

A asma e a DPOC na visão do pneumologista*

Asthma and COPD according to the pulmonologist

Hisbello da Silva Campos, Antonio Carlos Moreira Lemos

Resumo

Objetivo: Avaliar como o pneumologista vê o impacto da asma e da DPOC na sua clientela, e como ele vem tratando essas doenças. **Métodos:** Inquérito com 227 pneumologistas participantes do VI Congresso de Asma e II Congressos Brasileiros de DPOC e de Tabagismo, realizados em 2007. **Resultados:** As respostas dos pneumologistas mostraram que a DPOC é um problema de saúde pública igual ou maior que a asma, e que a DPOC causa inúmeros transtornos para o doente e para seus familiares. Na escolha do dispositivo inalatório, a simplicidade de uso é mais importante que o custo, havendo discreta predileção pelos sistemas Aeroliser® e Diskus®. A associação entre budesonida e formoterol foi a conduta terapêutica mais citada para o tratamento continuado do asmático sintomático, enquanto o brometo de tiotrópio foi o medicamento preferido pela maior parte para o tratamento continuado do portador de DPOC. A escolha do esquema para o tratamento continuado do asmático e do portador de DPOC é especialmente influenciada pela publicação de resultados de ensaios terapêuticos na literatura. **Conclusões:** A opinião do pneumologista sobre os temas abordados está de acordo com a literatura especializada.

Descritores: Questionários; Asma; DPOC; Condutas na prática dos médicos; Brasil.

Abstract

Objective: To evaluate how pulmonologists view the impact that asthma and COPD has on their patients, as well as how they treat these diseases. **Methods:** Survey including 227 pulmonologists participating in the VI Brazilian Asthma Conference, II Brazilian COPD Conference and II Brazilian Smoking Conference, all of which were held in 2007. **Results:** According to the answers given by the pulmonologists, COPD is a public health problem of equal or greater importance than asthma, and COPD causes various disruptions in the lives of patients and their family members. When prescribing an inhalation device, pulmonologists feel that simplicity of use is more important than is the cost. There was a slight preference for the Aeroliser® and Diskus® systems. The budesonide-formoterol combination was the therapeutic regimen most often cited for the continued treatment of the symptomatic asthma, whereas tiotropium bromide was the most often cited medication for the treatment of patients with COPD. Selection of the therapeutic regimen for asthma and COPD is primarily influenced by the results of therapeutic trials published in the literature. **Conclusions:** The opinions of pulmonologists on the topics under study are in concordance with data in the specialized literature.

Keywords: Questionnaires; Asthma; Pulmonary disease, chronic obstructive; Physician's practice patterns; Brazil.

Introdução

A asma e a DPOC são exemplos de doenças frequentes nos consultórios dos pneumologistas. As duas interferem no cotidiano e matam. Enquanto a primeira prevalece entre as crianças, a outra incide sobre o adulto, sobretudo a partir da quinta década de vida. A asma interfere no lazer e no trabalho, motiva atendimentos repetidos em pronto-socorros e em ambulatorios, provoca hospitalizações e pode matar. A DPOC, por sua vez, é uma doença contra a qual pouco

de efetivo pode ser oferecido, tendo como único obstáculo a sua prevenção. Ela é uma das principais causas de morbidade crônica e de mortalidade no mundo, e essa situação tende a piorar.⁽¹⁾

Ambas são causas importantes de sofrimento humano e de prejuízos financeiros, tanto para os doentes como para seus familiares, comunidades e governos, caracterizando sérios problemas de saúde pública na maior parte do mundo.⁽²⁾ Por

* Trabalho realizado no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Escola Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro (RJ) Brasil e na Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Brasília (DF) Brasil.

Endereço para correspondência: Hisbello da Silva Campos. Rua do Catete, 311/708, CEP 22220-001, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Tel 55 21 2245-5614. E-mail: hisbello@globo.com

Apoio financeiro: Nenhum.

Recebido para publicação em 2/7/2008. Aprovado, após revisão, em 15/9/2008.

essa razão, diversas organizações e sociedades médicas definiram rotinas diagnósticas e terapêuticas (consensos), visando maior efetividade na abordagem dessas doenças. Entretanto, mesmo com a comunidade médica internacional empenhada em ações efetivas que reduzam o peso que ambas representam, estudos recentes demonstram vários problemas associados ao manejo da asma e da DPOC: o descompasso entre as expectativas dos doentes e as ações médicas realizadas, o manejo inadequado promovido por parte dos profissionais de saúde e o impacto da doença no cotidiano e nos orçamentos pessoais, institucionais e governamentais.⁽³⁾

Com o objetivo de avaliar como o pneumologista vê o cenário das duas doenças, o impacto delas sobre sua clientela e qual o tratamento utilizado, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) realizou, em 2007, um inquérito com 227 médicos, cujas respostas são apresentadas e comentadas neste artigo.

