

Avaliação e Tratamento do Paciente com Asma Brônquica

Evaluation and Treatment of the Patient with Bronchial Asthma

Oscarina da Silva Ezequiel

Resumo

A asma persiste nos dias atuais como importante problema de saúde pública, apesar do significativo aumento dos conhecimentos da fisiopatologia e avanços terapêuticos (Friday & Fireman, 1988; Burney, 1997). Vários fatores contribuem para essa situação, mas devemos ressaltar a alta prevalência da doença e a não disponibilização de drogas profiláticas, na grande maioria de nossos municípios, para os pacientes atendidos nos serviços públicos (Zhong, 1997; Zavadniak et al., 2000). Em todo o Brasil, sem dúvida, temos grande número de asmáticos em relação ao número de especialistas ou de clínicas especializadas em asma, fazendo-se necessário o manejo adequado da asma (diagnóstico, classificação e tratamento) pelos médicos responsáveis pelo atendimento na atenção primária.

Palavras-chave: asma brônquica, diagnóstico, tratamento.

Abstract

In spite of the significant increase in our knowledge regarding asthma pathophysiology and therapeutic breakthroughs, the disease remains an important public health problem. Several factors contribute to this situation, the high prevalence of the disease and the lack of available prophylactic drugs for public patients in most municipalities being worth highlighting. All over Brazil, there is an imbalance between the number of asthmatic patients and the number of experts or dedicated clinics, primary care doctors becoming responsible for the adequate management of the condition.

Key-words : bronchial asthma, diagnosis, treatment.

Médica alergista pela Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia, Professora do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Medicina da UFJF. Mestre em Biologia Parasitária pelo IOC/FIOCRUZ. Av Rio Branco, 2370/sala 1014. Centro. Juiz de Fora. MG. Email: ose@terra.com.br

Diagnóstico

A história natural da doença envolve episódios recorrentes de sibilos, dispnéia, aperto no peito e tosse, que melhoram espontaneamente ou com uso de terapêutica adequada (NHLBI, 1995; III Consenso Brasileiro de Asma, 2002).

O diagnóstico clínico, sempre que possível, deve ser auxiliado por prova de função pulmonar ou, pelo menos, pelo pico de fluxo expiratório (PFE).

Além do diagnóstico da doença, faz-se necessária uma avaliação dos possíveis fatores desencadeantes, tais como alérgenos domiciliares (ácaros do ecossistema domiciliar, fungos, epitélio de cães, gatos, baratas, etc), mudanças climáticas, tabagismo passivo, poluição ambiental e outros (Esteves et al., 1999; Rosário-Filho et al., 1999; Jentzsch et al., 2002).

Vários trabalhos mostram que 80% das crianças asmáticas e 40 a 50% dos adultos asmáticos são atópicos (Jentzsch et al., 2002).

É importante lembrar os possíveis diagnósticos diferenciais, sobretudo bronquiolite, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, obstrução alta das vias aéreas, obstrução mecânica das vias aéreas, refluxo gastro-esofágico, que podem estar presentes, levando à confusão no diagnóstico.

Classificação

O diagnóstico deve ser seguido de uma classificação da intensidade da crise e da doença (fora da crise), pois esses serão os norteadores das decisões terapêuticas.

A crise asmática pode ser muito grave, grave, moderada/leve. Os parâmetros, segundo o III Consenso Brasileiro de Asma, para classificar a intensidade da crise são clínicos (aspectos gerais, tais como cianose e sudorese; estado mental; intensidade da dispnéia; limitação da fala; uso da musculatura acessória; presença e características dos sibilos; frequência respiratória segundo a faixa etária e frequência cardíaca), PFE, saturação de hemoglobina (SaO₂ – em ar ambiente), tensão arterial de O₂ e CO₂ (PaO₂ e PaCO₂ em ar ambiente), sendo os quatro últimos dificilmente disponíveis nos serviços da saúde pública (III Consenso Brasileiro de Asma, 2002; Paes et al., 2002).

