

Manual de Boas Práticas na Asma



Programa Nacional de Controlo

asma

Direcção-Geral da Saúde
COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DA ASMA
2001

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde

Manual de Boas Práticas na Asma. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2000. - 60 p.

ISBN 972-9425-87-6

Asma -- prevenção e controlo / Programas nacionais de saúde / Manuais / Educação em Saúde

Documento elaborado a partir da adaptação do *Global Strategy for Asthma Management and Prevention* do National Heart, Lung and Blood Institute e da World Health Organization, por:

Coordenação Nacional do GINA
Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica
Sociedade Portuguesa de Pneumologia
Associação Portuguesa de Asmáticos
Direcção-Geral da Saúde

EDIÇÃO

Direcção-Geral da Saúde
Al. D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel. 21 843 05 00 • Fax 21 843 05 30
dgsaude@dgsaude.min-saude.pt
<http://www.dgsaude.pt>

DESIGN GRÁFICO

TVM Designers

IMPRESSÃO

Europress

TIRAGEM

50 000 exemplares

DEPÓSITO LEGAL

169106/01

A ASMA CONSTITUI um importante problema de saúde pública, uma vez que se trata de uma das doenças crónicas mais frequentes na criança e no jovem. Com tendência de crescimento da sua incidência e prevalência, a Asma é uma importante causa de internamento hospitalar e, também, de sofrimento a vários níveis, por vezes diário e repetido, extensivo às famílias e grupos de pertença do doente, inserindo condicionamentos à sua actividade normal e, portanto, à sua qualidade de vida.

O **Programa Nacional de Controlo da Asma**, baseado no Programa Mundial para a Asma – “Global Initiative for Asthma” – GINA (resultado do esforço conjunto do National Heart, Lung and Blood Institute e da Organização Mundial de Saúde) foi criado com o objectivo de reduzir, em Portugal, a prevalência, morbidade e mortalidade por Asma e melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do doente asmático.

Torna-se, assim, fundamental melhorar a eficácia e a eficiência da prestação de cuidados de saúde ao doente asmático, de forma a melhor o habilitar e capacitar a autocontrolar a sua doença. É neste contexto que surgem as presentes **Normas de Boas Práticas na Asma**, as quais, como instrumento do Programa Nacional de Controlo da Asma, devem ser encaradas como um auxiliar do profissional de saúde na procura de melhores práticas profissionais na abordagem da Asma.

Estas Normas, a actualizar sempre que o consenso científico recomende a abordagem de aspectos mais específicos da Asma, resultam do trabalho produzido no âmbito da Comissão Para o Programa da Asma, criada pelo Despacho Ministerial Nº 6 536/99, de 1 de Abril, e traduzem o consenso e a validação científica do movimento GINA, da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica e da

Sociedade Portuguesa de Pneumologia, no que se refere aos novos conceitos de diagnóstico e tratamento da Asma, assim como da Associação Portuguesa de Asmáticos, no que se refere ao desenvolvimento de competências e capacidades no doente e na família para controlar a sua doença.

Esperamos que o profissional de saúde, no Centro de Saúde ou no Hospital, encontre neste documento de carácter técnico-normativo, agora editado pela Direcção-Geral da Saúde, um instrumento útil que o ajude, sempre que necessário, a prestar melhores cuidados de saúde ao doente asmático.

■	UM NOVO OLHAR SOBRE A ASMA	7
■	COMO DIAGNOSTICAR A ASMA	11
	Isto é asma?	12
	Pontos-Chave	13
	Como Utilizar o Debitómetro	15
■	COMO CONTROLAR A ASMA	17
	Como Seleccionar a Medicação	18
	Como Abordar a Asma “em degraus”	20
	Glossário de Medicamentos	22
	Tratamento da Asma a Longo Prazo para Lactentes e Crianças até aos 5 anos	25
	Tratamento da Asma a Longo Prazo em Adultos e Crianças de Idade Superior a 5 anos	28
	Como Tratar as Crises de Asma	32
	Critérios de Avaliação da Gravidade da Crise Asmática	35
	Abordagem Extra-Hospitalar de uma Crise de Asma	37
	Abordagem Hospitalar de uma Crise de Asma	39
■	COMO IDENTIFICAR E EVITAR FACTORES DESENCADEANTES DA ASMA	43
■	A EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA DO DOENTE ASMÁTICO	47
■	COMO MONITORIZAR E MODIFICAR O TRATAMENTO PARA UM EFECTIVO CONTROLO DA ASMA A LONGO PRAZO	51
	Perguntas sobre a Monitorização do Tratamento da Asma	53
	Factores Envolvidos na Não Adesão ao Tratamento da Asma	54
■	ADAPTAÇÃO INDIVIDUAL DAS NORMAS DE BOAS PRÁTICAS	57

A prevalência da asma tem vindo a aumentar a nível mundial, nos últimos anos, especialmente nas crianças. No entanto, a asma está subdiagnosticada e subtratada.

Existem, hoje, novos métodos para diagnosticar, tratar e controlar a asma e sabe-se que os custos da doença, a nível individual e social, podem, hoje, ser minimizados.

A educação e capacitação do doente asmático contribuem, de forma decisiva, para o sucesso da terapêutica. Por isso, uma melhor prática do profissional de saúde, que tenha em conta este aspecto, é um dos pilares fundamentais em que assenta o êxito de um Programa de Controlo da Asma.

A asma é uma **doença inflamatória crónica** das vias aéreas que, em indivíduos susceptíveis, origina episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse particularmente nocturna ou no início da manhã, sintomas estes que estão geralmente associados a uma obstrução generalizada, mas variável, das vias aéreas, a qual é reversível espontaneamente ou através de tratamento.

Não se esqueça que

- ▶ as crises de asma podem ser mortais, embora seja possível preveni-las;
- ▶ as vias aéreas cronicamente inflamadas se tornam hiper-activas e obstruídas, limitando o fluxo aéreo (através da broncoconstrição, rolhões de muco e aumento da inflamação) quando expostas a vários estímulos ou factores desencadeantes;
- ▶ os factores desencadeantes mais comuns da asma, são:
 - infecções virais
 - alergénios, como os ácaros domésticos (no quarto de dormir, nas roupas de cama, nas alcatifas e nos colchões), animais de pêlo, baratas, pólen e fungos
 - fumo do tabaco
 - poluição atmosférica
 - exercício
 - emoções
 - irritantes químicos
 - fármacos (aspirina e bloqueantes beta)
- ▶ as crises de asma (ou exacerbações) têm carácter episódico, mas a inflamação das vias aéreas é crónica;
- ▶ a asma é uma doença que requer tratamento a longo prazo. Para muitos doentes a asma significa o uso de medicamentos preventivos diariamente e para toda a vida;
- ▶ a asma pode mudar ao longo do tempo;
- ▶ a asma pode ser ligeira, moderada ou grave;
- ▶ as crises de asma podem pôr a vida em risco;
- ▶ a gravidade da asma varia entre os indivíduos e pode variar num indivíduo ao longo do tempo; ▶▶



- ▶ as decisões terapêuticas assentam na gravidade da asma;
- ▶ a asma pode ser controlada de forma a que os doentes possam:
 - prevenir os sintomas incómodos durante o dia e a noite
 - evitar crises graves
 - necessitar de pouca ou nenhuma medicação de alívio
 - ter uma vida produtiva e fisicamente activa
 - ter uma função respiratória normal, ou próxima do normal
- ▶ a asma pode ser prevenida:
 - nos lactentes com uma história familiar de asma ou de atopia, é muito provável que evitando a exposição ao fumo do tabaco, aos alimentos, aos ácaros domésticos, alergénios dos animais domésticos e das baratas, se consiga evitar o desenvolvimento da doença
 - nos adultos é recomendável evitar a exposição a produtos químicos no local de trabalho
- ▶ é importante que o doente tenha consciência que a asma não deve causar vergonha. De facto, atletas olímpicos, dirigentes políticos famosos e outras celebridades, para além do cidadão comum, vivem vidas perfeitamente normais e de sucesso, independentemente do facto de sofrerem de asma.