Métodos

Estudo transversal realizado por meio de inquérito através de questionário padronizado (Anexo 1), aplicado durante o VI Congresso de Asma e II Congressos Brasileiros de DPOC e de Tabagismo, realizados entre 22 e 25 de agosto de 2007 em Belo Horizonte (MG). Os pneumologistas que passavam pelo *stand* da SBPT eram convidados a responder ao questionário.

Resultados

Dentre os cerca de mil participantes do congresso, 227 pneumologistas, dos quais 141 (62%) do sexo masculino e 86 (38%) do sexo feminino, atenderam ao convite e responderam ao questionário. Destes, 21% eram formados há até 10 anos; 66%, entre 10 e 30 anos; e 13% há

mais de 30 anos. Pouco mais que a metade dos entrevistados informou atender apenas adultos; 3% eram pneumopediatras; e 42% atendiam doentes de todas as idades.

Ao procurar saber a opinião do médico sobre qual das duas doenças—asma ou DPOC—representava o maior problema de saúde pública, 56% dos entrevistados consideraram que ambas são equivalentes. Essa opinião independeu do tempo de formado. No entanto, quando perguntados sobre qual das duas representava o maior problema para seu portador, 54% indicaram a DPOC, e apenas 4%, a asma. Os demais (42%) disseram acreditar que ambas representavam problemas equivalentes para seus portadores. Novamente, o tempo de formado não parece influir nessa visão.

Considerando que as características das duas doenças fazem com que os familiares/responsáveis tenham que assumir responsabilidades nos cuidados do doente, procurou-se saber qual delas, na visão do pneumologista, representaria um peso maior. Novamente, a metade (49%) dos entrevistados achou que ambas eram equivalentes; 40% apontaram a DPOC como a que representava uma maior carga para os familiares; e apenas 10% indicaram a asma.

Procurou-se saber que fatores eram considerados na escolha da abordagem medicamentosa. Quando perguntados sobre o que consideravam mais importante—dispositivo inalatório ou fármaco—na seleção do medicamento a ser prescrito, dois terços dos entrevistados responderam que ambos eram igualmente importantes, enquanto proporções semelhantes privilegiaram um ou outro. Essa opinião também foi independente do tempo de formado.

A SBPT vem promovendo a produção e a distribuição de consensos no manejo da asma e da DPOC há vários anos. Neles, de forma atua-

Tabela 1 – Distribuição das respostas, segundo o tempo de formado do pneumologista, para a questão “Qual a opção que prescreve com maior frequência para o tratamento continuado do asmático sintomático?”

Tempo de formado, anos	CB, n (%)	BF, n (%)	FS, n (%)	Indiferente, n (%)
1-10	9 (20)	26 (57)	8 (17)	3 (7)
11-20 ^a	5 (7)	41 (60)	12 (18)	10 (15)
21-30 ^a	10 (12)	44 (54)	15 (19)	12 (15)
> 30	2 (7)	14 (47)	9 (30)	5 (17)
Total	26 (12)	125 (56)	44 (20)	30 (13)

CB: corticosteroide inalatório e β2-agonista, quando necessário; BF: budesonida e formoterol inalatórios; e FS: fluticasona e salmeterol inalatórios. ^aUm participante em cada grupo não forneceu informação.

Tabela 2 – Distribuição das respostas, segundo o tempo de formado do pneumologista, para a questão “Qual a opção que prescreve com maior frequência para o tratamento continuado do portador de DPOC?”

Opção terapêutica*	Tempo de formado, anos				Total, n (%)
	1-10, n (%)	11-20, n (%)	21-30, n (%)	> 30, n (%)	
BI	-	1 (1)	1 (2)	2 (7)	4 (2)
BT	1 (2)	2 (3)	4 (6)	2 (7)	9 (4)
B2LD	2 (4)	-	1 (2)	-	3 (1)
BI + B2CD	2 (4)	5 (7)	2 (3)	2 (7)	11 (5)
BI + B2LD	16 (35)	16 (24)	9 (14)	2 (37)	43 (20)
B2LD + CI	1 (2)	4 (6)	3 (5)	1 (33)	9 (4)
B2LD + B2CD	-	-	1 (2)	-	1 (< 1)
BT + B2CD	2 (4)	-	-	-	2 (1)
BT + B2LD	6 (13)	16 (24)	17 (26)	9 (33)	48 (23)
BT + B2LD + CI	13 (28)	24 (35)	24 (36)	12 (74)	73 (35)

BI: brometo de ipratrópio; BT: brometo de tiotrópio; B2LD: β_2 -agonista de longa duração; BI + B2CD: brometo de ipratrópio + β_2 -agonista de curta duração; BI + B2LD: brometo de ipratrópio + β_2 -agonista de longa duração; B2LD + CI: β_2 -agonista de longa duração + corticosteroide inalatório; B2LD + B2CD: β_2 -agonista de longa duração + β_2 -agonista de curta duração; BT + B2CD: brometo de tiotrópio + β_2 -agonista de curta duração; BT + B2LD: brometo de tiotrópio + β_2 -agonista de longa duração; e BT + B2LD + CI: brometo de tiotrópio + β_2 -agonista de longa duração + corticosteroide.

