

Asma Brônquica

Fatores Psicossociais e Aspectos Educacionais

João Carlos Corrêa

Introdução

A asma é uma doença crônica que afeta aproximadamente 10% da população mundial e tem sido assinalado um aumento em sua morbidade e mortalidade, principalmente entre crianças e adolescentes, apesar de todos os progressos terapêuticos que ocorreram recentemente.

Os dados epidemiológicos e econômicos relacionados a asma são impressionantes:

No Reino Unido, segundo informações da *National Asthma Campaign*, três milhões de pessoas têm asma, sendo 750.000 crianças em idade escolar, com 100.000 hospitalizações/ano, com 2.000 mortes anuais, das quais 80% poderiam ser evitadas.

Nos Estados Unidos da América ocorrem, aproximadamente, 400.000 hospitalizações anuais por asma.

No Brasil, o complexo DPOC/asma foi responsável por 2,87% do total de hospitalizações pagas pelo Sistema Unificado de

Saúde (SUS), na análise do período 1993-1995. Em estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul, entre 1970 e 1991, foi observado um crescimento de +2,23% na mortalidade por asma, no grupo de faixa etária entre 5 e 39 anos, apesar de, na análise de todas as faixas etárias, ter havido um decréscimo de -1,53%, o que evidencia que temos um problema de saúde pública semelhante aos outros países, pois se considera que a acurácia dos atestados de óbito, na faixa etária entre 5 e 39 anos, é bastante acentuada.

Qual seria, então, a razão deste paradoxo em relação ao aumento, ou pelo menos manutenção, dos dados epidemiológicos relativos à morbi-mortalidade da asma brônquica, apesar de nosso melhor conhecimento da doença, como tratá-la e dos novos remédios que dispomos?

Várias explicações são arroladas:

1) melhora da capacidade diagnóstica, com o reconheci-

mento de maior número de casos de asma;

2) aumento da poluição ambiental;

3) aumento da poluição intradomiciliar;

4) insucesso do tratamento.

A asma é uma doença cercada de tabus, em relação à sua cronicidade, falta de medicações curativas, medo de usar determinados medicamentos (tanto do paciente, como do médico), como as "bombinhas", que poderiam causar danos cardíacos e os corticosteróides.

De uma forma geral, a asma é tratada apenas durante as exacerbações, com broncodilatadores e por via oral (face ao temor do uso da medicação inalatória).

Um aspecto social importante, principalmente em países como o Brasil, onde grande parte da população tem poucos recursos financeiros, é a dificuldade para adquirir os medicamentos. Calcula-se que, com base no custo dos medicamentos, for-

necidos pela indústria farmacêutica brasileira, o custo mensal do tratamento do asmático varie entre R\$ 25,00 e R\$ 150,00. O IBOPE estimou, recentemente, que só de 25 a 30% da população brasileira tenha plano de saúde, teoricamente os que teriam condições suficientes para comprar remédios; os demais dependem do atendimento pelo SUS e de medicamentos distribuídos pela Central de Medicamentos do Governo Federal (CEME). A medicação anti-asmática da CEME, quando disponível, se constitui, basicamente, de medicamentos broncodilatadores por via oral e inexistem antiinflamatórios. Em estudo que desenvolvemos no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, notamos que a maioria dos asmáticos procura a Emergência, em crise, por não tomar remédio (falta de poder aquisitivo).

Diz-se que "quanto mais asma, mais asma", significando que os asmáticos graves, não tratados com medicação antiinflamatória, terão mais lesão brônquica, tornando-se um crônico, incapacitado no final de sua doença pela remodelagem brônquica, engrossando a fila e internações de asmáticos graves, com aumento da mortalidade e morbidade, o que acontece em nosso País, pelos fatos já demonstrados.

As causas do insucesso do tratamento estão relacionadas nos Quadros 1, 2 e 3.

Além dos aspectos sociais já descritos, existem problemas individuais que se relacionam com baixa aderência à terapêutica, como: distúrbios psíquicos, revolta / estigma com relação à doença (principalmente entre

adolescentes), esquecimento, aversão a remédios, incompreensão, subestimativa da gravidade da doença e fatores culturais.

