

# Avaliação da prevalência e caracterização da rinosinusite nos cuidados de saúde primários em Portugal

## Evaluation of the prevalence and characterization of rinosinusitis in primary health care centers in Portugal

Ezequiel Barros • Agostinho Silva • António Sousa Vieira • Carla André • Deodato Silva • João Branquinho Prata • João Pinto Ferreira  
Margarida Santos • Paulo Gonçalves • Eva Leiria • Nilza Gonçalves • Sofia Andrade

### RESUMO

**Objectivos:** Determinar a prevalência da rinosinusite (RS) diagnosticada nos Centros de Saúde (CS) portugueses, aferindo formas de apresentação e tratamento desta patologia. **Desenho do Estudo:** Estudo epidemiológico, transversal. **Material e Métodos:** Entre Maio/2008 e Junho/2009 avaliou-se uma coorte de utentes que se dirigiram à consulta de clínica geral, nos CS seleccionados. **Resultados:** Incluíram-se 1.201 utentes, 71% do sexo feminino com idade média

de 41,7±13,2 anos. A prevalência global de RS foi de 19,2%, [n=231; 17,1%, 21,5%; IC 95%]. A prevalência de RS aguda foi de 7,4% [n=89; 6,0%, 9,0%; IC 95%] e a de RS crónica de 13,0% [n=156; 11,2%, 15,0%; IC 95%]. **Conclusões:** A prevalência pontual de RS calculada foi elevada, principalmente a de RS crónica. Metade dos doentes (50%) já tinha efectuado pelo menos um exame complementar de diagnóstico. Verifica-se algum desfasamento entre as orientações para diagnóstico e tratamento da RS e a prática actual nos CS.

**Palavras-chave:** Rinosinusite, prevalência, diagnóstico, tratamento.

#### Ezequiel Barros

Director do Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José

#### Agostinho Silva

Director do Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

#### António Sousa Vieira

Director do Serviço de Otorrinolaringologia dos Hospitais Privados de Portugal – Porto

#### Carla André

Médico Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta

#### Deodato Silva

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital Egas Moniz

#### João Branquinho Prata

Director do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Fernando da Fonseca

#### João Pinto Ferreira

Médico Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar do Porto - Hospital Geral de Santo António

#### Margarida Santos

Director do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de São João

#### Paulo Gonçalves

Médico Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga - Hospital São Sebastião

#### Eva Leiria

Núcleo de Investigação e Desenvolvimento, Keypoint, Consultoria Científica, Lda.

#### Nilza Gonçalves

Núcleo de Investigação e Desenvolvimento, Keypoint, Consultoria Científica, Lda.

#### Sofia Andrade

Núcleo de Investigação e Desenvolvimento, Keypoint, Consultoria Científica, Lda.

#### Correspondência:

Eva Leiria

Keypoint, Consultoria Científica, Lda.

Ed. Miraflores Premium - Alameda Fernão Lopes, nº 16, 6º andar

Tel.: +351 214 200 480; Fax: +351 214 200 489; E-mail: eleiria@grupokeypoint.com

SUPORTE FINANCEIRO: Schering-Plough Farma, Lda. Portugal

### ABSTRACT

**Objective:** To determine RS prevalence, diagnosed at the Portuguese Primary Health Care Centres (PHCC), and to assess diagnostic and treatment practices. **Study Design:** Epidemiologic, cross-sectional study. **Material and Methods:** A cohort of subjects attending general practice medical appointments, in selected PHCC, was evaluated. **Results:** Between May/2008 and June/2009, 1,201 subjects were included with a mean age of 41.7±13.2 years, of which 71% were female. The total prevalence of RS was 19.2%, [n=231; 17.1%, 21.5%; 95% CI]. The prevalence of acute RS was 7.4%, [n=89; 6.0%; 9.0%; 95% CI], and of chronic RS was 13.0% [n=156; 11.2%, 15.0%; IC 95%]. The estimated prevalence of RS is high. About 92% of patients with RS presented at least one symptom for disease diagnosis (p<0.001). **Conclusions:** Half of the patients (50%) with RS had already been submitted to, at least, one medical exam. Same relevant difference between RS diagnostic and treatment guidelines and the current practice in Primary Health Care Centres were found. **Keywords:** Rinosinusitis, prevalence, diagnosis, treatment.

### INTRODUÇÃO

As doenças do tracto respiratório representam uma das razões mais comuns para consultas de carácter urgente e um dos principais motivos de prescrição de antibióticos. Doentes de todos os países, raças e

grupos etários sofrem deste tipo de doença, que além de afectar a sua qualidade de vida, tem um importante impacto socio-económico .

A rinosinusite (RS) é uma patologia que afecta transversalmente qualquer grupo etário, com consequências relevantes nas actividades diárias dos indivíduos, na medida em que afecta a sua vida profissional e/ou académica .