Como diagnosticar a asma



Isto é asma?

Considere o **diagnóstico de asma**, em presença de qualquer **um** dos seguintes sinais ou sintomas:

- ▶ Pieira
- ▶ Tosse com agravamento nocturno
- ▶ Pieira recorrente
- ▶ Dificuldade respiratória recorrente
- ▶ Aperto torácico recorrente

Limitação reversível e variável do fluxo aéreo, através de medições do Peak Expiratory Flow – PEF (Débito Expiratório Máximo Instantâneo) com Peak Flow Meter (Debitómetro).

o PEF aumenta mais de 15%, 15 ou 20 minutos após inalação de um agonista- β_2 de curta acção

ou

o PEF sofre uma variação de mais de 20% comparativamente com os valores ao acordar, medidos 12 horas após a última toma de broncodilatadores, (ou uma variação superior a 10% em doentes sem tratamento com broncodilatadores)

ou

o PEF decresce mais de 15%, 6 minutos após o exercício ou corrida

Não se esqueça que

- ▶ eczema, rinite alérgica ou história familiar de asma, ou de doença atópica, estão frequentemente associados a asma;
- ▶ uma observação torácica sem alterações não exclui a hipótese de asma.

Pontos-Chave

1. Os sintomas de asma ocorrem, ou agravam-se, à noite, acordando o doente e, também, na presença de exercício, infecção viral, animais com pêlo, ácaros domésticos (nos colchões, nas roupas de cama, nas alcatifas, nas almofadas, nas carpetes, na mobília acolchoada), fumo (tabaco, lenha), pólen, alimentos, alterações da temperatura, emoções fortes (riso, choro), aerossóis de produtos químicos e de fármacos (aspirina, bloqueantes beta).
2. As crianças com infecções respiratórias cujo sintoma principal é a tosse, ou a pieira, são com frequência erradamente diagnosticadas como tendo bronquite, ou pneumonia, ou infecção respiratória aguda e medicadas, de forma deficiente, com antibióticos ou antitússicos. O tratamento com medicamentos antiasmáticos pode ser benéfico e auxiliar ao diagnóstico.
3. Muitos lactentes e crianças que têm pieira com as infecções respiratórias a vírus, podem não desenvolver asma que persista durante a infância, mas podem beneficiar de fármacos antiasmáticos nos episódios de pieira.

4. Não há uma forma segura de prever quais as crianças que vão ter asma. No entanto, alergia, história familiar de alergia ou de asma e uma exposição intensa a fumo de tabaco e a alergénios, no período pré e pós-natal, estão fortemente associados a asma persistente.
5. A asma deverá ser considerada em doentes que apresentem um quadro de resfriados de repetição, que “desça” para o tórax ou que leve mais de 10 dias a melhorar, ou nas situações de melhoria em caso de administração de medicamentos antiasmáticos.
6. Os fumadores e doentes idosos sofrem com frequência de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), que causa sintomas semelhantes aos da asma. No entanto, estes doentes podem sofrer de asma. Nestes casos, uma melhoria do PEF, após tratamento com medicamentos antiasmáticos, tem valor diagnóstico.
7. Os trabalhadores expostos a substâncias químicas ou alergénios inalados no local de trabalho, podem desenvolver asma e serem erradamente diagnosticados como sofrendo de DPOC. São essenciais o diagnóstico precoce através de medições do PEF, em casa e no emprego, a evicção da exposição aos factores de agravamento e o tratamento instituído numa fase inicial.

Não se esqueça que

- ▶ as crises de asma podem ser difíceis de diagnosticar. Sintomas de asma como dispneia aguda, aperto torácico e pieira, também podem ser causados pelo “croup”, pela bronquite aguda, por problemas cardiovasculares ou pela disfunção das cordas vocais;
- ▶ o uso da espirometria, a comprovação da reversibilidade dos sintomas com broncodilatadores e a história de crise (se está relacionada, por exemplo, com exposições que habitualmente agravam a asma) ajudam a estabelecer o diagnóstico;
- ▶ uma radiografia do tórax pode ajudar a afastar a hipótese de pneumonia, de lesões das vias aéreas de grande calibre, de insuficiência cardíaca congestiva, de aspiração de corpo estranho ou de pneumotórax.

Como Utilizar o Debitómetro

As medições da função respiratória indicam o grau de limitação do fluxo aéreo e auxiliam o diagnóstico e a monitorização da evolução da asma. Medições objectivas da função respiratória revelam-se de grande importância, na medida em que médicos e doentes não reconhecem, na maioria dos casos, os sintomas da asma e o seu grau de gravidade. O estudo da função respiratória é utilizado para o diagnóstico da asma de forma semelhante à medição da pressão arterial para o diagnóstico e monitorização da hipertensão.

Os **Debitómetros** (Peak Flow Meters) medem o Peak Expiratory Flow - PEF, o débito mais elevado com que o ar circula nas vias aéreas durante uma expiração forçada.

O rigor das medições do PEF dependem da colaboração do doente e de uma técnica correcta. Diversos tipos de Debitómetros encontram-se actualmente disponíveis no mercado, sendo a técnica de utilização semelhante em todos:

- ▶ O doente deve manusear o Debitómetro na posição de pé sem obstruir o indicador de escala de valores. Deverá certificar-se de que o indicador se encontra na posição 0 da escala de valores.
- ▶ O doente deve inspirar profundamente, colocar o bocal do Debitómetro na boca, apertar os lábios à volta da peça bocal e expirar rapidamente e com o máximo de força possível. O bocal não deverá estar obstruído com a língua.
- ▶ Esta operação deve ser repetida 3 vezes, sendo registado o valor mais elevado, de manhã e à noite. A operação deverá ser repetida ao longo de 2 a 3 semanas, de modo obter-se **o melhor valor pessoal**.

O valor diário do PEF obtido ao longo de 2 a 3 semanas, quando disponível, é útil para o estabelecimento do diagnóstico e da terapêutica. Se durante 2 ou 3 semanas o doente não conseguir atingir 80% do valor teórico do PEF (estes valores constam de tabelas fornecidas com os Debitómetros), pode ser necessário um período de corticosteróides orais, para determinar qual o melhor valor pessoal.

A monitorização a longo prazo do PEF, acompanhado da revisão de sintomas, será de grande utilidade para a avaliação da resposta ao tratamento. A monitorização do PEF pode, igualmente, ajudar a detectar sinais precoces de agravamento de asma antes da ocorrência de sintomas. Deve verificar-se, monitorizar-se e adaptar-se o tratamento para um controlo efectivo da asma a longo prazo.

Como controlar a asma



Novas abordagens terapêuticas na asma podem ajudar os doentes a prevenir a maioria das crises, a permanecer livres de sintomas nocturnos e diurnos e a manterem-se fisicamente activos.

Para conseguir o **controlo efectivo da asma** é necessário:

- ▶ Seleccionar a medicação mais adequada
- ▶ Abordar a asma a longo prazo
- ▶ Tratar as crises de asma
- ▶ Identificar e evitar os factores desencadeantes de agravamento
- ▶ Educar os doentes para o tratamento da sua doença

Monitorizar e modificar os cuidados a ter com a doença numa perspectiva de controlo a longo prazo.

A maior parte dos doentes recorre ao médico durante as crises. Para além do tratamento destas, é importante ajudar os doentes a aprenderem como prevenir crises futuras. Para muitos doentes, controlar a asma a longo prazo, significa tomar, sempre, medicação diária.