*Oito participantes não forneceram informação.

lizada e semelhante aos principais consensos internacionais, estão previstas as orientações terapêuticas segundo a gravidade dessas doenças. Provavelmente, a maior parte dos pneumologistas no Brasil conhece as condutas diagnósticas e terapêuticas divulgadas nesses consensos, mas, por vezes, outros fatores estão envolvidos na decisão medicamentosa. Um dos objetivos do inquérito foi o de saber acerca das abordagens terapêuticas empregadas e dos fatores envolvidos na escolha do esquema de tratamento do asmático e do portador de DPOC. Na Tabela 1, são apresentadas as respostas à questão sobre qual o esquema medicamentoso mais empregado no tratamento continuado do asmático sintomático. Pode-se observar que, independentemente do tempo de formado, a opção “budesonida + formoterol” foi escolhida por pouco mais da metade dos entrevistados.

Na Tabela 2, são apresentadas as respostas à questão sobre qual a opção terapêutica prescrita mais frequentemente para o tratamento continuado do portador de DPOC. Pode-se notar que a associação brometo de tiotrópio (BT) + β_2 -agonista de longa duração (B2LD) + corticosteroide inalatório (CI) parece ser o esquema terapêutico mais usado pelos pneumologistas, independentemente do tempo de formado. Em segundo lugar, vem a combinação BT + B2LD.

O dispositivo inalatório é importante para a efetividade da medicação inalada. Inúmeros estudos demonstram que a escolha do sistema

de inalação deve considerar características do usuário, da solução a ser inalada e do local desejado para a deposição do fármaco. No Brasil, há três modelos de dispositivos inalatórios para a associação B2LD + CI: Aeroliser® (cápsulas para inalação), Diskus® e Turbohaler®. Dois terços dos entrevistados informaram ter preferência por determinado dispositivo inalatório. Na Tabela 3, podem ser vistas as preferências de acordo com o tempo de formado. Pode-se notar que há uma discreta predileção, independentemente do tempo de prática, pelos sistemas Aeroliser® e Diskus®.

Quando perguntados sobre qual o fator mais importante para dar preferência a determinado sistema de inalação, “simplicidade de uso” foi o mais citado (38%). O grau de penetração na árvore brônquica foi o fator apontado por 15%

Tabela 3 – Distribuição das respostas, segundo o tempo de formado do pneumologista, para a questão “Qual sistema de inalação prefere para a associação β_2 -agonista de longa duração + corticosteroide?”

Tempo de formado, anos	Aeroliser®, n (%)	Diskus®, n (%)	Turbohaler®, n (%)
1-10	14 (42)	9 (27)	6 (18)
11-20	18 (40)	15 (33)	10 (22)
21-30 ^a	15 (31)	14 (29)	16 (33)
> 30	7 (30)	11 (48)	3 (13)
Total	54 (36)	49 (33)	35 (24)

^aOnze participantes não fizeram distinção entre os sistemas Diskus® e Turbohaler®.

Tabela 4 – Distribuição das respostas para a questão “Qual o fator mais importante para a escolha do medicamento?”

Fator	Grau de importância ^a				
	1	2	3	4	5
Ensaios terapêuticos publicados comparando a efetividade dos diferentes medicamentos.	6	2	7	16	182
Informações obtidas na Internet.	55	22	43	21	35
Informações disponibilizadas pelas indústrias farmacêuticas durante os simpósios.	50	31	44	22	30
Informações disponibilizadas pelas indústrias farmacêuticas por meio de seus representantes durante visitas ao seu consultório/hospital.	69	39	37	16	15
Apoio da indústria farmacêutica que comercializa o medicamento a atividades científicas (congressos, seminários, etc.).	64	32	31	21	32
Apoio da indústria farmacêutica que comercializa o medicamento à participação do médico em congressos.	78	27	30	15	26

^a1: pouco importante; e 5: muito importante.

e a opinião do doente, por 12%. O custo foi o fator menos apontado (7%).

Finalmente, procurou-se saber qual fator era mais importante na seleção do medicamento a ser prescrito. Foram dadas várias opções, englobando diferentes modalidades de informação científica e apoio dado pelas indústrias farmacêuticas às atividades médicas. Foi pedido ao pneumologista que desse um grau de valor para cada uma delas, variando de 1 (pouco importante) a 5 (muito importante). Na Tabela 4, podem ser vistos os graus de importância dados a cada um dos fatores listados.