A RS é definida como uma inflamação sintomática da mucosa dos seios perinasais e da cavidade nasal, uma vez que a sinusite está quase sempre acompanhada de inflamação da mucosa nasal adjacente<sup>3</sup>. Assim, a RS é caracterizada pela associação de dois ou mais dos seguintes sintomas: obstrução ou congestão nasal, rinorreia anterior e ou posterior, dor ou pressão facial, redução ou perda do olfacto<sup>1</sup>. São múltiplas as causas que poderão estar envolvidas no desenvolvimento da RS, uma das quais são os agentes infecciosos. A RS poderá ser diagnosticada como aguda ou crónica, consoante a duração dos sintomas, considerando-se crónica quando os sintomas persistem durante mais de 12 semanas .

Quando num ano há 4 ou mais episódios agudos de RS sem sintomas persistentes entre episódios, a patologia pode ser designada de rinosinusite aguda recorrente. Na maior parte dos casos, a rinosinusite aguda surge quando durante uma infecção respiratória viral há envolvimento dos seios perinasais.

Apesar da elevada incidência de RS aguda, e da elevada prevalência e morbilidade de RS crónica , são ainda poucos os dados epidemiológicos acerca desta patologia. Estima-se que, em indivíduos adultos, o número médio de constipações por ano esteja entre as 2 e as 5, e que nas crianças em idade escolar esse número aumente para 7 a 10 constipações por ano<sup>6</sup>. De acordo com um estudo recente realizado na população holandesa, a incidência global de infecções agudas do tracto respiratório foi de 545 casos por 10.000 pessoas-ano, estimando-se 900.000 consultas por queixas respiratórias por ano . Esta é uma das doenças crónicas mais comuns nos EUA, com uma prevalência estimada de 14 a 16% na população adulta . Para além disso, a RS constitui, nos EUA, a 5ª causa mais comum para prescrição de antibióticos, e os seus custos foram estimados em 6 mil milhões de dólares, implicando uma perda de produtividade correspondente a 50 milhões de dias por ano .

Em Portugal, não existiam, até muito recentemente, dados epidemiológicos, de incidência e de tratamento desta patologia. Em 2008 foram publicados os dados relativos ao Estudo da Prevalência da Rinosinusite em Portugal (estudo RITA) , no qual foram incluídos

5.116 indivíduos. Os dados apresentados neste estudo epidemiológico apontam para uma prevalência de RS de 13,7%, sendo que, aproximadamente 70% dos inquiridos afirmou já ter consultado o médico, na maioria das vezes, o médico de clínica geral, tendo sido diagnosticada rinite a 32% e sinusite a 45%.

No seguimento dos resultados anteriormente apresentados, pretendeu-se determinar a prevalência da RS diagnosticada ao nível dos cuidados de saúde primários, considerando para o diagnóstico a sintomatologia apresentada ou descrita pelos sujeitos inquiridos. Nesse sentido e para aferir práticas de diagnóstico e de tratamento desta patologia, participaram neste estudo clínicos Gerais de Centros de Saúde distribuídos pelo território nacional.

#### **MATERIAL E MÉTODOS**

Estudo epidemiológico, transversal, de uma coorte de utentes que se dirigiram à consulta de clínica geral, nos Centros de Saúde seleccionados. Definiu-se uma amostra representativa da população que recorre aos Centros de Saúde, a nível Nacional, tendo sido incluídos utentes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 14 anos e igual ou inferior a 65 anos e com diagnóstico de RS aguda e/ou crónica, realizado anteriormente ou na consulta de inclusão no estudo. Foi obtido o consentimento escrito de todos os voluntários para participação no estudo.

Os participantes foram avaliados uma única vez, através de um questionário de avaliação dos sintomas relacionados com RS, de modo a permitir o diagnóstico de presunção de RS aguda ou crónica. Dos utentes avaliados, os indivíduos com diagnóstico presuntivo foram caracterizados relativamente a aspectos demográficos, apresentação clínica e terapêutica instituída para tratamento da patologia. Assim, o questionário era aplicado ao doente pelo próprio médico durante a consulta e incluía questões relativas a dados demográficos, sintomatologia, antecedentes alérgicos, presença e tipo de doenças associadas, episódios de RS anteriores, exames de diagnóstico realizados, terapêutica prévia (tratamentos realizados anteriormente para RS) e terapêutica instituída (tratamento prescrito nessa consulta para RS).