Como Seleccionar a Medicação

Existem dois tipos de medicação que ajudam a controlar a asma: medicamentos de **acção preventiva a longo prazo**, especialmente anti-inflamatórios, que previnem o aparecimento dos sintomas ou das crises agudas e medicamentos para **alívio rápido** dos sintomas, como os broncodilatadores de curta acção, que também actuam rapidamente nas crises de asma.

Deve dar-se preferência aos **medicamentos para inalação** devido à sua elevada eficácia terapêutica, causada pelas altas concentrações do fármaco que são depositadas directamente nas vias

aéreas, com uma eficaz acção terapêutica e poucos efeitos sistémicos indesejáveis.

Para a administração de fármacos encontram-se disponíveis vários dispositivos de inalação, incluindo inaladores pressurizados (MDIs), inaladores activados pela respiração, sistemas para inalação de pó (PDI) e nebulizadores. As câmaras expansoras facilitam o uso dos aerossóis pressurizados, reduzem a absorção sistémica e os efeitos secundários locais dos corticosteróides inalados.

Dever-se-á seleccionar, para cada doente, o sistema de inalação mais adequado:

- ▶ As crianças com menos de 2 anos de idade deverão usar um aerossol pressurizado (MDI), com uma câmara expansora e máscara facial ou um nebulizador.
- ▶ As crianças entre os 2 e os 5 anos de idade deverão usar um aerossol pressurizado com uma câmara expansora ou, em caso de necessidade, um nebulizador.
- ▶ Para os doentes que usam câmara expansora, esta deve estar perfeitamente adaptada ao inalador. O tamanho da câmara deve aumentar à medida que a criança cresce.
- ▶ Os doentes acima dos 5 anos de idade que apresentem dificuldades no uso dos aerossóis pressurizados devem usar uma câmara expansora acoplada, um inalador activado pela inspiração, um inalador de pó seco ou um nebulizador. Os inaladores de pó seco requerem um fluxo inspiratório que pode ser difícil de atingir em situações de crise forte e em crianças com menos de 5 anos de idade.
- ▶ Os doentes em crise aguda grave devem, preferencialmente, usar um aerossol pressurizado com câmara expansora ou um nebulizador.

- ▶ Os doentes e os elementos mais próximos da família devem ser ensinados a usar os inaladores.
- ▶ É importante que se efectuem demonstrações na presença dos doentes, acompanhadas da distribuição de instruções ilustradas.

Não se esqueça:

- ▶ que inaladores diferentes requerem diferentes técnicas de inalação;
- ▶ de solicitar aos doentes, em cada consulta, que demonstrem como utilizam os inaladores, até que se assegure que o fazem correctamente.

Como Abordar a Asma “ em degraus”

Para classificar a asma e orientar o tratamento adequado é, normalmente, utilizada **uma abordagem em “degraus”**. O número e a frequência da medicação aumenta, isto é, sobe um “degrau” quando a gravidade da asma aumenta, e diminui, ou seja, desce um “degrau”, quando a doença está controlada.

A asma persistente é controlada mais eficazmente por um tratamento a longo prazo, que suprime e reverte a inflamação, do que tratando unicamente a broncoconstrição aguda e os sintomas com esta relacionados. Considera-se que os fármacos anti-inflamatórios, particularmente os corticosteróides inalados, são os fármacos de prevenção mais eficazes.

Os tratamentos recomendados são-no numa perspectiva genérica de boa prática profissional, que deverá ser adaptada aos recursos locais e às circunstâncias individuais que determinam a terapêutica específica.

Como atingir o controlo da asma

Existem duas abordagens para se atingir o controlo da asma. A primeira das seguintes abordagens é a preferível:

- ▶ Controlar rapidamente a asma com níveis elevados de terapêutica, por exemplo, adicionar, num curto período, prednisona, ou uma dose elevada de corticosteróides inalados, à terapêutica que corresponde ao grau de gravidade de asma do doente, e depois descer.
- ▶ Iniciar o tratamento no degrau mais apropriado ao grau de gravidade da asma e subir, se necessário, de degrau.

Não se esqueça de:

- ▶ Subir um degrau se o controlo atingido não for satisfatório e mantido. Normalmente a melhoria deverá verificar-se no espaço de 1 mês. No entanto, antes de aumentar a medicação deverá verificar a técnica do doente na utilização do inalador, a adesão à terapêutica instituída e se a evicção dos alérgenos e/ou desencadeantes foi conseguida.
- ▶ Baixar um degrau se o controlo da doença for sustentado por um período mínimo de 3 meses; fazer uma redução gradual do tratamento por níveis ou degraus até ao mínimo de medicação necessário para manter o controlo.
- ▶ Rever o tratamento cada 3 a 6 meses, uma vez atingido o controlo da asma.
- ▶ Referenciar o doente para um especialista de asma, no caso das condições clínicas se complicarem e não houver uma resposta óptima à terapêutica, ou em caso de ser necessário um regime de tratamento de nível 3 ou 4.

Glossário de Medicamentos

MEDICAÇÃO PREVENTIVA A LONGO PRAZO

Grupo	Nome Genérico	Mecanismo de Acção
Corticosteróides Adrenocorticóides Glucocorticóides	Inalados Beclometasona Budesonido Fluticasona Orais Metilprednisolona Prednisona Prednisolona	Anti-inflamatórios
Cromonas	Cromoglicato dissódico Nedocromil	Anti-inflamatório Anti-inflamatório
Agonistas-β_2 de acção longa Adrenérgicos- β_2 de acção longa Simpaticomiméticos	Inalados Formoterol Salmeterol Comprimidos de acção longa Salbutamol Terbutalina	Broncodilatador
Teofilina de libertação controlada	Aminofilina Metilxantina Xantinas	Broncodilatador possibilidade de efeito anti-inflamatório
Antihistamínicos	Bloqueadores H_1	Anti-alérgico
Anti-leucotrienos	Montelukast Zafirlukast	Antagonistas dos receptores dos leucotrienos

Efeitos Secundários (riscos de efeitos graves)

Inalados

Doses acima de 1 mg/dia podem estar associadas a atrofia e fragilidade cutânea, equimoses, cataratas e supressão das cápsulas suprarrenais.

Comprimidos ou xarope

A longo prazo podem provocar osteoporose, diabetes, hipertensão arterial, cataratas, supressão suprarrenal, obesidade, atrofia cutânea e fraqueza muscular. Ter em atenção a existência de situações que se podem agravar com os corticosteróides orais como, por exemplo, infecções herpéticas, varicela, tuberculose e hipertensão arterial.

Efeitos adversos mínimos. Pode ocorrer tosse após inalação.
Nenhuns conhecidos.

Inalados

os agonistas- β_2 comportam menos efeitos adversos do que as formas orais.

Orais

os agonistas- β_2 podem causar estimulação cardiovascular, ansiedade, pirose, tremor muscular, cefaleias e hipocalcémia.

Náuseas e vômitos são comuns. Ocorrem efeitos secundários graves com altas concentrações plasmáticas, incluindo taquicardia e arritmias.

Pode causar sedação e aumento de peso.

Não estão referidos efeitos secundários específicos nas doses recomendadas. Pode, no entanto, haver aumento das transaminases. Estão descritos alguns casos de hepatite reversível e hiperbilirrubinémia.

Comentários

Inalados

O risco pequeno, mas potencial, de efeitos colaterais deve ser pesado com os benefícios. O uso de câmaras expansoras e a lavagem da boca, após a inalação, podem reduzir a candidíase oral. As várias formas não são equivalentes, nem em *puffs*, nem em *mcg*.

Comprimidos ou xarope

Uso prolongado: doses matinais em dias alternados são menos tóxicas.