Quanto à gravidade, a asma (fora da crise) pode ser intermitente, persistente leve, persistente moderada e persistente grave, tendo como parâmetros para a classificação frequência dos sintomas (dispnéia, aperto no peito, sibilos e tosse), grau de comprometimento das atividades diárias, número e intensidade das crises e medicação necessária para estabilização dos sintomas, necessidade de consultas de emergências e

hospitalização, frequência de sintomas noturnos, frequência do uso de broncodilatadores para alívio dos sintomas e valor do PFE (Quadro1) (III Consenso Brasileiro de Asma, 2002).

Tabela 1 – Classificação da gravidade da asma

Tratamento

Considerando-se que somente os quadros de asma persistente moderada (25 a 30% dos casos de asma) e grave (5 a 10% dos casos de asma) necessitam do acompanhamento do especialista, e que os 60% restantes dos casos de asma estão na classificação entre intermitente e persistente leve, podemos compreender a importância do conhecimento do manejo da asma por parte dos médicos responsáveis pela atenção primária (III Consenso Brasileiro de Asma, 2002).

Tratando a crise aguda de asma

O tratamento da crise aguda de asma se baseia no uso de, basicamente, 2 drogas: broncodilatadores β_2 -agonistas de curta ação (sendo a via preferencial de administração a inalatória, sobretudo aerossol dosimetrado e inaladores de pó) e corticóides sistêmicos (via oral ou parenteral, nos quadros de maior gravidade) (Weinberger, 1987). Brometo de ipratrópio tem indicação em casos especiais (maior gravidade da crise, quadros de broncoespasmo induzidos por betabloqueadores onde se deseja potencializar o efeito do beta-agonista - III Consenso Brasileiro de Asma, 2002). Entre os β_2 -agonistas de curta ação estão o salbutamol, fenoterol e terbutalina. Entre os corticóides sistêmicos, prednisona e prednisolona apresentam meia-vida intermediária, induzindo a menores efeitos colaterais (Rezende et al., 1994).

Tratamento de manutenção da asma

O princípio básico da escolha da terapêutica deve ser a classificação da asma (Tabela 1) (III Consenso Brasileiro de Asma, 2002). Pacientes com asma intermitente não necessitam de medicação contínua, devendo os mesmos receber β_2 -agonistas de curta ação no momento da crise. Na asma persistente leve, além dos β_2 -agonistas para alívio dos sintomas, o paciente deve receber um corticóide inalatório (em doses baixas), pois esses são os fármacos que apresentam melhor relação custo/risco/benefício (Suissa, 2000). Pacientes com asma persistente moderada e grave devem ser encaminhados ao

especialista. Para esses são necessários corticóides inalatórios (em doses médias ou altas) e associação com outras drogas, tais como β_2 -agonistas de longa ação, antileucotrienos ou teofilina de liberação lenta (III Consenso Brasileiro de Asma, 2002).

Entre os corticóides inalatórios disponíveis no mercado, temos a beclometasona, a budesonida, a flunisolida, a fluticasona e a triancinolona. Para cada uma dessas drogas, temos diferentes potências clínicas, sendo as potências também modificadas conforme o dispositivo empregado para aplicação (Rezende et al., 1994). A equivalência das potências entre os corticóides inalatórios pode ser vista na tabela 2. Doses de beclometasona menores que 800 mcg no adulto e 400 mcg na criança são consideradas baixas/médias e, acima desses valores, são consideradas altas. O tempo total de uso das medicações de manutenção da asma depende do controle da doença, geralmente não inferior a seis meses.

Quadro 2 – Potência tópica dos corticóides inalatórios

Os β_2 -agonistas de longa ação disponíveis no mercado são salmeterol e formoterol. Este último, por apresentar os dois mecanismos de ação (estímulos dos domínios alcançados externamente e estímulos do receptor lateralmente), tem longa duração e início rápido de ação, sendo, às vezes, empregado para alívio dos sintomas (III Consenso Brasileiro de Asma, 2002).