Os Centros de Saúde/Médicos de Família foram considerados como unidade para definição e cálculo da amostra. Para assegurar a representatividade da amostra a nível Nacional, foram executados dois tipos de procedimentos: definição da dimensão global da amostra e distribuição da amostra – dimensão regional e estratificação. A amostra foi definida de modo bi-etápico e estratificado. Na primeira fase foi

estabelecida a dimensão global da amostra partindo-se de uma divisão geográfica consolidada. Foram consideradas as áreas geográficas (para a estratificação) do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve e as amostras regionais foram definidas com base na população residente, com idades no intervalo pretendido (Instituto Nacional de Estatística – INE, recenseamento de 2001). Na segunda fase foram seleccionados os concelhos em cada uma das regiões, em número proporcional à dimensão regional da amostra. A aleatorização dos concelhos foi precedida da sua distribuição em grupos de acordo, por um lado, com o conhecimento empírico do território nacional e, por outro, com as características geográficas e socio-económicas de cada um.

Inicialmente considerou-se, de modo exploratório, a avaliação de, aproximadamente, 4.000 utentes (em cerca de 40 Centros de Saúde), considerando-se um número esperado de casos de RS de 400 (10%). Assim, previa-se a aplicação de questionários de avaliação de RS, aguda e/ou crónica, a todos os utentes que se dirigiram à consulta dos Centros de Saúde, de forma sequencial, até cada Centro incluir 100 utentes.

No decorrer do estudo verificou-se que o recrutamento não estava a ser sequencial, comprometendo a possibilidade de cálculo de prevalências, tendo-se optado por monitorizar de forma presencial as inclusões e tendo-se reajustado a amostra. Deste modo, os dados recolhidos na primeira fase não foram considerados (aproximadamente 400 casos).

Considerou-se, para o reajustamento da amostra uma prevalência esperada de 10%, um grau de significância de 0,05 e assumiu-se uma margem de erro de 1,7%. Assim, a dimensão da amostra foi estimada em 1.190 indivíduos.

Para variáveis de natureza contínua foram apresentadas análises descritivas dos dados, incluindo a média e o desvio padrão ( $M \pm DP$ ) e para variáveis de natureza categórica foram apresentadas frequências absolutas e relativas.

Foi estimada a prevalência pontual de doentes com diagnóstico de rinosinusite crónica e/ou aguda considerando o rácio entre o número de doentes com diagnóstico e o número de doentes incluídos, com um intervalo de confiança a 95% para o valor encontrado. O mesmo procedimento foi considerado separadamente no cálculo da prevalência pontual de doentes com diagnóstico crónico e agudo da patologia, com um intervalo de confiança a 95% para os dois valores.

Os doentes com diagnóstico de RS foram caracterizados em função de características demográficas, história clínica e terapêutica através de medidas descritivas. A

associação entre a prevalência de RS e as características demográficas foi estabelecida através do Teste de Qui-quadrado e Teste de Fisher, para variáveis de natureza categórica, e Teste T para amostras independentes, para variáveis de natureza contínua. Para avaliação da significância e peso relativo das diversas variáveis na definição da variável diagnóstico de RS, considerada como variável dependente para esta análise, foi utilizada uma regressão logística pelo método de Enter. A inferência estatística dos resultados foi feita considerando um nível de confiança de 0,05 (5%) e toda a análise estatística foi realizada através do software SPSS, versão 15.0.

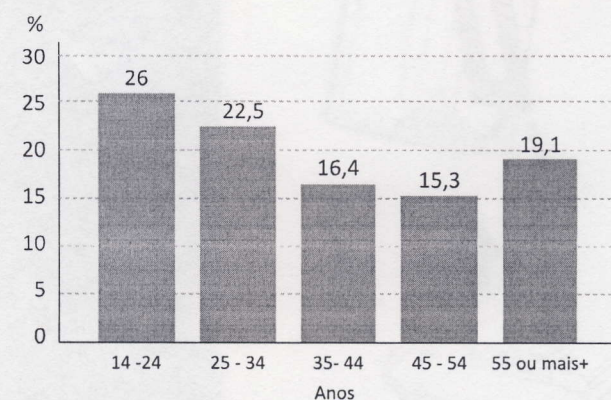
## RESULTADOS

### Prevalência de rinosinusite

Foram incluídos 1.201 utentes, com idade compreendida entre os 14 e os 65 anos, que cumpriram todos os critérios de inclusão do estudo, entre os meses de Maio de 2008 e Junho de 2009. Destes, cerca de 71% eram do sexo feminino sendo a média de idades de 41,7 ( $41,7 \pm 13,2$  anos), variando entre os 14 e os 65 anos.

A prevalência global de RS na população dos Centros de Saúde foi de 19,2% ( $n=231$ ), com um intervalo de confiança estimado a 95% (IC95%) de [17,1%; 21,5%]. Verificou-se que a prevalência era superior para o sexo feminino (16,0% vs 20,6%;  $p=0,039$ ). No que diz respeito à idade, não se registaram diferenças significativas na prevalência da patologia entre grupos etários ( $p=0,054$ ).