Analisando estas causas de falta de êxito no tratamento dos asmáticos, chega-se à conclusão que a educação do paciente asmático ou de sua família, em relação à sua doença, tem um papel importante no sentido de minimizar estas falhas no tratamento. Convém, também, enfatizar que o melhor conhecimento sobre asma, pelo médico generalista e outros profissionais de saúde, é de extrema importância, já que a impressão que se tem é que os conhecimentos gerados e as informações dos diversos consensos sobre asma ficam restritos aos especialistas.

Vários estudos têm demonstrado a efetividade dos diversos programas de educação em asma, com melhora dos sintomas, diminuição das internações e de visita às emergências e melhora na qualidade de vida.

Os programas de educação podem ser divulgados, através de associações de pais e parentes de asmáticos, ou no atendimento individual aos asmáticos. As finalidades dos programas de educação em asma devem ser:

1. Ensinar os fundamentos clínicos e fisiopatológicos básicos da doença.
2. Enfatizar a necessidade de se evitar os fatores desencadeantes de asma.
3. Ensinar como lidar com os tabus e medos relacionados à doença.
4. Reconhecer os sintomas da doença, as exacerbações e o que fazer em cada situação.
5. Melhorar a qualidade de vida
6. Diminuir os dias de aula e de trabalho perdidos.

Quadro 1 - Causas de insucesso do tratamento, ligadas ao paciente

- Não adesão ao tratamento
- Suspensão do uso de medicamentos quando ocorrem efeitos indesejáveis
- Interrupção da medicação na ausência de sintomas
- Conceito de que o remédio não apresenta os efeitos esperados, ou prejudicam
- Uso incorreto da medicação inalatória
- Complexidade dos esquemas terapêuticos
- Exposição constante a fatores desencadeantes.
- Falha no reconhecimento da exacerbação dos sintomas.
- Persistência da atividade da doença, mesmo com medicação adequada

Quadro 2 - Causas associadas ao insucesso do tratamento, ligadas ao médico

- Má identificação dos sintomas e dos agentes desencadeantes através de perguntas genéricas.
- Indicação inadequada de broncodilatadores e falta de treinamento das técnicas inalatórias.
- Falta de prescrição de medicamentos preventivos ou antiinflamatórios.
- Diversidade nas formas de tratamento e ausência de tratamento individualizado.
- Falta de conhecimento em relação ao manejo da asma.

Quadro 3 - Causas associadas ao insucesso do tratamento, ligadas à estrutura do sistema de saúde

- Falta de distribuição de medicamentos.
- Falta de vínculo entre o paciente e a estrutura.
- Falta de vínculo entre o paciente e o médico.
- Falta de implantação de um plano nacional de educação em asma.

Quadro - Classificação da Intensidade da Asma

• **LEVE**

- **Clínica antes do tratamento.** Até dois episódios intermitentes, de curta duração, por semana. Episódios de asma noturna, até 2 vezes por mês. Assintomático entre as exacerbações.
- **Função pulmonar** (PFE = pico de fluxo expiratório)
- PFE > 80% do previsto
- PFE: variabilidade < 20%
- PFE normal após broncodilatador
- **Medicação usualmente necessária para manter controle**
- Apenas beta-2 agonista inalado quando necessário.

• **MODERADA**

- **Clínica antes do tratamento.** Mais de dois episódios / semana. Mais de 2 episódios de asma noturna /mês. Episódios necessitando inalação de beta-2 agonista quase diariamente.
- **Função pulmonar** (PFE = pico de fluxo expiratório)
- PFE entre 60 e 80% do previsto
- PFE: variabilidade entre 20 e 30%
- PFE normal após broncodilatador
- **Medicação usualmente necessária para manter controle**
- Agente antiinflamatório profilático, diário. Possível broncodilatador de ação prolongada, especialmente para sintomas noturnos.

• **GRAVE**

- **Clínica antes do tratamento**
- Episódios freqüentes. Sintomas contínuos. Sintomas freqüentes de asma noturna. Atividades físicas limitadas pela asma. Hospitalização por asma nos últimos 12 meses. Exacerbação prévia com risco de vida
- **Função pulmonar** (PFE = pico de fluxo expiratório)
- PFE < 60% do previsto
- PFE: variabilidade > 30%
- PFE abaixo do normal, apesar de ótima terapia
- **Medicação usualmente necessária para manter controle**
- Corticóides inalados diariamente, em altas doses.
Broncodilatadores de ação prolongada diária, especialmente para sintomas noturnos. Uso freqüente de esteróides sistêmicos.

