

OPINIÃO

“Quando nada mais dá certo na Asma - geralmente é o doutor quem está errado”

Alfred Lemle

*Professor de Pneumologia da Universidade
Federal do Rio de Janeiro. UFRJ*

Vinte por cento dos casos de asma brônquica dos ambulatorios podem ser considerados graves - têm crises frequentes, intercrises sintomáticas (asma perene), não conseguem manter empregos, têm internações seguidas, são corticóide-dependentes. Destes, mais da metade não obtém melhoras com o tratamento, mudando constantemente de médico e usando regimes terapêuticos inadequados. A outra metade, no entanto, parece disciplinada e aderente ao tratamento, e mesmo assim não melhoram. É o que se convencionou chamar de “asma em que nada mais dá certo”. Essas formas têm merecido grande e merecida atenção de nossa SOPERJ.

Em trabalho recente, estrangeiro, separou-se alguns desses doentes para utilizar metotrexate. Durante a estabilização prévia da medicação, em que os doentes receberam mais atenção, 70% melhoram e perderam o critério de uso do metotrexate. Em dois outros trabalhos, do nosso meio, verificou-se que, dos 40% de falhas terapêuticas de asma num determinado ambulatorio, cerca de metade se devia a motivos ligados à má relação médico-paciente. O que há de errado com os médicos que atuam com os asmáticos?

O que há de errado com os médicos ao atuarem com os asmáticos?

Há muita coisa. A primeira, e mais importante, porque causa as outras, é um relacionamento inadequado. A maioria dos médicos se relaciona com os asmáticos da mesma forma como ocorre com os demais doentes. Isso fica muito patente nos serviços de emergência - os asmáticos são re-

cebidos com frieza, quando não com enfado. A partir de um mau relacionamento, há uma avaliação incompleta, falta de motivação e atenção na prescrição do tratamento.

O mau relacionamento com o doente depende da maior ou menor capacidade do médico de absorver a complexa aproximação do asmático. Para muitos, este pode estar buscando reviver o relacionamento imaturo com a figura “mãe/pai” por ele introjetada - uma mistura de amor/ódio, que é transferida pelo doente a todos que o cercam, inclusive o médico. Assim, pode haver uma aceitação inadequada da sedução inicial que o asmático faz, elogiando em demasia os primeiros sucessos. Essa relação rapidamente se substitui pela hostilidade do doente com os primeiros, e inevitáveis, insucessos, acompanhados de agressões infantís por parte do doente.

Defrontado com essa complexa relação, o médico desavisado estabelece verdadeiro bloqueio psicológico com o doente - passa a “não ter mais tempo”, e estabelece um “esquema terapêutico”. É o final da relação, porque a base desta é um interesse contínuo, e uma criatividade permanente, para que o doente sinta o cuidado e a possibilidade de novas soluções. Nos casos mais extremos, o médico desenvolve tamanha autoproteção, que pode passar à agressão sutil, ou nem tanto, ao doente (na emergência: “olha lá, já vem ele de novo”!).

A má avaliação resulta, principalmente, na falta de diagnóstico de importantes afecções concomitantes. Estas podem impedir o sucesso da terapêutica.

“Sabemos que a medicação é administrada de forma mais eficiente por via aérea, mas é surpreendente o número de prescrições erradas de nebulímetros, para doentes que não os podem usar, em doses inadequadas e sem o menor controle da aderência.”

As sinusopatias são frequentemente não reconhecidas, e podem aumentar a hiperreatividade brônquica, manter o processo inflamatório e facilitar as infecções. O refluxo gastroesofágico, com ou sem hérnia hiatal, é muito frequente em pacientes de meia idade e idosos. Em alguns casos, pode iniciar reflexos que facilitam a tosse, e, menos frequentemente, o broncoespasmo. A concomitância de insuficiência cardíaca, embora não frequente, não é reconhecida na maioria dos casos, resultando em terapêutica incorreta. Mais diagnosticadas são as concomitâncias farmacológicas, que facilitam as crises, como os betabloqueadores, ou a tosse como os inibidores da ECA.

A maior fonte de erros de avaliação está no não reconhecimento de DPOC concomitante. A presença de bronquite crônica, com aumento de expectoração, ou enfisema pulmonar obstrutivo difuso crônico independente da própria asma, exige modificações na terapêutica. *A má medicação* é muito mais frequente do que se pensa. Raramente há consideração para o excesso de secreção, frequentemente viscosa, espessa e ressecada, que pode comprometer totalmente o resultado do tratamento, e é a principal causa de internação do asmático. Sabemos que a medicação é administrada de forma mais eficiente por via aérea, mas é surpreendente o número de prescrições erradas de nebulímetros, para doentes que não os podem usar, em doses inadequadas e sem o menor controle da aderência. Os corticóides tópicos são receitados em doses muito baixas, e os orais, quando necessário, em doses muito altas. Os beta 2 adrenérgicos e as xantinas são receitados em doses longe

das plenas, e o ipratrópio nem é lembrado.

Ninguém faz a associação dos três, porque o comércio determinou que o ipratrópio só é bom em DPOC. Os sedativos se tomaram proibidos por alguma fantasiosa noção de que alguns miligramas de diazepínico, capazes de remover a angústia do asmático, poderiam também inibir o centro respiratório. A hipossensibilização está condenada ao opróbrio, porque ao contrário de outras terapêuticas, se valoriza só os ensaios que resultaram desfavoráveis, embora se saiba que tais ensaios são difíceis de padronizar, e embora se saiba que a hipossensibilização tem sólida base farmacológica é virtualmente isenta de efeitos colaterais, e sistematicamente oferecida nos nossos hospitais públicos. Ao contrário do cromoglicato e do cetotifeno, caríssimos, e com efeito em 50 % dos casos - exatamente como concluem a maioria dos ensaios sobre hipossensibilização.

O caminho para reverter essa conjuntura passa por uma orientação inicial do doente pelo médico, a partir de uma compreensão completa do caso e da fixação, em comum acordo, dos objetivos do tratamento. Passa também por um controle cuidadoso, evitando posturas policialescas, da aderência do doente ao tratamento.

Vimos que a maioria dos casos ditos difíceis de tratar são alcançáveis por essas medidas. A minoria passa à categoria das indicações de medicações no mínimo esdrúxulas, como o metotrexate, cujos fundamentos farmacológicos em asma são marginais, ou abertamente inadequados, como os sais de ouro ou a imunoglobulina. ■