**FIGURA 1**  
Prevalência de RS por grupo etário ( $n=1201$ ; # doentes incluídos no estudo)



A prevalência global de RS aguda foi de 7,4% ( $n=89$ ) com um IC95% [6,0%; 9,0%], correspondendo a 32% da população com RS. Por outro lado, a prevalência de RS crónica foi de 13,0% ( $n=156$ ) com um IC95% [11,2%; 15,0%], o que corresponde a 61% da população com RS. Dos 228 doentes com dados diferenciados para diagnóstico, 61% apresentava diagnóstico de RS crónica

e 32% de RS aguda. Para 7% da população o diagnóstico não se encontrava diferenciado.

A prevalência da rinosinusite aguda não diferiu significativamente da sua forma crónica, tanto no que diz respeito ao sexo dos doentes ( $p=0,627$  e  $p=0,587$ , respectivamente), como à sua idade ( $p=0,232$  e  $p=0,497$ , respectivamente).

### Apresentação Clínica

Dos doentes com diagnóstico confirmado de RS, cerca de 92% apresentava pelo menos um sintoma de diagnóstico da doença ( $p < 0,001$ ). No grupo da população sem diagnóstico, aproximadamente 39% apresentava pelo menos um sintoma ( $p < 0,001$ ). Os sintomas mais frequentes na população com diagnóstico de RS, foram a obstrução nasal (83,1%), as cefaleias (60,6%), a dor/pressão facial (50,6%), as crises esternutatórias (50,2%) e a rinorreia não purulenta (40,7%).

Dos 89 doentes com RS aguda cerca de 93% referiu ter pelo menos um dos sintomas associados à doença. Nos doentes com RS crónica ( $n=156$ ) a proporção de doentes com pelo menos um dos sintomas foi de 90%. Não se verificaram diferenças entre os dois grupos na proporção de sintomas referidos.

Aproximadamente 92% dos utentes com diagnóstico de RS apresentavam antecedentes alérgicos ( $p < 0,001$ ). Entre os antecedentes alérgicos mais comuns estão a história familiar de alergias (existência de familiares próximos com diagnóstico de alergias) e as alergias inalantes.

Os antecedentes alérgicos foram identificados em 86% dos doentes com RS aguda e em 96% dos doentes com RS crónica ( $p=0,013$ ).

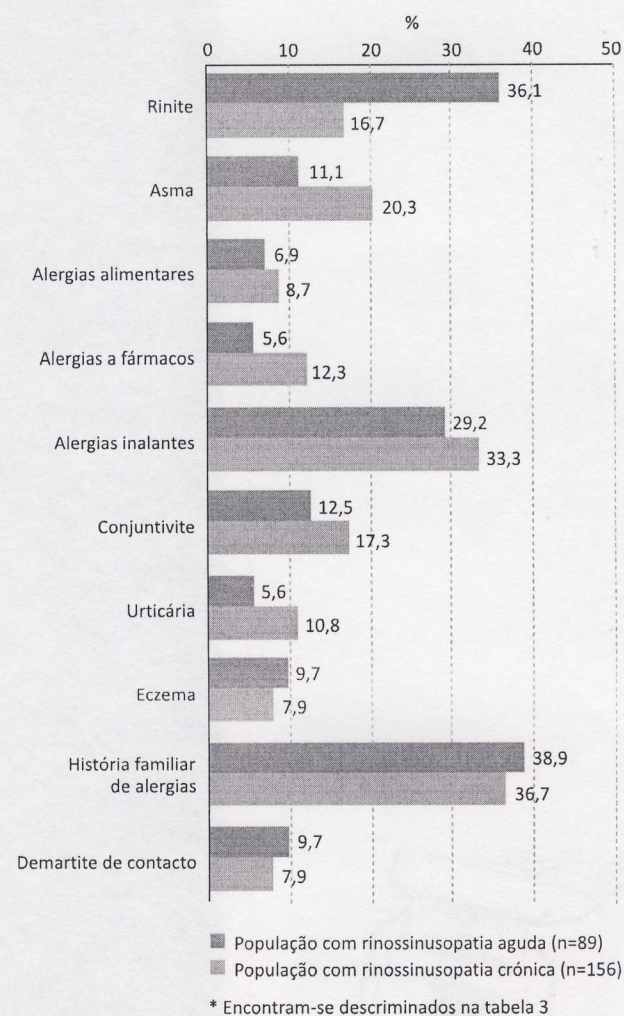
Na figura 2 são apresentadas as diferenças na prevalência dos vários antecedentes alérgicos por tipo de RS. Os doentes com RS aguda apresentavam uma prevalência mais baixa de antecedentes de envolvimento nasossinusal pela alergia, face aos doentes com RS crónica.