Discussão

O impacto do binômio asma e DPOC sobre o indivíduo, sobre sua família e sobre a sociedade é enorme e vem aumentando em relação direta com o envelhecimento da população, com a poluição ambiental e com o aumento do consumo de tabaco. As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) são de que, em 2025, a população mundial envelhecerá e que o grupo etário de maiores que 65 anos passará a representar 10% da população, em contraste com os 6,6% atuais.⁽⁴⁾

Aparentemente, a prevalência da asma está aumentando tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, afetando pessoas de todas as idades, raças e grupos étnicos. As estimativas do *Global Initiative for Asthma* da OMS são de que 300 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de asma.⁽⁵⁾ Sua prevalência é variada, entre 1% e 18% da popu-

lação em diferentes países.⁽⁶⁾ Há evidências de que venha aumentando em certos países, de que tenha aumentado recentemente em outros e de que, no presente, esteja estabilizada em alguns outros. Com a projeção de que a proporção da população mundial urbana passará de 45% para 59% em 2025, tudo indica que o número de asmáticos aumentará nas próximas duas décadas. Assim, estima-se que mais 100 milhões de pessoas serão asmáticas em 2025.^(5,6) Segundo estimativas da OMS, a asma provoca a perda de 15 milhões de *disability-adjusted life years* (DALYs, anos de incapacitação ajustados pela idade), que representa a soma dos anos de vida perdidos por morte prematura ou por incapacitação. Essa medida representa o impacto de uma doença na sociedade, representando 1% de todas as perdas causadas por doenças. Ainda segundo as estimativas da OMS, a asma causa cerca de 250 mil mortes anualmente em todo o mundo,⁽⁵⁾ o que representa 1:250 mortes.

Em 1990, a DPOC ocupava o 12º lugar no ranking das causas de DALYs; em 2020, provavelmente, estará ocupando o 5º lugar entre as DALYs e o 3º como causa de morte.⁽⁷⁾ Atualmente, a OMS estima que 210 milhões de pessoas tenham DPOC em todo o mundo, e que essa doença tenha causado a morte de mais de três milhões de pessoas em 2005 (5% de todas as mortes ocorridas naquele ano).⁽⁸⁾ Provavelmente, o número de mortes por DPOC aumentará 30% nos próximos dez anos, a não ser que medidas urgentes venham a ser tomadas para reduzir os fatores de risco, especialmente o tabagismo. Por ser um exemplo forte

de doença associada ao tabaco, é difícil dissociar sua epidemiologia daquela do fumo. Embora a DPOC também esteja associada à pobreza,⁽⁹⁾ ela é menos frequente nos países em desenvolvimento, porque neles a população é mais jovem e o consumo de tabaco, menor, quando comparados aos países industrializados. Entretanto, as projeções são de que suas taxas aumentarão também nessas regiões, pois o consumo de tabaco está crescendo (entre 1985 e 1990, aumentou em 3,4%; entre 1995 e 2000, estima-se que tenha aumentado 2,7%).⁽⁶⁾ No Brasil, a tendência parece ser inversa. Segundo um estudo, a DPOC representa a sexta causa de morte, e sua prevalência é próxima a 16%.⁽¹⁰⁾ É importante lembrar que, embora a DPOC tenha sido tradicionalmente considerada uma doença característica daqueles com idade superior a 50 anos, um estudo recente revelou que a doença pode estar presente no grupo etário de 20-45 anos.⁽¹¹⁾ Do mesmo modo, a visão histórica de que a DPOC seja predominante no sexo masculino vem sendo revista, na medida em que o tabagismo vem se tornando mais frequente entre as mulheres.⁽¹²⁾ O hábito de usar combustível de biomassa no aquecimento e na cozinha, em determinados países, também é um fator responsável pelo fato de a incidência da doença estar ficando equivalente em ambos os sexos.⁽¹³⁾

Ao sofrimento humano determinado pelas duas doenças, deve-se adicionar o custo financeiro vinculado ao diagnóstico, ao tratamento, aos cuidados com a continuidade deste e às atribuições a que elas submetem os familiares e os responsáveis pelos doentes. A asma representa um custo substancial—cerca de 1% de todos os custos de saúde em alguns países desenvolvidos. Uma proporção significativa dos gastos (mais de 30% do custo direto e, possivelmente, três quartos do custo total) é consequência do controle inadequado da doença, aumentando as taxas de atendimento de emergência e hospitalizações. Em termos de custo individual, o peso econômico em diferentes países desenvolvidos varia entre US\$ 300 e US\$ 1.300 por asmático por ano,⁽¹⁴⁾ sendo desproporcionalmente maior naqueles com formas mais graves da doença.⁽¹⁵⁾ A DPOC, por sua vez, também é responsável por um enorme custo financeiro, tanto direto (valor dos recursos da saúde direcionados para o diagnóstico e manejo médico) como indireto (valor monetário da incapacitação, do absenteísmo ao

