Test™* aplicado em farmácias portuguesas. *Rev Port Imunoalergologia* 2010;18:313-30.
9. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998;351:1225-32.
10. Schmitt J, Bauer A, Meurer M. Atopic eczema in adulthood. *Hautarzt* 2008;59:841-52.
11. Williams HC. Epidemiology of atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol* 2000;25:522-9.
12. Sampson HA, Munõz-Furlong A, Bock SA, Schmitt C, Bass R, Chowdhury BA et al. Symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report. *J Allergy Clin Immunol* 2005;115:584-91.
13. Lieberman P. Epidemiology of anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2008;8:316-20.

14. González-Pérez A, Aponte Z, Vidaurre CF, Rodríguez LA. Anaphylaxis epidemiology in patients with and patients without asthma: A United Kingdom database review. *J Allergy Clin Immunol* 2010;125:1098-104.
15. Peng MM, Jick H. A population-based study of the incidence, cause, and severity of anaphylaxis in the United Kingdom. *Arch Intern Med* 2004;164:317-9.
16. Botelho C, Cruz L, Rodrigues J, Castel-Branco MG. Anafilaxia: Revisão de 10 anos num hospital central de Portugal. *Rev Port Imunoalergologia* 2008;16:57-71.
17. Morais-Almeida M, Gaspar A, Santa-Marta C, Piedade S, Leiria-Pinto P, Pires G, et al. Anafilaxia – Da notificação e reconhecimento à abordagem terapêutica. *Rev Port Imunoalergologia* 2007;15:19-41.
18. Lieberman P, Camargo CA Jr, Bohlke K, Jick H, Miller RL, Sheikh A, et al. Epidemiology of anaphylaxis: findings of the American College of Allergy, Asthma and Immunology Epidemiology of Anaphylaxis Working Group. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006;97:596-602.
19. Ferreira MB, Alves RR. Are general practitioners alert to anaphylaxis diagnosis and treatment? *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2006;38:83-6.
20. Braganza SC, Acworth JP, Mckinnon DR, Peake JE, Brown AF. Paediatric emergency department anaphylaxis: different patterns from adults. *Arch Dis Child* 2006;91:159-63.
21. Burbach GJ, Heinzerling LM, Edenharter G, Bachert C, Bindslev-Jensen C, Bonini S, et al. GA<sup>2</sup>LEN skin test study II: clinical relevance of inhalant allergen sensitizations in Europe. *Allergy* 2009;64:1507-15.

## ANEXO I: QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO ESTUDO.

### 1. Já lhe foi **diagnosticado** algum dos seguintes tipos de alergia / doença alérgica?

- Asma
- Rinite alérgica
- Conjuntivite alérgica
- Dermatite atópica (eczema)
- Anafilaxia
- Não, nenhuma

(Se assinalou não, passe para a pergunta 6)

### 2. Por quem foi feito esse diagnóstico?

- Clínico geral / médico de família
- Alergologista
- Pneumologista
- Outro médico
- Farmácia

### 3. Fez algum tipo de testes específicos para lhe ser diagnosticada essa alergia?

- Sim
- Não

### 4. Faz algum tipo de tratamento específico para controlar essa alergia?

- Sim
- Não

(Se respondeu não, passa para a pergunta 6)

### 5. E o tratamento é contínuo ou apenas em caso de SOS?

- Contínuo
- Em caso de SOS

### 6. Costuma ter algum dos seguintes sintomas?

- Espirros
- Comichão no nariz
- Comichão nos olhos
- Dificuldade em respirar
- Obstrução nasal / nariz entupido
- Tosse seca
- Cansaço (provocado pela dificuldade em respirar)
- Não

(Se respondeu não, termina aqui o questionário)

### 7. Esses sintomas agravam-se especificamente em alguma das seguintes ocasiões?

- Na Primavera
- No Verão
- No Outono
- No Inverno
- Quando está perto de animais
- À noite
- Quando faz exercício
- Em locais com pó