Verificou-se que 42% dos doentes com diagnóstico de RS apresentavam co-morbilidades, nomeadamente asma (15,2%), atopia (11,3%), rinite não alérgica (4,4%) e síndrome gripal (12,7%).

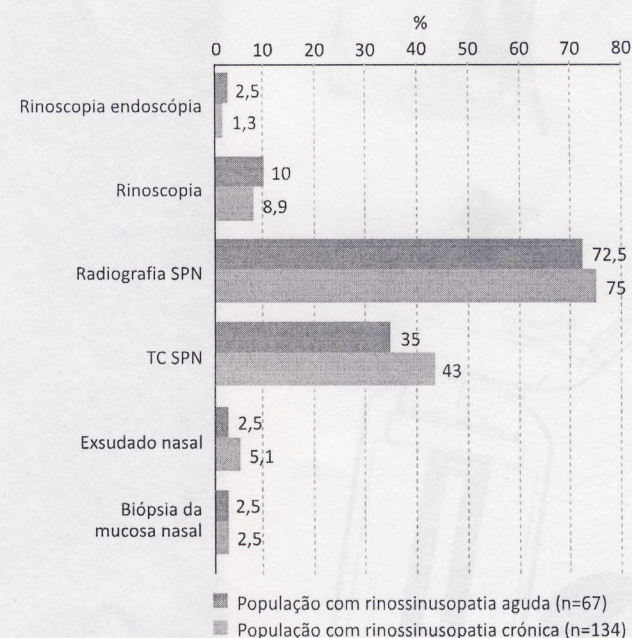
### Avaliação Diagnóstica

Metade dos doentes (50%,  $n=109$ ) com diagnóstico da patologia já tinha efectuado pelo menos um exame complementar de diagnóstico. Em relação aos exames realizados, verificou-se que 76% dos doentes realizou Radiografia convencional e cerca de 42% Tomografia Computorizada (TC) dos SPN. A figura 3 apresenta

**FIGURA 2**  
Antecedentes alérgicos por tipo de RS



**FIGURA 3**  
Exames complementares de diagnóstico por tipo de RS



os exames realizados e discriminados segundo o diagnóstico de RS aguda e crónica. As diferenças observadas entre a população com RS aguda e crónica não foram significativas, embora se tenha verificado que os doentes com RS crónica realizam mais vezes TC do que os doentes com RS aguda.

### Terapêutica

Mais de metade dos doentes com diagnóstico de RS (63%) já tinha no seu passado feito medicação para esta patologia. Na doença aguda a percentagem de doentes anteriormente medicados era de 47% e na doença crónica de 70% ( $p=0,001$ ).

Metade dos doentes foi medicada numa situação clínica anterior, com apenas um fármaco: 22% com descongestionante nasal; 12% com outros fármacos (sobretudo anti-histamínicos); 9% com corticosteróides tópicos; e 5% com corticóides sistémicos.

Aproximadamente um terço dos doentes (34%) foi medicado com dois fármacos e 15% com três ou mais fármacos. Quando medicados com dois fármacos as combinações mais frequentes foram descongestionante nasal e outros (anti-histamínicos) (7%), seguido de descongestionante nasal e corticosteróides tópicos (4%) e corticosteróides tópicos e outros (3%).

Independentemente de terem sido diagnosticados com RS aguda ou crónica, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no tipo de prescrição prévia.

Relativamente à terapêutica instituída na consulta de inclusão no estudo, um terço dos doentes com diagnóstico de RS passou a fazer medicação, sendo esta proporção significativamente mais elevada em doentes com RS aguda (46%) comparativamente aos doentes com RS crónica (29%) ( $p=0,001$ ).

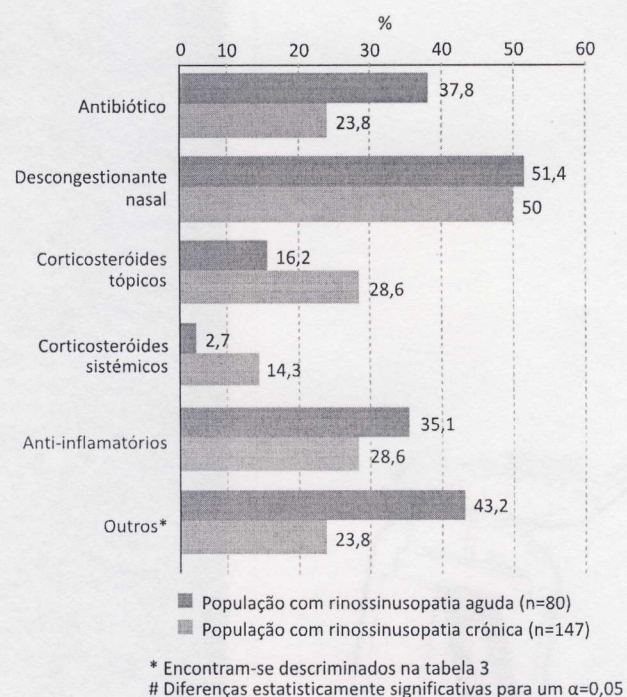
Da medicação instituída, 44% dos doentes foram medicados com um único fármaco: 17% descongestionante nasal,