Curto termo: cursos de 3-10 dias são eficazes para atingir o rápido controlo; administrar até que o PEF > 80% dos valor teórico, ou até reversão dos sintomas.

Podem ser necessárias 4-6 semanas até se atingir o efeito máximo.

NÃO usar no tratamento das crises.

Usar sempre em combinação com a terapêutica anti-inflamatória.

Combinados com doses baixas-médias de corticosteróides inalados permitem um controlo mais eficaz do que doses altas de um corticosteróide inalado isolado.

É frequentemente necessário monitorizar a teofilinémia. A absorção e o metabolismo podem ser afectados por muitos factores, incluindo doença febril.

O posicionamento dos anti-leucotrienos na terapêutica da asma não está totalmente estabelecido.

São necessários outros estudos e maior experiência clínica.

MEDICAÇÃO PARA ALÍVIO RÁPIDO

Designação	Nome Genérico	Mecanismo de Acção
Agonistas-β_2 de acção curta <i>Adrenérgicos</i> <i>Estimulantes-β_2</i> <i>Simpaticomiméticos</i>	Salbutamol Fenoterol Terbutalina Procaterol	Broncodilatador
Anti-colinérgicos	Brometo de ipratrópio	Broncodilatador
Teofilinas de acção rápida	Aminofilina	Broncodilatador
Adrenalina injectável		Broncodilatador

Efeitos Secundários (riscos de efeitos graves)

Comentários

Inalados

Os agonistas- β_2 têm efeitos adversos escassos nas doses recomendadas.

Orais

Os agonistas- β_2 podem causar estimulação cardiovascular, tremor muscular, cefaleias e irritabilidade.

Fármaco de 1ª linha para tratamento do broncospasmo agudo. A via inalatória tem um início mais rápido e é mais eficaz do que os comprimidos e os xaropes. O aumento do consumo, resposta insuficiente ou uso > 1 inalador por mês significa ausência de controlo da asma; há que ajustar a terapêutica de longo termo.

Minimos: secura de boca, sabor desagradável.

Pode causar efeitos aditivos ao dos agonistas-b mas têm um início de acção mais lento. É uma alternativa para doentes com intolerância aos agonistas- β_2 .

Efeitos similares mas mais significativos do que os agonistas- β_2 .

Pode considerar-se a teofilina se não houver agonistas- β_2 disponíveis.

Pode ser necessário monitorizar a teofilinemia.

Adicionalmente, convulsões, arrepios, febre e alucinações.

Habitualmente, não é recomendada para tratar as crises de asma se houver agonistas- β_2 disponíveis.

Tratamento da Asma a Longo Prazo para Lactentes e Crianças até aos 5 anos

Abordagem terapêutica, por níveis de gravidade

O objectivo do tratamento a longo prazo é atingir-se o **controlo da asma**, ou seja:

- ▶ Sintomas crónicos mínimos, idealmente sem sintomas, incluindo os nocturnos
- ▶ Crises de asma mínimas ou raras
- ▶ Nenhuma ida ao serviço de urgência
- ▶ Necessidades mínimas de agonistas- β_2
- ▶ Actividades, incluindo o exercício físico, sem limitações

- ▶ Função respiratória normal, ou próxima do normal
- ▶ Efeitos adversos da medicação, mínimos ou ausentes
- ▶ Os doentes devem iniciar o tratamento no nível adequado à gravidade inicial mais apropriado
- ▶ A administração de corticosteróides pode ajudar a estabelecer rapidamente o controlo
- ▶ Os factores desencadeantes da asma devem ser evitados ou controlados em qualquer dos níveis de gravidade
- ▶ Todos os tratamentos devem incluir o ensino do doente e dos familiares mais próximos

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE

Características clínicas antes do tratamento

	Sintomas	Sintomas nocturnos
DEGRAU 4 Asma Persistente Grave	Limitação permanente da actividade física	Frequentes
DEGRAU 3 Asma Persistente Moderada	Diários Uso diário de agonistas- β_2 As crises afectam a actividade	> 1 vez/ semana
DEGRAU 2 Asma Persistente Ligeira	≥ 1 vez/semana < 1 vez/dia	> 2 vezes/mês
DEGRAU 1 Asma Intermitente	< 1 vez/semana Assintomático entre as crises	≤ 2 vezes / mês

Não se esqueça

- ▶ que a presença de uma das características de gravidade é suficiente para colocar o doente nesse degrau.

TRATAMENTO DA ASMA A LONGO PRAZO PARA LACTENTES E CRIANÇAS ATÉ AOS 5 ANOS (Tratamentos preferenciais em destaque)

	Tratamento preventivo a longo prazo	Alívio rápido de sintomas
DEGRAU 4 Asma Persistente Grave	Medicação diária: Corticosteróides inalados: Aerossol com câmara expansora e máscara > 1 mg/dia, ou Budesonido > 1 mg 2 x/dia. Se for necessário, juntar corticosteróides orais na dose mais baixa possível e em dias alternados, de manhã.	Broncodilatadores inalados de acção curta: Agonistas - β_2 de acção curta inalados ou Brometo de ipratrópio ou agonistas - β_2 orais, em comprimidos, ou em xarope, para controlo dos sintomas não excedendo 3-4 vezes/dia.
DEGRAU 3 Asma Persistente Moderada	Medicação diária: Corticosteróides inalados: Aerossol pressurizado com câmara expansora e máscara facial 400-800 mcg/dia. Budesonido nebulizado > 1 mg 2 vezes/dia.	Broncodilatadores inalados de acção curta: Agonistas-β_2 de acção curta inalados ou Brometo de ipratrópio ou agonistas- β_2 orais em comprimidos, ou xarope necessário para controlo dos sintomas, não excedendo 3-4 vezes/dia.
DEGRAU 2 Asma Persistente Ligeira	Medicação diária: Corticosteróides inalados: 200/400 mcg ou Cromoglicato (usar aerossol com câmara expansora e máscara facial ou nebulizador).	Broncodilatadores inalados de acção curta: Agonistas-β_2 de acção curta inalados ou Brometo de ipratrópio ou agonistas- β_2 orais em comprimidos, ou xarope necessário para controlo dos sintomas, não excedendo 3-4 vezes/dia.
DEGRAU 1 Asma Intermitente	Desnecessário.	Broncodilatadores inalados de acção curta: Agonistas-β_2 de acção curta inalados ou Brometo de ipratrópio ou agonistas- β_2 orais em comprimidos, ou xarope necessário para controlo dos sintomas, não excedendo 3-vezes/semana. A intensidade do tratamento depende da gravidade da crise (ver quadro sobre o tratamento das crises).

A educação do doente é essencial em cada degrau

▼ Descer um degrau

O tratamento deverá ser revisto cada 3 a 6 meses. Se o controlo da asma está mantido pelo menos há meses, pode ser possível uma redução do tratamento.

▲ Subir um degrau

Se o controlo da asma não for conseguido deverá considerar-se uma subida de degrau do tratamento. No entanto, antes deverão ser revistos a adesão do doente ao tratamento, a técnica de administração dos fármacos e o controlo de possíveis factores ambientais.

Tratamento da Asma a Longo Prazo em Adultos e Crianças de Idade Superior a 5 anos

Abordagem terapêutica, por níveis de gravidade

O objectivo do tratamento a longo prazo é atingir-se o **controlo da asma**, ou seja:

- ▶ Sintomas crónicos mínimos, idealmente sem sintomas, incluindo os nocturnos
- ▶ Crises de asma mínimas ou raras
- ▶ Nenhuma ida ao serviço de urgência hospitalar
- ▶ Necessidades mínimas de agonistas- β_2
- ▶ Actividades, incluindo o exercício físico, sem limitações
- ▶ Variabilidade do PEF < 20%
- ▶ PEF normal, ou próximo do normal
- ▶ Efeitos adversos da medicação, mínimos ou ausentes

Não se esqueça

- ▶ que deve, sempre, tentar restabelecer o controlo da asma o mais rapidamente possível;
- ▶ de considerar um curto período de prednisolona, ou de doses elevadas de corticosteróides inalados associados ao tratamento, que corresponde ao nível inicial de gravidade da asma. Reduzir, depois, o tratamento para a menor quantidade de fármacos necessários para manter o controlo.