O tratamento da asma será feito de acordo com sua gravidade.

Gravidade da asma. Esquema terapêutico básico

LEVE	beta-2 agonista inalatório quando necessário Ocasionalmente, corticosteróide inalatório pode ser necessário.
MODERADA	Nedocromil sódico ou corticosteróide inalatório diário beta-2 agonista de ação prolongada, especialmente para sintomas noturnos beta-2 agonista inalatório quando necessário.
GRAVE	Corticosteróide inalatório diário beta-2 agonista de ação prolongada, especialmente para sintomas noturnos beta-2 agonista inalatório, quando necessário. Uso freqüente de corticosteróide oral. Considerar adicionar Teofilina de liberação prolongada.

7. Envolvimento e ensinamento da equipe de saúde em relação à asma.

O plano de educação em asma, e o que deve ser explicado ao paciente na consulta inicial, é composto dos seguintes tópicos:

1. Reconhecer como funciona o aparelho respiratório e o que é asma.
2. Saber o que piora a asma e como evitar os fatores desencadeantes.
3. Usar os medicamentos apropriados para cada situação, de acordo com a orientação médica.
4. Saber reconhecer quando a asma está saindo de controle e como agir.

A explicação sobre asma deve ser simples e inteligível para o doente. Salientar que o estreitamento dos brônquios é devido à combinação de contração dos músculos que cercam o brônquio e inflamação dos brônquios.

A identificação e a remoção dos fatores que desencadeiam asma são importantes no manejo da asma. No ambiente domiciliar os alérgenos inaláveis (produtos de ácaros, gato, cachorro e da barata) são os elementos mais importantes no desencadeamento do broncoespasmo, principalmente nos indivíduos atópicos. Evitar também irritantes respiratórios como a fumaça do cigarro, substâncias odorizantes, inseticidas, produtos de limpeza, tintas, perfumes, compostos orgânicos voláteis (cheiro de frituras, polidores) etc. Algumas medicações podem agravar a asma: aspirina, antiinflamatórios não esteróides, beta-bloqueadores (mesmo em colírios), inibidores da enzima

conversora da angiotensina, remédios que contenham tartrazina. Exercício físico também pode ser um fator desencadeante de crise em asmático e, geralmente, indica que a asma não está bem controlada. Infecções do trato respiratório, particularmente as virais, podem desencadear broncoespasmo. Doenças de vias aéreas superiores, principalmente a sinusite, podem contribuir para a piora do asmático. A poluição ambiental, principalmente quando ocorre inversão térmica, pode desencadear broncoespasmo em asmáticos. Em quadros de asma de difícil controle deve ser investigado, também, o refluxo gastroesofageano, como manutenção do quadro.

Além destes tópicos, na consulta inicial, o paciente deve ser esclarecido sobre a lógica do tratamento. O esclarecimento deve ser usado para motivar o paciente.

Toda a informação verbal, transmitida na consulta inicial, deve ser suplementada por material escrito, que enfatize estes dados. O paciente e sua família devem ser encorajados a anotar as dúvidas que venham a surgir e trazê-las na próxima consulta. Se houver necessidade da mensuração do pico de fluxo expiratório (PFE / "peak-flow"), o paciente e/ou a família deverão ser orientados como e em que horários deve ser feita. Em caso de prescrição de medicamentos em *spray*, com ou sem espaçador, o médico deverá ensinar ao paciente o seu correto uso, fazendo demonstração disto. Salientar a diferença entre a medicação de alívio (broncodilatores) e medicação preventiva (antiinflamatória); se for prescri-

ta medicação antiinflamatória por "*spray*", enfatizar a necessidade de seu uso continuado.

Em sendo utilizado corticosteróide inalatório, principalmente em altas doses, ensinar ao paciente para logo após se alimentar ou para fazer gargarejos com água, para evitar candidíase orofaríngea. Deve-se assegurar um canal de comunicação fácil entre o doente/família e o médico ou a estrutura de saúde, para eventuais necessidades.