16% outros fármacos e 6% corticosteróides tópicos. Verificou-se que, quando a terapêutica instituída incluía dois fármacos, a combinação mais frequente eram os descongestionantes nasais e os anti-inflamatórios.

Outro facto que se extrai deste estudo é de que em 38% dos doentes com RSA foi prescrito um antibiótico (AB), sendo o mesmo receitado a 24% dos doentes com RSC.

A figura 4 representa a medicação instituída para o tratamento da RS considerando doentes crónicos

**FIGURA 4**  
Medicação actualmente instituída para tratamento da rinosinusite (forma aguda e crónica)



**TABELA 1**

Medicação prévia para tratamento da rinosinusite versus terapêutica instituída actualmente (forma aguda e crónica)

	MEDICAÇÃO PRÉVIA		MEDICAÇÃO INSTITUÍDA	
	População com rinosinusopatia aguda	População com rinosinusopatia crónica	População com rinosinusopatia aguda	População com rinosinusopatia crónica
Antibiótico	23,5%	16,5%	37,8%	23,8%
Descongestionante nasal	50,0%	56,7%	51,4%	50,0%
Corticosteróides tópicos	23,5%	32,0%	16,2%	28,6%
Corticosteróides sistémicos	11,8%	10,3%	2,7%	14,3%
Anti-inflamatórios	2,9%	15,5%	35,1%	28,6%

e agudos. Apenas se observaram diferenças entre estes dois grupos no que diz respeito à categoria "Outros" ( $p=0,04$ ). Os doentes com RS aguda usam significativamente mais outros tipos de fármacos, como por exemplo os anti-histamínicos ou o paracetamol, do que os doentes com RS crónica.

## DISCUSSÃO

O presente estudo visou caracterizar a prevalência de RS em utentes dos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal, dando seguimento a um primeiro estudo efectuado com base populacional<sup>10</sup>. O estudo populacional, embora tenha permitido caracterizar a prevalência e o perfil dos doentes, não tinha como objectivo caracterizar o modo de diagnóstico e tratamento, só possíveis através duma avaliação médica do doente. No estudo realizado nos Cuidados de Saúde Primários foi possível, além de caracterizar a prevalência, aferir práticas de diagnóstico e tratamento. De acordo com os resultados deste estudo, a prevalência pontual do diagnóstico de RS ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde) é de 19%. Este valor é ligeiramente superior à encontrada no estudo populacional<sup>10</sup> efectuado em Portugal, que foi de 14%, e aos valores descritos na literatura para os EUA e Inglaterra, que rondam os 14 e os 16%. A diferença encontrada poderá ter duas explicações: as prevalências dos estudos de comunidade podem estar subvalorizadas por falta de conhecimento da população e viéses de memória; por outro lado, a prevalência nos cuidados de saúde primários poderá estar sobrevalorizada, uma vez que talvez sejam os indivíduos mais sintomáticos que recorrem à consulta. O presente estudo demonstrou ainda que 7% dos casos apresentava-se sob a forma aguda da doença e 13% sob a sua forma crónica. Estes valores não seguem a tendência do estudo epidemiológico realizado na comunidade (11,3% versus 2,4%, respectivamente), o que se poderá explicar por uma maior percepção e valorização da situação aguda por parte dos inquiridos aquando da resposta directa ao inquérito utilizado no estudo epidemiológico.

Por outro lado, pode haver uma sobrevalorização da amostragem dos doentes com RS crónica, pois para além do pedido de transcrição de exames complementares de diagnóstico requisitados por médicos de ORL, existe um maior número de consultas para renovação periódica da medicação, o que pode aumentar a amostragem de doentes com esta patologia.

Se considerarmos que as situações crónicas estão subvalorizadas no estudo populacional, então teremos valores globais de prevalência semelhantes nos dois

estudos e também eles semelhantes aos reportados na literatura internacional (14 a 16%).

Apesar destes resultados, é possível que a prevalência desta situação possa estar perto dos 20%, já que, de acordo com os dados recolhidos no estudo dos Cuidados de Saúde Primários, cerca de 39% dos utentes apresentava pelo menos um sintoma de RS, mas não tinham diagnóstico confirmado, o que poderá significar um elevado impacto no resultado da prevalência.