trabalho, dos cuidados domiciliares e da mortalidade prematura). Na União Europeia, estima-se que os custos diretos das doenças respiratórias representem 6% de todo o orçamento da saúde. Nesses custos, a DPOC responde por 56%. Nos EUA, os custos diretos da DPOC foram da ordem de US\$ 18 bilhões, e os indiretos, de US\$ 14,1 bilhões.⁽¹⁵⁾ Globalmente, combinando a prevalência da doença com seu impacto, a DPOC representa quase três vezes o custo per capita da asma.⁽¹⁶⁾ Para os planos de saúde, o gasto per capita é 2,5 vezes maior do que com os doentes sem DPOC (US\$ 8.482 vs. US\$ 3.511).⁽¹⁷⁾

No Brasil, entre 1992 e 2006, as doenças respiratórias ocuparam a oitava posição entre as principais causas de hospitalização, sendo responsáveis por 15% (13-17%) de todas as hospitalizações financiadas pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). Nesse período, apenas nos hospitais financiados pelo SUS, a asma foi responsável por um número médio anual de 324.237 hospitalizações, ou seja, 888 hospitalizações/dia (17% de todas as hospitalizações motivadas por doenças respiratórias e 3% de todas as hospitalizações notificadas pelo SIH-SUS durante aquele período).⁽¹⁸⁾ A DPOC foi responsável por um número médio anual de 237.779 hospitalizações, ou seja, 651 hospitalizações/dia (12% de todas as hospitalizações por doenças respiratórias e 2% do número total de hospitalizações financiadas pelo SIH-SUS).⁽¹⁹⁾ Provavelmente, o número de hospitalizações por conta da DPOC foi maior, mas o preenchimento das causas de hospitalização no sistema de codificação gera distorções. Ainda em nosso país, no período 1979-2006, enquanto a asma foi responsável por uma média de 2.155 mortes anuais (cerca de 6 mortes/dia),⁽²⁰⁾ a DPOC causou 22.010 mortes, em média (60 mortes/dia). Durante todo o período, as taxas anuais de mortalidade por DPOC demonstraram tendência de crescimento: em 1980, 9.358 mortes; em 2004, 35.548 mortes).⁽²¹⁾

Coerentemente com os dados expostos acima, cerca de um terço dos entrevistados no inquérito de Belo Horizonte informaram acreditar que a DPOC represente um problema de saúde pública maior que a asma, enquanto pouco mais da metade acredita que ambas sejam equivalentes. É importante ressaltar que, por não ter sido entrevistada uma amostra

representativa dos pneumologistas brasileiros, os resultados aqui apresentados não podem ser extrapolados para a classe. Representam, apenas, a opinião do grupo entrevistado. Mesmo assim, esse grupo foi composto por aproximadamente 25% dos presentes ao VI Congresso de Asma e II Congressos Brasileiros de DPOC e de Tabagismo, e não houve qualquer tipo de seleção na escolha daqueles que responderam ao questionário, que era oferecido a todos os que passavam pelo *stand* da SBPT. Dessa forma, pode-se supor que os resultados aqui apresentados estejam próximos da realidade.

Tanto a asma quanto a DPOC representam, também, um grande impacto sobre a sociedade e sobre os familiares, podendo provocar ausência ao trabalho de, pelo menos, duas pessoas—do doente e de um de seus familiares, que deve ficar em casa para cuidar deste. Ou seja, a produtividade perdida é dobrada. Sob essa perspectiva, o custo financeiro da DPOC supera o da asma, já que ela causa um maior número de hospitalizações, utiliza medicamentos com custo mais elevado e pode agregar ações de alto custo para o tratamento ideal, como reabilitação cardiopulmonar e oxigenoterapia. Os portadores de DPOC são adultos, a maioria em idade produtiva; a asma é mais frequente entre as crianças. Assim, o custo decorrente de absenteísmo ao trabalho e de aposentadorias precoces deve ser mais elevado na DPOC. Dessa forma, talvez possa considerar-se a DPOC um problema de saúde pública maior que a asma. No presente inquérito, mais da metade dos entrevistados (54%) acreditavam que a DPOC representasse um problema maior que a asma para o doente, enquanto 41% achavam que estas fossem equivalentes. No que se refere ao comprometimento que ambas significam para os familiares e/ou responsáveis, cerca da metade dos entrevistados (49%) disse acreditar que elas sejam equivalentes, enquanto 40% elegeram a DPOC como a que gera mais problemas para os familiares. Sintetizando, sob qualquer óptica, seja da saúde pública, seja do doente ou de seus responsáveis, a metade (49%) dos pneumologistas entrevistados afirmaram que ambas são equivalentes e pouco menos da metade (41%) apontaram a DPOC como a maior fonte de sofrimento. Essa opinião está de acordo com o cenário das duas doenças—a asma causaria cerca de 250 mil mortes anualmente; a DPOC, pouco mais de 3 milhões. O custo financeiro da

asma varia entre US\$ 300 e US\$ 1.300 por asmático por ano, e o custo da DPOC seria três vezes maior. O comprometimento da qualidade de vida também é superior na DPOC.

