

Buscando o controle da asma

Pedro Giavina-Bianchi*

A asma é uma síndrome de alta prevalência e morbidade, que traz grande impacto social e econômico, podendo inclusive ser fatal. Neste contexto, diversas Organizações e Sociedades Médicas desenvolveram consensos e diretrizes para a melhor abordagem da asma, dentre os quais se destaca a iniciativa GINA (*Global Initiative for Asthma*), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde. A iniciativa mundial GINA promove diversas ações com o objetivo de aprimorar o manejo da asma, evitando as limitações decorrentes da doença e as mortes precoces, além de permitir que os pacientes tenham uma vida produtiva e plena.

Houve uma nítida melhora na abordagem e no manejo da asma nas últimas décadas. Estatísticas sobre as hospitalizações por asma no Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pelo atendimento de cerca de 70 a 75 % da população brasileira, mostram queda da taxa de internação desde 2000, quando houve o pico de 397 mil internações. Atualmente, há cerca de 250 mil internações por asma, por ano. Dentre os fatores que podem ter contribuído para este decréscimo de morbidade estão o desenvolvimento e a implementação de consensos e de programas de atendimento aos pacientes com asma no Brasil, inclusive com a disponibilização de medicamentos. O ProAR, onde o estudo de Brandão et al. foi realizado, exemplifica bem os programas de controle de asma e rinite¹. Entretanto, é necessário aprimorar as ações já iniciadas e torná-las menos heterogêneas nas diversas regiões do país, pois ainda morrem por asma, por ano, de 2 a 3 mil pacientes.

O estudo GOAL (*Gaining Optimal Asthma Control*), que comparou o uso isolado de corticosteroide inalado com a associação de corticosteroide e broncodilatadores de longa duração inalados, foi um marco e propiciou mudanças na abordagem da asma². A maior contribuição deste ensaio clínico foi demonstrar que apesar da maioria dos pacientes com asma não apresentar sua doença bem controlada, este controle pode ser atingido com tratamento e acompanhamento realizados de maneira rigorosa.

Influenciada pelo estudo GOAL e pelas demais evidências da literatura, a atualização do GINA em 2006 propõe nova classificação da asma baseada na avaliação do controle da doença. Segundo esta classificação, a asma pode ser controlada, parcialmente controlada, ou não controlada. Os critérios para se designar a asma como controlada são rigorosos: doença com mínima sintomatologia (poucos sintomas diurnos e sem sintomas noturnos), sem exacerbações, com pouca utilização de medicação de resgate, sem restrições de atividade física, sem efeitos adversos dos medicamentos utilizados e com testes de função pulmonar normais. Posteriormente, a iniciativa GINA também passa a preconizar que se avalie o risco futuro da asma, com avaliação dos efeitos adversos à medicação, da perda de função pulmonar permanente e das exacerbações graves.

O tratamento da asma deve sempre ser ajustado para que a doença tenha a menor morbidade e mortalidade possível, proporcionando qualidade de vida para os pacientes. É sempre recomendado se buscar o controle total, mas quando isto não é atingível, o objetivo da terapêutica é alcançar a melhor resposta e a menor quantidade de reações adversas possíveis. Quando a asma de um determinado paciente apresenta-se adequadamente controlada frente a um regime de tratamento, as doses das medicações devem ser reduzidas progressivamente até o mínimo necessário para que o controle seja mantido.

Nos pacientes sem resposta adequada a terapêutica, primeiramente, devemos concentrar nossas ações em analisar situações que estão mais comumente associadas aos quadros de asma que se mantêm sem controle³. O diagnóstico da asma deve ser confirmado, o controle ambiental, a adesão ao tratamento e a utilização da medicação devem ser avaliados, além da necessidade de se otimizar a terapêutica. As causas responsáveis pela falta de controle da asma mais frequentes são a má adesão ao tratamento e a educação insuficiente do paciente, que acarreta, por exemplo, a utilização errada da medicação.

* Professor Associado Livre Docente, Disciplina de Imunologia Clínica e Alergia, Universidade de São Paulo.

Estima-se que a adesão ao tratamento da asma esteja entre 30% e 50%. Após o estabelecimento de um relacionamento de confiança entre o profissional de saúde e o paciente, é preciso discutir a importância do tratamento e sugerir medidas que evitem o esquecimento da tomada dos medicamentos. O diálogo aberto, através de perguntas claras e diretas, é o modo mais adequado para avaliar o cumprimento da terapêutica proposta.

Para a adequada abordagem da asma, também devemos pesquisar e identificar as comorbidades e condições associadas, pois o tratamento destas auxilia no controle do quadro respiratório^{3,4}. Como exemplo, a rinossinusite e a doença do refluxo gastroesofágico podem ser citadas como entidades clínicas prevalentes em pacientes com asma e que podem agravar a evolução da doença. O estudo de Brandão et al. é importante e relevante, pois nos fornece dados nacionais sobre o tema, destacando-se as informações sobre a obesidade, uma epidemia contemporânea que também tem sido associada a gravidade da asma. Ao mesmo tempo, a pesquisa é inovadora, identificando a hipertensão como outra comorbidade que deve ser avaliada em pacientes com asma¹.

Podemos concluir que o tratamento da asma evoluiu muito e a grande maioria dos pacientes apresenta controle da doença, com ausência de sintomas e normalização da função pulmonar. O desenvolvimento de protocolos para a abordagem da asma possibilitou o melhor acompanhamento dos pacientes, com redução da morbidade destes e com melhora de sua qualidade de vida.

Também é importante salientar que o exercício da medicina atual baseia-se em dois paradigmas que se complementam: a medicina baseada em evidências e a medicina personalizada. Os consensos e suas recomendações são elaborados a partir das evidências científicas geradas nos estudos e têm o intuito de compilar e analisar o conhecimento sobre determinado assunto, padronizando o manejo das doenças. Eles são importantes, pois norteiam e auxiliam o atendimento médico, além de serem aplicáveis a considerável proporção de doentes. Entretanto, nem todo paciente de consultório tem características semelhantes aos indivíduos que participaram dos ensaios clínicos e, por isto, o atendimento destes deve ser individualizado.

Referências

1. Brandão HV, Guimarães A, Cruz AA, Cruz CS. Fatores associados à gravidade da asma entre adultos de um centro de referência para asma. *Rev bras alerg imunopatol* 2012; 35(3): 98-102.
2. Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, Busse WW, Clark TJ, Pauwels RA, Pedersen SE, GOAL Investigators Group. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170: 836-44.
3. Giavina-Bianchi P, Aun MV, Bisaccioni C, Agondi R, Kalil J. Difficult-to-control asthma management through the use of a specific protocol. *Clinics (Sao Paulo)* 2010; 65: 905-18.
4. Bisaccioni C, Aun MV, Cajueta E, Kalil J, Agondi RC, Giavina-Bianchi P. Comorbidities in severe asthma: frequency of rhinitis, nasal polyposis, gastroesophageal reflux disease, vocal cord dysfunction and bronchiectasis. *Clinics (Sao Paulo)* 2009; 64: 769-73.