Contrariamente a outros estudos referidos na literatura, não foi observada uma relação forte entre a prevalência de RS e o sexo ou a idade. Alguns estudos publicados referem que a prevalência de RS aumenta substancialmente em determinados grupos de adultos estratificados por sexo e por idade<sup>9</sup>.

No que diz respeito aos sinais e sintomas considerados como marcadores diagnósticos de RS, o estudo efectuado parece indicar que alguns dos factores que podem identificar a doença são a obstrução e congestão nasal, rinorreia anterior ou posterior em associação a dor/ pressão facial e/ ou hiposmia. Estes resultados estão de acordo com a definição de rinosinusite do EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps)<sup>5,6</sup>.

Tal como seria de esperar, a asma e as situações de alergia aparecem muito sobre-representadas nos doentes com RS face à população em geral<sup>2,8</sup>. A associação da asma à RS é particularmente evidente nos doentes com RS crónica. Esta associação, desde há muito referenciada, está de acordo com outros estudos que apontam para uma única doença sistémica com manifestações em diferentes sítios<sup>14</sup>, caracterizada por um aumento de susceptibilidade da mucosa a estímulos exógenos<sup>15</sup>.

O diagnóstico de RS é realizado, na maioria das situações, com base na história clínica e na avaliação sintomática. Na suspeita de RS, deve ser sempre efectuada uma rinoscopia anterior. Embora as orientações europeias<sup>6</sup> no que se refere ao diagnóstico definam claramente que este se baseia na presença de sinais e sintomas, reservando o recurso a meios complementares para situações graves e/ou atípicas, o estudo agora levado a cabo indica que mais de metade dos doentes já realizaram pelo menos um exame de diagnóstico. Para além disso, o presente estudo mostra ainda que uma grande percentagem (72,5%) de doentes com rinosinusite aguda é diagnosticada com base na realização de um exame radiológico. Estes números estão em desacordo com o preconizado nas recomendações actuais para o estudo e tratamento da Rinosinusite, que apontam para a utilização dos exames imagiológicos só em casos de RSC a necessitar

de caracterização e na suspeita de complicações na RSA. O diagnóstico de uma RSA é clínico, não sendo necessário recorrer a estudos radiológicos para o fazer. Contudo, fica bem evidente que não é esta a prática actualmente seguida nos Cuidados Primários de Saúde, onde o exame radiológico, sobretudo o convencional, ainda representa uma parte significativa no diagnóstico destas afecções. Quanto à Tomografia Computorizada dos Seios Perinasais (TC SPN), dois factos merecem a nossa atenção. O primeiro diz respeito aos exames realizados em situações agudas. O que atrás foi dito em relação ao estudo radiológico convencional, aplica-se também ao TC SPN pedido em situações agudas, excepção feita quando se suspeita de complicações. O segundo facto é que perante a necessidade de um estudo imagiológico de uma RSC, o RX convencional ainda ser o mais requisitado. Sabemos da pouca informação relativa que este produz comparado com o TC SPN. A possibilidade do estudo do Complexo Ostio Meatal e da anatomia naso-sinusal pelo TC, são uma mais valia em relação ao estudo convencional, orientando para a etiopatogenia da situação, com implicações na escolha da terapêutica mais correcta em cada caso. Estas são razões a favor da utilização do TC SPN quando seja necessário o estudo radiológico de uma RSC e não o RX convencional.

Dados os outros exames complementares de diagnóstico que os doentes referem neste estudo e que são da competência da ORL, somos levados a crer que alguns doentes com RS crónica previamente avaliados em consulta particular, pedem ao seu médico de família a transcrição do pedido do TC dos SPN feita pelo médico de ORL, para os mesmo serem efectuados através do Sistema Nacional de Saúde. Sabemos da pressão que o médico sofre por parte do doente para a realização destes exames, mas as boas práticas desaconselham o seu uso por rotina, pelo que esperamos que no futuro, com melhor informação, o número de pedidos de RX convencional para o estudo da RSA decresça significativamente para próximo de zero.

A terapêutica para a rinosinusite tem como objectivo eliminar a infecção e a inflamação, reverter a oclusão dos ostia e melhorar os sintomas<sup>1</sup>. A rinosinusite aguda é na maioria dos casos induzida por vírus e só raramente é complicada por infecções bacterianas. Assim, a utilização de antibióticos não está recomendada inicialmente a não ser que os sintomas sejam graves ou se prolonguem por um período superior ao que normalmente acontece numa infecção respiratória viral típica<sup>1,9</sup>. Na população estudada os antibióticos foram utilizados sobretudo nas situações agudas geralmente em associação com outros medicamentos