Com base nas informações colhidas na anamnese, o asmático será classificado como portador de asma leve, moderada ou grave, conforme consta no Quadro "Classificação da Intensidade da Asma".

A identificação do asmático com maior risco de vida é importante, para que o seu seguimento seja feito mais cuidadosamente, e que seja revisto com maior freqüência, até que sua asma esteja melhor controlada.

As principais características destes pacientes são:

- Hospitalização prévia por asma, nos últimos seis meses.
- Atendimentos freqüentes em Serviços de Emergência.
- Crise anterior, em que houve risco de vida.
- Internação prévia, em Centro de Terapia Intensiva por crise de asma.
- Falência em perceber a gravidade dos sintomas de asma.
- Distúrbios psicossociais ou do comportamento, com negação da asma.
- Acompanhamento médico irregular, com uso inadequado de medicação.

- Uso de mais de dois tubos de broncodilatador por mês.
- Paciente córtico-dependente ou córtico-resistente.

O asmático deve ter um plano de ação por escrito, que o faça capaz de reconhecer a piora de sua doença. Quando o paciente é capaz de reconhecer o agravamento de seu quadro e iniciar terapêutica ainda no domicílio, ele evita o retardo do início de seu tratamento, melhora mais rapidamente, evita crises mais graves e se torna mais confiante. Para tanto, ele deve ter um plano de ação, que deve ser, preferentemente, individual. A deterioração pode ser reconhecida pelo agravamento dos sintomas, especialmente noturnos, ou pela necessidade crescente no uso de broncodilatadores, ou pela piora do PFE.

Existe um plano de ação didático, que utiliza zonas verde, amarela e vermelha. Cada zona deve estar associada a uma ação por parte do paciente.

Zona Verde

- Aqui é onde você deve estar todos os dias. Os sintomas são esporádicos ou aparecem menos de duas vezes por semana.
- Uso de broncodilatador não é diário, no máximo duas vezes por semana.
- Boa tolerância às atividades físicas.

- O sono não é interrompido por sintomas de asma.

As medidas do seu PFE estão acima de 80% do seu melhor resultado.

Conduta: Mantenha a medicaçãona dose de

Zona Amarela

- Sua asma está saindo do controle. Aja prontamente para voltar à zona verde.
- Aparecem sintomas de asma mais que duas vezes por semana.
- Acorda durante a noite com tosse ou chiado.
- Usa broncodilatador mais que duas vezes por semana.

Os valores do seu PFE estão entre 50 e 80% do seu melhor resultado.

Conduta: Aumente o seu medicamento preventivo para a dose..... e continue com esta dosagem pelo dobro do tempo que você levou para retornar à zona verde. Após isto, volte à sua dose de manutenção.

Zona Vermelha

- Você está com crise de asma
- Apresenta chiado, falta de ar e tosse.
- Sente-se cansado, mesmo em repouso.
- O broncodilatador dá pouco alívio ou o seu efeito dura pouco tempo.

Seu pico de fluxo expiratório está abaixo de 50% do seu melhor resultado.

Conduta: Use seu broncodilatador na dose habitual, a intervalo de 30 minutos, até três vezes. Se não obtiver melhora, use corticosteróide por via oral, na dose de e procure auxílio médico.

Nas consultas de seguimento será avaliada a resposta terapêutica e eventual necessidade de troca/acréscimo de medicamentos. Serão reforçados os conhecimentos sobre asma e sua fisiopatologia, e a necessidade da participação ativa/efetiva do paciente e familiares na condução de seu tratamento. Enfatizar e rever os fatores desencadeantes de crises e a higiene pessoal e ambiental, principalmente nos casos com continuidade dos sintomas. É útil, no caso de o paciente estar usando medicação em "spray", que traga a bombinha, para ver se a está usando de forma correta. Reforçar o uso continuado da medicação antiinflamatória, pois determinados pacientes só a usam quando estão com sintomas, apesar de todas as recomendações anteriores.

Enfim, com a adoção destas diretrizes, em relação à educação em asma, consegue-se melhorar o controle da doença, na maioria dos casos, e melhorar a qualidade de vida destes pacientes.