Os factores desencadeantes da asma devem ser evitados, ou controlados, em qualquer dos níveis de gravidade.

CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDADE DA ASMA

Características clínicas antes do tratamento

	Sintomas	Sintomas nocturnos	PEF
DEGRAU 4 Asma Persistente Grave	Constantes. Actividade física limitada.	Frequentes	≤ 60% do valor teórico. Variabilidade > 30%.
DEGRAU 3 Asma Persistente Moderada	Diários. Uso diário de agonistas-β ₂ As crises afectam a actividade.	> 1 vez/ semana.	> 60% - < 80% do valor teórico. Variabilidade >30%.
DEGRAU 2 Asma Persistente Ligeira	≥ 1 vez/semana. < 1 vez/dia.	> 2 vezes / mês.	≥ 80% do valor teórico. Variabilidade >30%.
DEGRAU 1 Asma Intermitente	< 1 vez/semana. Doente assintomático e PEF normal entre as crises.	≤ 2 vezes / mês.	≥ 80% do valor teórico. Variabilidade < 20%.

A presença de uma das características de gravidade é suficiente para colocar o doente nesse degrau.

Os doentes podem ter crises graves seja qual for o nível de gravidade – mesmo na asma intermitente.

Não se esqueça

- ▶ que todos os tratamentos devem incluir o ensino do doente.

TRATAMENTO DA ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS DE IDADE SUPERIOR A 5 ANOS

(Tratamentos preferenciais a cheio)

	Tratamento preventivo a longo prazo	Tratamento para alívio rápido de sintomas
DEGRAU 4 Asma Persistente Grave	Medicação diária: Corticosteróides inalados: 800/2000 <i>mcg</i> ou mais e Broncodilatadores de acção longa: agonistas- β_2 de acção longa e/ou teofilinas de libertação controlada e/ou agonistas- β_2 orais de acção longa e Corticosteróides orais a longo prazo.	Agonistas-β_2 de acção curta inalados sempre que necessário para alívio dos sintomas.
DEGRAU 3 Asma Persistente Moderada	Medicação diária: Corticosteróides inalados: ≥ 500 <i>mcg</i> e, se necessário, Broncodilatadores de acção longa: agonistas- β_2 de acção longa inalados, ou teofilinas de libertação controlada (os agonistas- β_2 de acção longa podem permitir um controlo mais eficaz dos sintomas quando adicionados a doses baixas-médias de corticóides inalados, comparativamente com corticóides inalados em doses elevadas).	Agonistas-β_2 de acção curta inalados sempre que necessário, não excedendo as 3-4 vezes/dia.





	Tratamento preventivo a longo prazo	Tratamento para alívio rápido de sintomas
DEGRAU 3 Asma Persistente Moderada (cont.)	Considere-se adicionar anti-leucotrienos, especialmente nos doentes sensíveis à aspirina e na prevenção do broncospasma induzido pelo esforço.	
DEGRAU 2 Asma Persistente Ligeira	Medicação diária: Corticosteróides inalados: 200/500 <i>mcg</i> , Cromoglicato, Nedocromil ou Teofilina de libertação controlada. Pode considerar-se o uso de antileucotrienos, embora o seu posicionamento na terapêutica não está completamente definido.	Agonistas-β2 de acção curta inalados , sempre que necessário, para alívio dos sintomas, não excedendo as 3-4 vezes/dia.
DEGRAU 1 Asma Intermitente	Desnecessário	Agonistas-β2 de acção curta inalados , sempre que necessário, para alívio dos sintomas, mas menos do que 1 vez/semana. A intensidade do tratamento depende da gravidade da crise de asma. Agonistas-β ₂ inalados ou Cromoglicato dissódico antes do exercício ou da exposição a alergénio.

A educação do doente é essencial em cada degrau

▼ Descer um degrau

O tratamento deverá ser revisto cada 3 a 6 meses. Se o controlo da asma está mantido, pelo menos há meses, pode ser possível uma redução do tratamento.

▲ Subir um degrau

Se o controlo da asma não for conseguido deverá considerar-se uma subida de degrau do tratamento. No entanto, antes deverão ser revistos a adesão do doente ao tratamento, a técnica de administração dos fármacos e o controlo de possíveis factores ambientais.

As doses indicadas de corticosteróides inalados referem-se ao Dipropionato de Beclometasona. Outros fármacos têm o mesmo efeito, mas as doses não são equivalentes nem em *puffs*, nem em *mcg*.

Como Tratar as Crises de Asma

A crise asmática não deve ser menosprezada. As crises graves podem ser fatais.

Nos doentes de **alto risco**, ou seja, em risco de asma fatal, incluem-se aqueles que:

- ▶ se encontram sob medicação corrente com corticosteróides orais, ou recentemente retirados deste tipo de tratamento
- ▶ necessitaram de assistência de urgência, foram hospitalizados ou sujeitos a ventilação mecânica por asma, sobretudo no último ano
- ▶ possuem história de problemas psicossociais, de negação da asma ou da sua gravidade
- ▶ possuem história de má adesão ao plano terapêutico instituído

O doente asmático deve procurar cuidados médicos imediatos se:

1. **A crise de asma é grave** quando o doente se apresenta em insuficiência respiratória global (ver quadro). Nos lactentes e em crianças de idade inferior a 5 anos a evolução para um quadro de insuficiência respiratória grave pode ser mais rápida.
2. **A resposta ao tratamento broncodilatador inicial** não foi imediata e mantida pelo menos durante 3 horas.
3. **Não há melhoria num período de 2 a 6 horas**, após a administração sistémica de corticosteróides.
4. **Há deterioração progressiva do seu estado clínico.**

As crises de asma requerem **tratamento imediato**. Neste caso, **é essencial**:

- ▶ administrar agonistas- β_2 inalados em doses adequadas. Doses frequentes podem ser igualmente necessárias
- ▶ administrar corticosteróides orais em comprimidos ou xarope, introduzidos numa fase inicial da crise de asma moderada ou grave, porque ajudam a reverter a inflamação e a uma rápida recuperação
- ▶ administrar oxigénio
- ▶ administrar adrenalina por via subcutânea para tratamento agudo em caso de anafilaxia e angioedema

Não administrar teofilinas ou aminofilinas em utilização conjunta, com doses altas de agonistas- β_2 inalados, por não trazerem qualquer benefício adicional e aumentarem o risco de efeitos secun-

dários. No entanto, as teofilinas podem ser usadas se os agonistas- β_2 inalados não se encontrarem disponíveis. No caso de o doente já se encontrar medicado diariamente com teofilinas, as concentrações plasmáticas deverão ser monitorizadas antes da junção de teofilinas de acção rápida.

Não se esqueça

- ▶ que para o tratamento da crise de asma não são recomendadas as seguintes terapêuticas:
 - Sedativos (estritamente proibidos)
 - Mucolíticos (podem agravar a asma)
 - Sulfato de magnésio (sem efeito comprovado).

As crises moderadas, à semelhança das situações graves, podem necessitar de assistência hospitalar.

As crises ligeiras podem ser tratadas no centro de saúde ou no domicílio do doente, no caso de se dominar um plano terapêutico que inclua a aconselhada abordagem por degraus.