Está demonstrado, na literatura especializada, que o pneumologista é mais efetivo que o clínico geral no atendimento aos doentes obstrutivos.^(22,23) Estudos que visavam comparar clínicos gerais e pneumologistas demonstraram que os especialistas não apenas empregam os recursos disponíveis com maior efetividade, como o cuidado e os desfechos alcançados são melhores, tornando o valor do pneumologista no tratamento do asmático grave ou do portador de formas avançadas da DPOC indiscutível.⁽²⁴⁾ Principalmente no caso da DPOC, doença sobre a qual a desinformação é significativa entre a população geral,⁽⁹⁾ a falta de capacitação específica entre médicos generalistas gera um impacto negativo no tratamento dos doentes.⁽²⁵⁾

Dentre o arsenal terapêutico disponível atualmente e comprovadamente efetivo no tratamento do asmático sintomático, a associação B2LD + CI é considerada a melhor opção.⁽⁵⁾ Para o tratamento da DPOC, o brometo de tiotrópio (BT), que tem efeito broncodilatador prolongado (pouco mais que 24 horas), é considerado o melhor medicamento disponível atualmente.⁽²⁶⁾ Diversos estudos demonstram que, administrado por via inalatória na dose de 18 µg uma vez ao dia, ele é superior ao brometo de ipratrópio, empregado quatro vezes ao dia,⁽²⁷⁾ e ao salmeterol, inalado duas vezes ao dia.⁽²⁸⁾ Aparentemente, a associação do BT ao formoterol, acompanhado ou não de CI, é o esquema medicamentoso ideal nas formas de gravidade intermediária da DPOC.⁽²⁹⁾

Parte do questionário procurou avaliar as condutas terapêuticas preferidas pelos pneumologistas no tratamento continuado da asma e da DPOC. Na questão sobre a opção prescrita com maior frequência para o tratamento continuado do asmático sintomático, pouco mais da metade (56%) indicou a associação budesonida + formoterol. Enquanto cerca de 20% informaram preferir a associação fluticasona + salmeterol, para 13% não havia diferença significativa entre elas. Pouco mais de 10% disseram preferir o uso de CI isolado, associado ao emprego de um β_2 -agonista de curta duração, quando necessário. Dessa forma, aparentemente, a prática dos pneumologistas no tratamento do asmático está

de acordo com o conhecimento científico atual. Quando perguntados sobre qual a opção terapêutica preferida para o tratamento continuado do portador de DPOC, pouco mais de um terço (37%) dos entrevistados informou preferir a associação B2LD + CI + BT. Uma parcela pouco menor (21%), disse preferir a associação B2LP + BT. De modo geral, a maior parte (63%) disse prescrever sempre o BT, isolado ou associado. Novamente, as respostas obtidas demonstram sintonia entre a prática e o conhecimento científico.

As características do sistema de inalação são importantes para a efetividade da medicação inalada. Esse fato é conhecido pelos pneumologistas entrevistados, dado que mais de 80% deles informaram achar que o dispositivo inalatório era tão ou mais importante que o fármaco a ser prescrito. Segundo os entrevistados, a simplicidade de uso é a característica mais importante na escolha do sistema, tendo sido observada maior predileção pelos sistemas Aeroliser® e Diskus®, quando considerada a administração da associação B2LD + CI. É interessante notar que o custo do sistema ou, em outras palavras, da medicação, foi o fator considerado menos importante na escolha da prescrição. No cenário nacional, no qual a redução dos preços dos medicamentos é um instrumento importante para tornar o tratamento acessível à maior parcela da população, essa opinião pode soar contrária à demanda.

Finalmente, procurou-se avaliar quais os principais fatores envolvidos na escolha do esquema terapêutico do asmático e do portador de DPOC. Na maior parte das vezes, o principal fator citado foi o resultado de ensaios terapêuticos publicados. Esse fato vai ao encontro das corretas práticas informadas. Segundo as respostas obtidas, as informações disponibilizadas pelas indústrias farmacêuticas, seja na Internet, seja através de simpósios (congressos e seminários, por exemplo), seja nas visitas dos propagandistas ao consultório/hospital, seja o apoio da indústria farmacêutica na participação do médico em congressos, têm pouco valor na escolha do medicamento.

