

EDUCAÇÃO AO PACIENTE COM ASMA: O PAPEL DO FARMACÊUTICO !

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar.

DIAGNÓSTICO DA ASMA

O diagnóstico da asma é feito pelo médico através da anamnese e exame clínico, e confirmado pela demonstração de limitação variável ao fluxo de ar. As medidas da função pulmonar fornecem uma avaliação da extensão da limitação ao fluxo aéreo, sua reversibilidade e variabilidade. A asma pode ser classificada quanto à gravidade em intermitente, persistente leve, moderada e grave. Esta classificação é feita com base na frequência e intensidade dos sintomas e pela função pulmonar.

MEDIDAS PREVENTIVAS E NÃO FARMACOLÓGICAS

Os objetivos do tratamento da asma são: controlar os sintomas, permitir atividades normais – trabalho, escola e lazer, evitar crises, idas à emergência e hospitalizações, reduzir a necessidade do uso de broncodilatador para alívio e manter a função pulmonar normal ou a melhor possível. Para que os resultados desejados sejam alcançados, é necessária a participação ativa de seus portadores e familiares. Além do tratamento farmacológico adequado, é importante reconhecer os sinais de descontrole da doença, bem como quais os fatores desencadeantes das crises e como evitá-los. Mudanças bruscas de temperatura, exercícios físicos, emoções intensas podem desencadear os sintomas da asma. Medidas simples como manter o ambiente limpo e ventilado, evitar o acúmulo de poeira, tapetes, cortinas e carpetes ou pelo menos mantê-los limpos, lavagem regular de cobertores, roupas de cama e almofadas são de extrema importância para o controle da asma.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento farmacológico da asma pode ser dividido em: medicamentos de alívio usados no momento da crise e os medicamentos de manutenção. Os medicamentos de alívio incluem broncodilatadores e corticóides sistêmicos. Como medicamentos de manutenção são usados corticóides inalatórios, broncodilatadores e antagonistas de receptores de leucotrienos.

A seleção do tratamento farmacológico é feita com base na gravidade da doença. Como a asma é uma condição dinâmica, assim como crônica, os planos devem acolher as variações interpessoais, assim como a variabilidade da doença com o tempo.

Agonistas β_2 – São os broncodilatadores mais eficazes disponíveis. Apresentam melhor broncos seletividade na forma inalatória, bem como uma resposta mais rápida e maior proteção contra os agentes que causam broncoespasmo que a administração sistêmica. Agonistas β_2 inalados de ação rápida representam o tratamento de escolha na profilaxia da asma induzida por exercício físico. Os agentes de ação rápida fornecem proteção por pelo menos 2 horas, enquanto os de longa ação têm efeito protetor pelo período de 8 a 12 horas inicialmente, o qual tende a diminuir com o uso crônico. Para o controle dos sintomas noturnos são empregados os agonistas β_2 inalatórios de longa duração, entretanto crises noturnas podem ser um indicativo de tratamento antiinflamatório inadequado.

Corticóides inalatórios (CI) - representam a terapia de escolha para o controle em longo prazo da asma persistente devido a sua potência e efetividade, sendo também a única terapia que mostra uma redução no risco de morte por asma. Na asma moderada, os sintomas são controlados com duas doses diárias. Alguns produtos têm indicação de dose única/dia. A forma mais severa da doença requer doses múltiplas diariamente. No início do tratamento são utilizadas doses mais altas e mais frequentes até que se obtenha o controle dos sintomas. A resposta aos CI é lenta, a melhora dos sintomas é observada no prazo de 1 a 2 semanas e alcança um máximo dentro de 4 a 8 semanas. A toxicidade sistêmica dos CI é mínima com doses baixas a moderadas, entretanto o risco de efeitos sistêmicos aumenta com doses mais elevadas. Efeitos adversos locais incluem candidíase oro-faríngea e disfonia, que podem ser reduzidas pelo uso de um espaçador ou higiene oral após o uso dos CI. Corticosteróides sistêmicos estão indicados para os casos agudos severos não completamente responsivos aos agonistas β_2 . São utilizados cursos de curta duração (3 a 10 dias) e em seguida a manutenção com CI. Para os pacientes de uso crônico de corticosteróides sistêmicos para controle da asma, deve ser administrada a dose mais baixa possível para melhora dos sintomas.