Não se esqueça

- ▶ que se deve monitorizar a resposta ao tratamento, avaliando os sintomas e sinais e, tanto quanto possível, o PEF.

Em ambiente hospitalar deve avaliar-se a saturação de oxigénio ($Sa O_2$) e considerar a medição dos gases no sangue em doentes com dificuldade respiratória grave ou $PEF < 30\%$ do valor teórico .

Critérios de Avaliação da Gravidade da Crise Asmática

Parâmetro	Ligeira	Moderada	Grave	Paragem respiratória iminente
DISPNEIA	Consegue andar Consegue deitar-se	Consegue falar No lactente choro fraco e curto; dificuldade em se alimentar Prefere estar sentado	Quieto O lactente deixa de se alimentar Inclinado para a frente	
DISCURSO	Frases	Frases curtas	Palavras	
AGITAÇÃO	Normal / Agitado	Geralmente agitado	Geralmente agitado	Sonolento / Confuso
FREQUENCIA RESPIRATÓRIA	Aumentada	Aumentada	Muito aumentada (< 30 cpm)	
USO DOS MÚSCULOS ACESSÓRIOS E RETRAÇÃO INTERCOSTAL	Normalmente ausente	Sim	Sim	Movimento tóraco-abdominal paradoxal
PIEIRA	Moderada, por vezes só no final da expiração	Bem audível em toda a expiração	Normalmente ainda audível	Ausência de sibilos audíveis
PULSO/MINUTO	< 100	100 – 200	> 120	Bradycardia
PEF APÓS BRONCODILATADOR INICIAL % valor teórico % melhor valor pessoal	> 80%	± 60 – 80%		< 60% do valor teórico ou do melhor valor pessoal (100 L/mn nos adultos) ou resposta de duração inferior a 2 horas





Parâmetro	Ligeira	Moderada	Grave	Paragem respiratória iminente
PaO ₂ RESPIRANDO AR AMBIENTE*	Normal	> 60 mmHg	< 60 mmHg	
e / ou	Geralmente são desnecessárias gasimetrias		Pode haver cianose	
Pa CO ₂	< 45 mmHg	< 45 mmHg	> 45 mmHg	
			Pode haver Insuficiência respiratória	
SaO ₂ %	> 95%	91 – 95%	< 90%	
RESPIRANDO AR AMBIENTE*				

Não se esqueça que:

- ▶ a hipercapnia (hipoventilação) se desenvolve mais rapidamente nas crianças do que nos adultos e adolescentes;
- ▶ a presença de vários parâmetros, mas não necessariamente de todos, indicam a designação de crise;
- ▶ internacionalmente usam-se os Kilopascals.

GUIA DAS FREQUÊNCIAS RESPIRATÓRIAS ASSOCIADAS À DIFICULDADE RESPIRATÓRIA NAS CRIANÇAS ACORDADAS

Idade	Frequência normal
< 2 meses	< 60 / mn
2-12 meses	< 50 / mn
1-5 anos	< 40 / mn
6-8 anos	< 30 / mn

Lactentes	2-12 meses	Freq. normal < 160 / mn
Idade pré-escolar	1- 2 anos	Freq. normal < 120 / mn
Idade escolar	2 - 8 anos	Freq. normal < 110 / mn

Abordagem Extra-Hospitalar de uma Crise de Asma

Avaliar a gravidade

Tosse, dificuldade respiratória, pieira, aperto torácico, uso dos músculos respiratórios acessórios, retracção intercostal e alterações do sono, PEF inferior a 80% do valor teórico ou do melhor valor pessoal.

Tratamento inicial

Agonistas- β_2 inalados de acção curta até 3 tratamentos numa hora. Os doentes de alto risco de asma fatal devem ser referenciados, após o tratamento inicial, para os cuidados hospitalares.

Resposta ao tratamento inicial

POSITIVA

- ▶ se os sintomas cessam após tratamento com os agonistas- β_2 , mantendo-se o alívio por 4 horas;
- ▶ o PEF é superior a 80% do valor teórico ou do melhor valor pessoal.

Actuação:

- ▶ deverá continuar-se os agonistas- β_2 cada 3-4 horas durante 1-2 dias;
- ▶ contactar o médico assistente ou o enfermeiro para instruções.



INCOMPLETA

- ▶ se os sintomas decrescem mas voltam menos de 3 horas após o tratamento inicial com agonistas- β_2 ;
- ▶ o PEF é 60-80% do valor teórico ou do melhor valor pessoal.

Actuação:

- ▶ adicionar corticosteróides em comprimidos ou xarope;
- ▶ continuar com os agonistas- β_2 ;
- ▶ consultar o médico assistente ou o enfermeiro urgentemente para instruções.

FRACA

- ▶ se os sintomas persistem ou pioram independentemente do tratamento inicial com agonistas- β_2 ;
- ▶ o PEF é inferior a 60% do valor teórico, ou do melhor valor pessoal.

Actuação:

- ▶ Adicionar corticosteróides em comprimidos ou xarope;
- ▶ Repetir imediatamente os agonistas- β_2 ;
- ▶ Transporte imediato para serviço de urgência hospitalar.

Avaliação inicial

História clínica. Exame físico (auscultação, uso dos músculos respiratórios acessórios, frequência cardíaca e respiratória), PEF, saturação do O_2 , gasimetria arterial e outros exames complementares.

Tratamento inicial

Agonistas β_2 inalados de acção curta, normalmente por nebulização, uma dose cada 20 minutos durante 1 hora.

Oxigénio até atingir uma saturação de $O_2 \geq 90\%$ (95% em crianças).

Corticosteróides sistémicos em casos de ausência de resposta imediata ou se o doente tomou recentemente corticosteróides em comprimidos ou xarope, ou em situações de crise grave.

Os sedativos estão contra-indicados no tratamento da crise de asma.

Repetir a avaliação

Realizar exame físico, PEF, saturação do O_2 e outros se necessário.

Episódio moderado

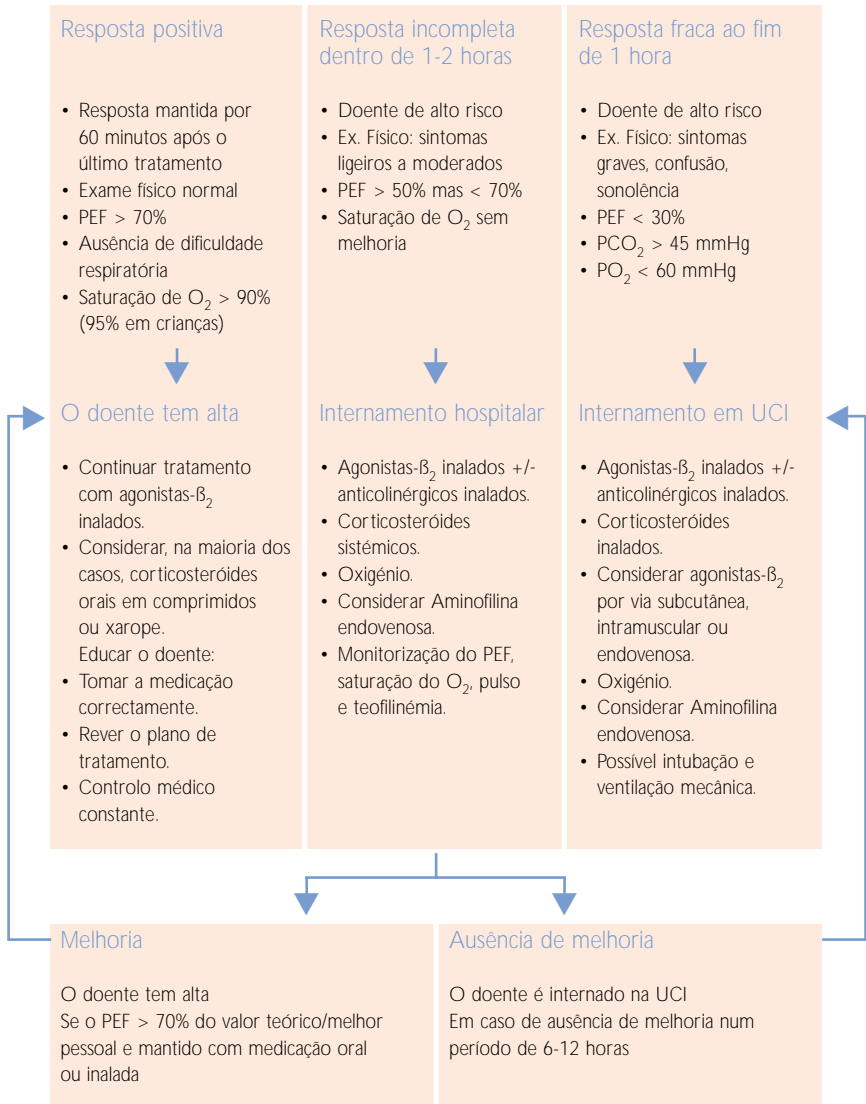
- ▶ PEF 60 a 80% do valor teórico / melhor pessoal.
- ▶ Exame físico: sintomas moderados, uso dos músculos acessórios.
- ▶ Agonistas- β_2 inalados cada 60 minutos.
- ▶ Considerar corticosteróides.
- ▶ Continuar o tratamento por 1-3 horas em caso de se observar melhoria.