Resumindo, segundo a maior parte dos pneumologistas entrevistados, a DPOC é um problema tanto de saúde pública como pessoal, igual ou maior que a asma. Na escolha do dispositivo inalatório, a simplicidade de uso é

mais importante que o custo, havendo discreta predileção pelos sistemas Aeroliser® e Diskus®, quando considerada a administração da associação B2LD + CI. A associação budesonida + formoterol foi a conduta terapêutica mais citada para o tratamento continuado do asmático sintomático, enquanto o brometo de tiotrópio foi o medicamento preferido pela maior parte para o tratamento continuado do portador de DPOC. A escolha do esquema para o tratamento continuado do asmático e do portador de DPOC é especialmente influenciada pela publicação de resultados de ensaios terapêuticos.

Agradecimentos

Agradecemos à Maria Beatriz Campos a revisão gramatical deste texto. Agradecemos, também, à Maria do Socorro de Moraes Bezerra, assistente administrativa da SBPT a ajuda inestimável, atraindo e convencendo os pneumologistas participantes do VI Congresso de Asma e II Congressos Brasileiros de DPOC e de Tabagismo a responderem o questionário. Finalmente, agradecemos à Rosangela Maria Allão Sena e Regina Claudia Gayoso de Azeredo Coutinho a grande ajuda, compilando todas as informações obtidas para sua posterior tabulação e análise através do programa Epi Info.

Referências

1. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS; GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163(5):1256-76.
2. Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med*. 1998;4(11):1241-3.
3. Halpern MT, Stanford RH, Borker R. The burden of COPD in the U.S.A.: results from the Confronting COPD survey. *Respir Med*. 2003;97 Suppl C:S81-9.
4. World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2008 Mar]. The World Health Report 1998. Life in the 21st century. A vision for all. Available from: www.who.int/entity/whr/1998/en/
5. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R; Global Initiative for Asthma (GINA) Program. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy*. 2004;59(5):469-78.
6. World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2008 Mar]. The world health report 1999 - making a difference. Available from: www.who.int/entity/whr/1999/en/

7. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349(9064):1498-504.
8. World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2008 Mar]. The World Health Report 2006. Available from: www.who.int/entity/respiratory/copd/GOLD_WR_06.pdf
9. Miravittles M, de la Roza C, Morera J, Montemayor T, Gobartt E, Martín A, et al. Chronic respiratory symptoms, spirometry and knowledge of COPD among general population. *Respir Med*. 2006;100(11):1973-80.
10. Jardim JR, Nascimento O. Respiratory health in Brazil. *Chron Respir Dis*. 2007;4(1):45-9.
11. de Marco R, Accordini S, Cerveri I, Corsico A, Sunyer J, Neukirch F, et al. An international survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages. *Thorax*. 2004;59(2):120-5.
12. Soriano JB, Maier WC, Egger P, Visick G, Thakrar B, Sykes J, et al. Recent trends in physician diagnosed COPD in women and men in the UK. *Thorax*. 2000;55(9):789-94.
13. Di Marco F, Verga M, Reggente M, Maria Casanova F, Santus P, Blasi F, et al. Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respir Med*. 2006;100(10):1767-74.
14. Sullivan S, Elixhauser A, Buist AS, Luce BR, Eisenberg J, Weiss KB. National Asthma Education and Prevention Program working group report on the cost effectiveness of asthma care. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996;154(3 Pt 2):S84-95.
15. National Asthma Campaign (Australia). Report on the cost of asthma in Australia. Melbourne: National Asthma Campaign; 1997.
16. Strassels S, Sullivan D, Smith DH. Characterization of the incidence and cost of COPD in the US. *Eur Respir J*. 1996;9(Suppl 23):421s.
17. Grasso ME, Weller WE, Shaffer TJ, Diette GB, Anderson GF. Capitation, managed care, and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;158(1):133-8.
18. Campos HS. Asma como causa de hospitalização no Brasil, 1992-2006. No prelo. In press.2009.
19. Campos HS. Doença pulmonar obstrutiva crônica como causa de hospitalização no Brasil, 1992-2006. In press 2009na.
20. Campos HS. Mortalidade por asma no Brasil, 1979-2006. In press 2009.
21. Campos HS. Mortalidade por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil, 1980-2006. In press 2009.
22. Janson S, Weiss K. A national survey of asthma knowledge and practices among specialists and primary care physicians. *J Asthma*. 2004;41(3):343-8.
23. Schermer T, Smeenk F, van Weel C. Referral and consultation in asthma and COPD: an exploration of pulmonologists' views. *Neth J Med*. 2003;61(3):71-81.
24. Wu AW, Young Y, Skinner EA, Diette GB, Huber M, Peres A, et al. Quality of care and outcomes of adults with asthma treated by specialists and generalists in managed care. *Arch Intern Med*. 2001;161(21):2554-60.
25. Barr RG, Celli BR, Martinez FJ, Ries AL, Rennard SI, Reilly JJ Jr, et al. Physician and patient perceptions in COPD: the COPD Resource Network Needs Assessment Survey. *Am J Med*. 2005;118(12):1415.
26. Guyatt GH, Townsend M, Pugsley SO, Keller JL, Short HD, Taylor DW, et al. Bronchodilators in chronic air-flow limitation. Effects on airway function, exercise capacity, and quality of life. *Am Rev Respir Dis*. 1987;135(5):1069-74.
27. Easton PA, Jadue C, Dhingra S, Anthonisen NR. A comparison of the bronchodilating effects of a beta-2 adrenergic agent (albuterol) and an anticholinergic agent (ipratropium bromide), given by aerosol alone or in sequence. *N Engl J Med*. 1986;315(12):735-9.
28. Blosser SA, Maxwell SL, Reeves-Hoche MK, Localio AR, Zwillich CW. Is an anticholinergic agent superior to a beta 2-agonist in improving dyspnea and exercise limitation in COPD? *Chest*. 1995;108(3):730-5.
29. Haughney J, Gruffydd-Jones K. Patient-centred outcomes in primary care management of COPD - what do recent clinical trial data tell us? *Prim Care Respir J*. 2004;13(4):185-97.