Montelukaste e Zafirlucaste são antileucotrienos com ação de antagonistas dos receptores, que podem permitir redução das doses de corticóides inalatórios nos pacientes com asma persistente (Borges, 2001). São também indicados em asma induzida pelo exercício (Laviolette et al., 1999; Borges, 2001).

O uso da teofilina no tratamento de manutenção estaria restrito à população cujos recursos econômicos impedissem a utilização de drogas inalatórias (Warner & Naspitz, 1998; III Consenso Brasileiro de Asma, 2002).

A utilização da via inalatória no tratamento da crise de asma e no tratamento de manutenção da asma tem vantagens indiscutíveis, estando a escolha do dispositivo na dependência de vários fatores, tais como idade do paciente (crianças de baixa idade têm dificuldade de coordenação disparo-inspiração), droga a ser empregada, facilidade de aprendizado da técnica de uso, o que favorece a adesão ao tratamento (Araújo et al., 1997; III Consenso Brasileiro de Asma, 2002). O emprego do aerossol dosimetrado em

pacientes com dificuldade de coordenação disparo/inspiração deve ser realizado com espaçadores.

É de grande importância a elaboração de um plano de ação para o paciente asmático, devendo nele estar contempladas orientações que permitam ao paciente monitorar sintomas e quedas do controle da doença, reconhecendo precocemente a exacerbação da asma, estabelecendo terapêutica inicial e buscando os serviços de emergência (Warner & Naspitz, 1998; III Consenso Brasileiro de Asma, 2002).

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, N.N. et al. Estudo de pacientes com asma brônquica moderada tratados com flunisolida. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, São Paulo, n. 20, p. 86-95, 1997.

BORGES, W.G. Antileucotrienos. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**; São Paulo, n. 24, p.124-135, 2001.

BURNEY, P.G.J. Epidemiologic trends. In BARNES, P.J. et al., **Asthma**. 1 ed Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997. p.35-47.

ESTEVES, P.C. et al. Sensibilização atópica em escolares e adultos de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, São Paulo, n. 22, p. 156-160, 1999.

FRIDAY, G.A. & FIREMAN, P. Morbidity and mortality of asthma. **Pediatric Clinical North America**, USA, n. 35, p. 1149-1162, 1988.

III CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, n. 28, p. s1-s28, 2002.

JENTZSCH, N.S. et al. Adesão às medidas de controle ambiental na asma. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, São Paulo, n. 25, p. 192-199, 2002.

LAVIOLETTE M. et al. Montelukast added to inhaled beclometasone in treatment of asthma. **American Journal Respiratory Care Medical**. n. 160, p.1862-1868, 1999.

NHLBI, National Heart, Lung and Blood Institute-World Health Organization. **Pocket guide for asthma management and prevention**, NIH-USA, Maryland. 1995; 23p.

PAES, R.F. et al. Escores clínicos de gravidade na avaliação da exacerbação aguda de asma na criança. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, São Paulo, n. 25, p. 26-40, 2002.

REZENDE, S.M. et al. Corticóides em Pneumologia **Revista Brasileira Medicina**, São Paulo, n. 51, p. 44-49, 1994.

ROSÁRIO-FILHO, N.A. et al. Sensibilização à baratas em crianças asmáticas: relação com a gravidade da doença. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, São Paulo, n. 22, p. 151-155, 1999.

SUISSA, S. Low dose inhaled corticosteroids and the prevention of death from asthma. **New England Journal of Medicine**, n. 343, p. 332-336, 2000.

WARNER, W.O. & NASPITZ, C.K. Third International pediatric consensus statement on the management of childhood asthma. **Pediatric Pulmonology**, n. 25, p.1-17, 1998.

WEINBERGER, M. Pharmacologic management of asthma. **Journal Adolescent Health Care**, n. 8, p. 74-83, 1987.

ZAVADNIAK, A.F. et al. Aspectos do tratamento da asma persistente em um ambulatório especializado. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, São Paulo, n. 23, p. 239-248, 2000.

ZHONG, N.S. Management of asthma in developing countries. In BARNES, P.J. et al. **Asthma**. 1 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997. p1869-1882.