Episódio grave

- ▶ PEF < 60% do valor teórico /melhor pessoal.
- ▶ Exame físico: sintomas graves em repouso, tiragem.
- ▶ História: doente de alto risco.
- ▶ Ausência de melhoria após o tratamento inicial.
- ▶ Agonistas- β_2 inalados, hora a hora ou continuamente +/- anticolinérgicos inalados.
- ▶ Oxigênio.
- ▶ Corticosteróides sistêmicos.
- ▶ Considerar agonista- β_2 sub-cutâneo, intramuscular ou endovenoso.

EPISÓDIOS MODERADOS E GRAVES



Em caso de impossibilidade de utilização de agonistas-β₂, deverá ser considerado o uso de teofilina.

Como identificar e evitar factores desencadeantes da asma



Quando os doentes evitam a exposição aos factores desencadeantes, como alergénios e irritantes que agravam a asma, os sintomas e crises de asma podem ser evitados e a medicação reduzida.

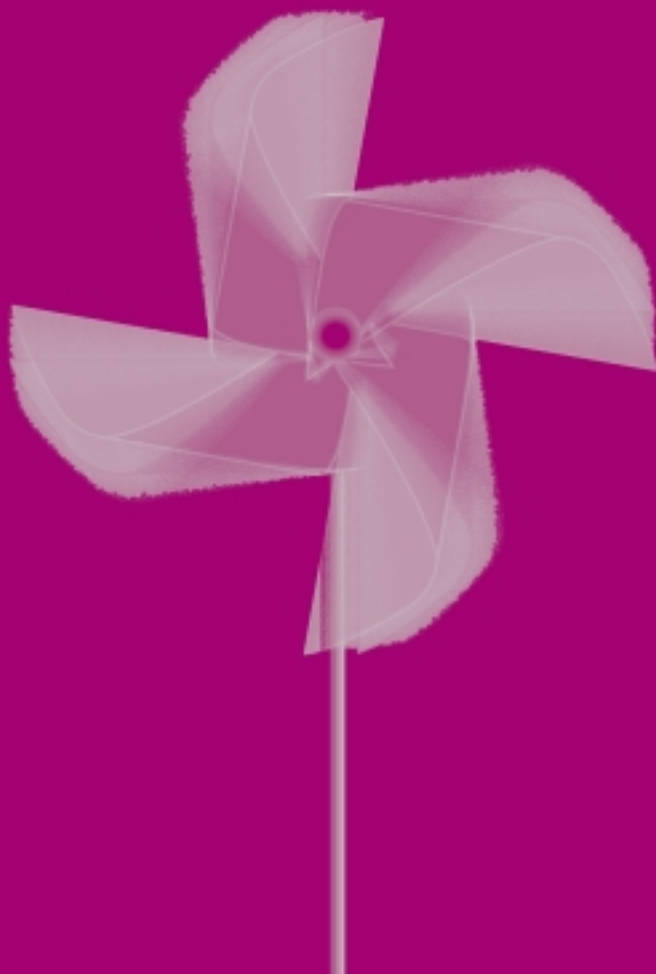
FACTORES DESENCADEANTES MAIS COMUNS NA ASMA E ESTRATÉGIA DE EVICÇÃO

Desencadeante	Evicção
Ácaros domésticos (não visíveis a olho nu)	Lavam-se as cobertas e lençóis da cama com água quente todas as semanas e secam-se ao sol ou num secador de roupa. Envolvem-se as almofadas e colchões com capas protectoras anti-ácaros. Retiram-se carpetes ou alcatifas principalmente do quarto de dormir. Evitam-se sofás ou cadeiras forradas com tecido. Se possível usa-se aspirador com filtros.
Fumo do tabaco (fumadores activos ou passivos)	Afastar do fumo do tabaco. Doentes e familiares não devem fumar.
Alergénios de animais com pêlos	Afastam-se os animais da casa ou, pelo menos, do quarto de dormir.
Alergia à barata	Limpar a casa com frequência. Usar pesticidas em spray, mas, apenas, quando o doente não se encontra em casa.
Pólen e fungos exteriores	Fechar as portas e janelas. O doente deve manter-se em casa em épocas de maior concentração de pólen e fungos.
Fungos do interior	Reduzir a humidade ambiental em casa e limpar, com frequência, as zonas húmidas.
Actividade física	Não evitar a actividade física. A prevenção dos sintomas de asma por exercício é possível através da toma de agonistas- β_2 ou cromoglicato dissódico antes da actividade física.
Fármacos	Não tomar aspirina nem bloqueantes β se forem causadores de sintomas.

Não se esqueça que

- ▶ quando os doentes reduzem a exposição ao fumo do tabaco, ou aos ácaros domésticos, não estão apenas a ajudarem-se a si próprios, mas, igualmente, aos seus familiares. Pode prevenir-se o aparecimento de asma, especialmente nos lactentes;
- ▶ a imunoterapia específica para o tratamento de alergias ao pólen (gramíneas ou outros), ácaros domésticos, pêlos e faneras de animais ou fungos de ambiente “*Alternaria*”, deverá ser considerada quando a evicção aos alérgenos não é possível, ou as terapêuticas instituídas não conseguem controlar os sintomas da asma. A imunoterapia específica deverá ser sempre administrada por especialistas de asma.

A educação terapêutica do doente asmático



Com a ajuda do profissional de saúde, assim como a dos outros elementos da equipa de saúde, os doentes devem ser activamente envolvidos no controlo da sua própria asma e na prevenção de situações de crise, podendo, assim, viver de forma activa e produtiva.

Com a ajuda do profissional de saúde, os doentes com asma devem aprender a:

- ▶ tomar os medicamentos correctamente
- ▶ compreender as diferenças entre o alívio imediato da crise e o tratamento preventivo a longo prazo
- ▶ evitar factores desencadeantes
- ▶ monitorizar o estado da sua asma, reconhecer os sintomas e, se possível, analisar os valores do seu PEF
- ▶ reconhecer os sinais de agravamento e tomar as medidas necessárias
- ▶ procurar a ajuda médica adequada

O profissional de saúde, trabalhando em conjunto com o seu doente, deverá estabelecer um plano escrito de controlo e tratamento da asma, que seja não apenas medicamente apropriado, mas igualmente prático e acessível.