Sobre os autores

Hisbello da Silva Campos

Médico. Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Escola Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Antonio Carlos Moreira Lemos

Chefe do Serviço de Pneumologia. Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA) Brasil.

Anexo 1 – Questionário padronizado utilizado no estudo.

Prezado(a) colega,

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) e o Centro de Referência Prof. Helio Fraga, MS estão estudando os fatores envolvidos na decisão da conduta terapêutica na asma e na DPOC. Para tal, pedimos que o colega responda ao questionário abaixo. Asseguramos que o questionário é anônimo e que as questões abordadas serão usadas apenas para o objetivo do estudo, cujos resultados serão publicados na revista da SBPT.

Grato pelo seu apoio,

SBPT

Centro de Referência Prof. Helio Fraga, MS.

01) Sexo: Masc ☐ Fem ☐

02) Tempo de formado: ☐☐anos

03) Atende asmáticos e/ou portadores de DPOC? Sim ☐ Não ☐

04) Atende adultos ☐ crianças ☐ ambos ☐

05) Na sua opinião, qual das duas representa o maior problema de Saúde Pública?

☐ Asma ☐ DPOC ☐ São equivalentes

☐ Nenhuma delas representa um problema de Saúde Pública

06) Na sua opinião, qual das duas representa o maior problema para o seu portador?

☐ Asma ☐ DPOC ☐ São equivalentes

07) Na sua opinião, qual das duas representa o maior problema para os familiares/responsáveis pelo doente?

☐ Asma ☐ DPOC ☐ São equivalentes

08) O que tem mais importância na definição da medicação para o seu doente (asmático ou portador de DPOC)?

☐ O sistema de inalação ☐ Os fármacos ☐ Ambos são igualmente importantes

09) Qual das opções abaixo você prescreve com maior frequência para o tratamento continuado do asmático sintomático?

☐ Corticosteroide inalatório isolado regular e beta 2 SOS

☐ Budesonida + formoterol

☐ Salmeterol + fluticasona

10) Qual das opções de medicação inalatória abaixo você prescreve com maior frequência para o tratamento continuado do portador de DPOC?

☐ Brometo de ipratrópio

☐ Brometo de tiotrópio

☐ Brometo de ipratrópio + beta 2 agonista de ação curta

☐ Brometo de ipratrópio + beta 2 agonista de ação prolongada

☐ Brometo de tiotrópio + beta 2 agonista de ação curta

☐ Brometo de tiotrópio + beta 2 agonista de ação prolongada

☐ Brometo de tiotrópio + beta 2 agonista de ação prolongada + corticosteroide

11) Você tem preferência por algum dos sistemas de inalação disponíveis para a associação de corticosteroide e beta 2 agonista de ação prolongada inalatórios?

Sim ☐ Não ☐

Caso SIM, por qual? ☐ Turbohaler ☐ Diskus ☐ Cápsulas para inalação

12) Caso você tenha preferência por algum dos sistemas de inalação disponíveis, qual o fator mais importante para a sua escolha?

☐ Simplicidade de uso ☐ Grau de penetração na árvore brônquica ☐ Custo

☐ Opinião do doente ☐ Não tenho preferência

13) Quais os fatores envolvidos na definição do medicamento escolhido para seu doente?

(Utilize de 1 a 5 em sua resposta: 1 = pouco importante; 5 = muito importante):

☐ Ensaios terapêuticos publicados comparando a efetividade dos diferentes medicamentos.

☐ Informações obtidas na Internet.

☐ Informações disponibilizadas pelas indústrias farmacêuticas em simpósios.

☐ Informações disponibilizadas pelas indústrias farmacêuticas através de seus representantes durante visitas ao seu consultório/hospital.

☐ Apoio da indústria farmacêutica que comercializa o medicamento a atividades científicas (congressos, seminários etc.).

☐ Apoio da indústria farmacêutica que comercializa o medicamento na participação do médico em congressos.