Antagonistas de receptores de leucotrienos - montelucaste e zafirlucaste reduzem eventos pró-inflamatórios. Não são usados para tratar exacerbações agudas e devem ser administrados diariamente.

Omalizumabe – é um anticorpo anti-IgE no tratamento da asma alérgica severa e persistente não controlada adequadamente por corticosteróides. Ocasiona inibição da

broncoconstrição por alérgeno nas fases da inflamação, diminuindo a hiperresponsividade das vias aéreas.

Anticolinérgicos (Brometo de Ipratrópio) - São efetivos broncodilatadores, mas menos potentes que os agonistas β_2 . O efeito broncodilatador é observado mais tardiamente comparado ao agonistas β_2 (30 a 60 minutos vs. 5 to 10 minutos). Esta substância é indicada apenas como terapia adjuvante em casos de asma aguda severa que não responde adequadamente aos agonistas β_2 .

ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE

Estudos demonstram os benefícios de programas educacionais, conduzidos pelo Farmacêutico ao asmático. Entender a asma e seu tratamento leva a uma mudança de comportamento frente à doença, melhorando a adesão e os resultados. Cerca de metade dos pacientes não aderem a farmacoterapia, mesmo com o fornecimento gratuito dos medicamentos, geralmente por desconhecimento da importância do tratamento regular de manutenção. Programas de educação devem enfatizar as diferenças entre o tratamento broncodilatador sintomático e o de manutenção regular, bem como técnicas de autocuidado que melhoram a adesão aos esquemas de medicamentos, a capacidade de cuidar de si próprio e o uso dos serviços de saúde. Nesse contexto é que se insere a Atenção Farmacêutica, através do seguimento farmacoterapêutico deve ser quantificado o uso de agonistas β_2 de ação curta, os dias com atividade limitada e o número de sintomas (especialmente noturnos). Todos os usuários de fármacos inalados devem ter sua técnica de aplicação avaliada, primeiro mensalmente e depois a cada 3 a 6 meses. Após iniciado o tratamento antiinflamatório ou aumentada a dose, a melhora na maioria das vezes, deve aparecer em 1 a 2 semanas, e melhora sintomática máxima em 4 a 8 semanas. Em casos moderados e graves, o registro escrito da medicação consumida e dos sintomas pode auxiliar no melhor autocontrole e na condução médica. Todos os pacientes com asma persistente moderada ou grave devem ter um plano de ação escrito para uso em caso de exacerbações.

BIBLIOGRAFIA

- Moura, J. A. R. et al. Tratamento profilático da asma. *J. Pediatr. (Rio J)*, Porto Alegre, Vol. 78, Supl.2, 2002.
- Marques, L.A.M.; Atenção Farmacêutica em distúrbios menores. Ed. Medfarma, 2ª edição, São Paulo; 2008.
- Wells, B.G. et al., *Pharmacotherapy Handbook*, 7ª ed. NY, McGraw Hill.
- Santos, D. O. et al., Atenção farmacêutica ao portador de asma persistente: avaliação da aderência ao tratamento e da técnica de utilização dos medicamentos inalatórios. *J. Bras. Pneumol.* 2010;36(1):14-22.
- Katzung, B.G.; *Farmacologia Básica e Clínica*. Ed. Guanabara Koogan S.A. 8ª edição. Rio de Janeiro; 2002.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diagnóstico clínico e funcional da asma brônquica. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 50, n. 2, Apr. 2004.
- IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA. *J. Bras. Pneumol.* 006;32(Supl 7):S 447-S 474