Um **plano de controlo e tratamento da asma**, deverá contemplar **níveis de prevenção** para o controlo a longo prazo

- ▶ qual a medicação a tomar diariamente
- ▶ quais os factores desencadeantes da asma a evitar

Deve seguir-se um **escalonamento das acções** para parar as crises:

- ▶ **Reconhecer o agravamento da asma.** Listar os indicadores, tais como aumento da tosse, aperto torácico, pieira, dificuldade respiratória, perturbação do sono ou medições do PEF. Estas, abaixo do melhor valor pessoal, aumentam o uso de medicação.
- ▶ **Tratar os agravamento da asma.** Listar os nomes e doses dos broncodilatadores de alívio rápido e dos corticosteroídes orais quando se usarem.
- ▶ **Procurar ajuda médica, como e quando.** Listar os indicadores, tais como sensação de pânico, uma crise de início súbito, dificuldade respiratória em repouso ou com a fala, leituras de PEF abaixo dum nível especificado, ou uma história de crises graves. Listar o nome, morada e número de telefone do consultório do médico assistente.

Os métodos educativos devem ser apropriados ao doente. Devem ser usados vários métodos, como a discussão com o profissional de saúde, demonstrações, materiais escritos, audio-visuais e grupos de entre-ajuda.

A educação contínua, em cada encontro com o doente, é a chave do sucesso em todos os aspectos da abordagem da asma.

Como
monitorizar
e modificar
o tratamento
para um efectivo
controlo da asma
a longo prazo



O controlo da asma requer cuidados e monitorização contínua e a longo prazo.

A monitorização inclui a revisão dos sintomas e, sempre que possível, avaliações da função respiratória.

A monitorização do PEF em cada consulta, (é preferível a espirometria, mas nem sempre está disponível), juntamente com a revisão de sintomas, ajuda na avaliação da resposta do doente à terapêutica e ao ajuste da terapêutica de acordo com esses valores. Um PEF estabilizado, acima dos 80% do melhor valor pessoal, sugere um bom controlo.

A monitorização do PEF, a longo termo, pode ajudar os doentes a reconhecer os sintomas precoces de agravamento da asma (PEF inferior a 80% do melhor valor pessoal) antes dos sintomas surgirem. Os doentes podem actuar, de imediato, de acordo com o plano de tratamento da asma, para evitar crises graves. A monitorização do PEF, em casa, nem sempre é prática corrente ou possível. Para doentes que não têm a percepção dos sintomas e para aqueles que já foram hospitalizados, a monitorização em casa é uma prioridade.

Encontros regulares com o médico, com 1 a 6 meses de intervalo conforme o mais indicado, são essenciais, mesmo depois do doente conseguir controlar a sua asma.

A adesão ao plano de tratamento aumenta quando o doente tem oportunidade de falar das suas preocupações, medos e expectativas relacionadas com a asma.

Perguntas sobre a Monitorização do Tratamento da Asma

ESTÁ O PLANO DE TRATAMENTO DA ASMA A ATINGIR OS OBJECTIVOS DESEJADOS ?

Perguntar ao doente

Acções a considerar

Acordou durante a noite com asma?

Assegure-se, primeiro, da adesão do doente ao tratamento.

Tem participado nas suas actividades físicas habituais?

Ajuste a medicação e o plano de tratamento às necessidades do doente.

Teve necessidade de mais medicação de alívio do que habitualmente?

Teve necessidade de recorrer a um serviço de urgência?

O seu PEF tem estado abaixo do seu melhor valor?

ESTÁ O DOENTE A USAR OS INALADORES, AS CÂMARAS EXPANSORAS OU O DEBITÓMETRO CORRECTAMENTE?

Perguntar ao doente

Acções a considerar

Como faz a sua medicação?

Demonstrar como se executa a técnica correctamente.

Fazer com que o doente repita à sua frente.

ESTÁ O DOENTE A TOMAR A MEDICAÇÃO E A EVITAR OS DESENCADEANTES DE ACORDO COM O PLANO DE TRATAMENTO?

Perguntar ao doente

Acções a considerar

Agora que vamos planear o seu tratamento, diga-me com que frequência a faz actualmente?

Ajustar o plano de modo a torná-lo mais prático.

Que dificuldades encontrou ao seguir o plano de tratamento ou a tomar a medicação?

Resolver com o doente as dificuldades encontradas no cumprimento do plano terapêutico.

Durante o último mês, alguma vez parou a medicação por se ter sentido melhor?

TEM O DOENTE ALGUMAS PREOCUPAÇÕES?

Perguntar ao doente

Que preocupações tem acerca da asma, dos fármacos ou do plano de tratamento?

Acções a considerar

Providencie a educação adicional para aliviar as preocupações e discuta para ultrapassar as barreiras.

Factores Envolvidos na Não Adesão ao Tratamento da Asma

Factores relacionados com a medicação

Não compreender a necessidade dos fármacos de prevenção, nem dos de alívio rápido.

Regime pouco prático, (por exemplo 4 vezes/dia ou múltiplos fármacos).

Dificuldades com os inaladores.

Efeitos colaterais.

Medo dos efeitos colaterais, ou aditivos.

Preço da medicação.

Não gostar da medicação.

Habitar longe da Farmácia.

Factores não relacionados com a medicação

Não acreditar ou negar a causa dos sintomas ou das crises.

Não compreender o plano de tratamento.

Expectativas inapropriadas.

Falta de orientações para o auto-controlo.

Insatisfação com os profissionais de saúde.

Medos, ou preocupações, não expressos ou não discutidos.

Supervisão, treino ou seguimento insuficientes.

Motivos culturais, como tradições, crenças acerca da asma e do seu tratamento.

Motivos familiares, como fumadores e animais domésticos em casa.

Não se esqueça

que os objectivos a atingir com o tratamento a longo prazo, são:

- ▶ sintomas mínimos ou ausentes, incluindo sintomas nocturnos;
- ▶ episódios, ou crises de asma, mínimos;
- ▶ ausência de visitas ao médico ou ao hospital;
- ▶ necessidade mínima de agonistas- β_2 de alívio rápido;
- ▶ ausência de limitações à actividade física e ao exercício;
- ▶ função respiratória normal ou próxima do normal;
- ▶ efeitos colaterais da medicação ausentes ou mínimos.

Adaptação individual das normas de boas práticas



Os recursos locais e os comportamentos individuais do profissional de saúde determinam o modo como vão ser aplicadas as presentes normas de boas práticas, as quais dependem da forma como:

- ▶ avalia a prevalência e custos da asma na sua comunidade
- ▶ considera o custo da medicação, dos cuidados assistenciais e da asma não controlada, como, por exemplo, hospitalizações, perda de produtividade, absentismo escolar ou laboral, perturbações familiares e baixa qualidade de vida
- ▶ considera as medidas de prevenção da asma, especialmente em lactentes de uma família com história de atopia
- ▶ escolhe os tratamentos e os medicamentos, com base nos recursos do doente, nos riscos e benefícios dos diferentes tratamentos e na relação custo/eficácia
- ▶ desenvolve apropriadamente os materiais educativos

Uma prática profissional, para melhor acompanhar o doente asmático, surge quando:

- ▶ o profissional de saúde revê as normas de boas práticas e as adapta às suas condições de trabalho
- ▶ são periodicamente desenvolvidos programas locais de formação ou actualização na abordagem da asma
- ▶ o profissional de saúde tem o cuidado de, em cada encontro com o doente asmático, actualizar os registos
- ▶ o profissional de saúde avalia periodicamente os seus registos, de forma a detectar áreas de actuação que necessitem de correcção de acordo com as normas de boa prática