(em associação com 3 ou mais fármacos). Apesar da sua utilização ser muito inferior à que se verifica em estudos Norte Americanos, é ainda elevada, uma vez que estão em desacordo com as recomendações actuais para o tratamento da RS, em que o uso de antibióticos no tratamento de primeira linha da RSA não está recomendado. Os corticóides tópicos intranasais interferem na resposta inflamatória responsável pela congestão nasal e pela dor facial e promovem o descongestionamento nasal<sup>9</sup>. A utilização de corticóides tópicos por via nasal, descrita como evidência de nível 1A, tanto na situação aguda como crónica<sup>6</sup>, apenas tinha sido prescrita a 16% dos doentes com RS aguda e a 29% com RS crónica, o que aponta uma divergência na instituição desta terapêutica face às orientações preconizadas no tratamento da rinosinusite.

Ao contrário, os descongestionantes nasais foram prescritos a mais de metade dos doentes, situação esta que pensamos reflectir que a congestão/bloqueio nasal é o sintoma mais incomodativo e conseqüentemente mais valorizado e referido pelo doente na consulta<sup>3</sup>.

## CONCLUSÃO

Em conclusão, há alguns factores que merecem destaque. Por um lado, a elevada prevalência de RS, principalmente no que diz respeito à prevalência de rinosinusite crónica. Para além disso, uma parte importante da população sem diagnóstico de RS afirmou ter pelo menos um sintoma da doença, o que pode indicar alguma proporção de casos não diagnosticados e, como tal, não tratados, cujo impacto clínico e sócio-económico é difícil de prever. Por último, foi também evidente a existência de algum desfasamento entre as orientações para o diagnóstico e tratamento da rinosinusite e a prática actual ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Sendo que o diagnóstico e tratamento adequados da rinosinusite são condições necessárias e fundamentais para minimizar o impacto na vida do doente e na sociedade, é desejável a implementação de medidas visando uma adequação do diagnóstico e tratamento de acordo com as normas instituídas, nomeadamente a formação constante dos Profissionais de Saúde, assim como, medidas que visam uma actualização frequente das recomendações no diagnóstico e seguimento da rinosinusite.

#### Referências bibliográficas:

1. Lopes G. Patologia infecciosa ORL na comunidade: perguntas frequentes. *Rev Port Clin Geral* 2005;21:401-15.
2. Mullol J, Valero A, Alobid I. The nose – from symptoms to evidence-based medicine. *Allergy* 2007;62:339-343.
3. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, Cheung D, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;137:S1-S31.
4. Bhattacharyya N. Chronic rhinosinusitis: is the nose really involved? *Am J Rhinol* 2001;131(Suppl):S1-S62.
5. Fokkens W, Lund V, Bachert C, Clement P, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. *Rhinology* 2005;44(Suppl):1-88.
6. Fokkens W, Lund V, Mullol J, On behalf of the European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps group. *Rhinology* 2007;45(Suppl 20):1-139.
7. Van Gageldonk-Lafeber AB, Heijnen ML, Bartelds AI, Peters MF, et al. A case-control study of acute respiratory tract infection in general practice patients in The Netherlands. *Clin Infect Dis* 2005 Aug 15;41(4):490-7.
8. Van Cauwenberge P, Watelet JB. Epidemiology of chronic rhinosinusitis. *Thorax* 2000;55:S20-21.
9. Lund V. Therapeutic targets in rhinosinusitis: infection or inflammation? *Medscape J Med* 2008;10(4):105.
10. Barros E, Monteiro L, Prata JB, Vieira AS, et al. Avaliação da prevalência e caracterização da rinossinosite em Portugal – estudo epidemiológico. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial* 2008;46(4):243-50.
11. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2005: With Chartbook on Trends in the Health of Americans*. Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics; 2005.
12. Jones NS, Smith PA, Carney AS, Davis A. The prevalence of allergic rhinitis and nasal symptoms in Nottingham. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1998; 236:547-54.
13. Meltzer EO, Szwarcberg J, Pill MW. Allergic rhinitis, asthma, and rhinosinusitis: diseases of the integrated airway. *JMCP* 2004;10(4):310-17.
14. Dixon AE. Rhinosinusitis and asthma: the missing link. *Curr Opin Pulm Med*. 2009 Jan;15(1):19-24.
15. Jani AL, Hamilos DL. Current thinking on the relationship between rhinosinusitis and asthma. *J Asthma*. 2005 Feb;42(1):1-7.
16. Meltzer EO, Bachert C, Staudinger H. Treating acute rhinosinusitis: comparing efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray, amoxicillin, and placebo. *J Allergy Clin Immunol* 2005;116(6):1289-95.
17. Ryan D. Management of acute rhinosinusitis in primary care: changing paradigms and the emerging role of intranasal corticosteroids. *Primary Care Respiratory Journal* 2008;17(3):148-55.