

Guia Prático

Oportunidades em consulta de pessoas com Asma

(adultos e crianças a partir dos 12 anos)

CONSULTA INICIAL DE ASMA

A CONSULTA DE REVISÃO PERIÓDICA DA PESSOA COM ASMA

CONSULTA BREVE

QUANDO E COMO REFERENCIAR



Grupo de Doenças Respiratórias
Medicina Geral e Familiar



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR



Oportunidades em consulta de pessoas com Asma

(adultos e crianças a partir dos 12 anos)

1. Consulta inicial de Asma

O diagnóstico de asma deve ser preferencialmente realizado em consulta programada para o efeito. Deve ser evitado realizar o diagnóstico de asma numa consulta por doença aguda. Os casos suspeitos devem ser referenciados para consulta programada com o Médico de Família.

O diagnóstico de asma^{1,2} necessita de confirmação clínica e objetivação de limitação variável e reversível do fluxo aéreo. A suspeita clínica é maior se os doentes apresentarem mais do que um sintoma característico (pieira, dispneia, aperto torácico e tosse), se os sintomas se agravarem à noite e no início do dia, se forem variáveis em intensidade e ao longo do tempo e se forem desencadeados por fatores como exercício físico, exposição a alérgenos ou irritantes, riso, mudança meteorológica ou infeções respiratórias agudas. A suspeita clínica de asma é menor se a tosse for o único sintoma.

A clínica é suportada por Espirometria³ com prova de broncodilatação. No caso de a espirometria ser de difícil acesso, a medição do fluxo aéreo utilizando o Debitómetro (*Peak Flow Meter*) pode ajudar a confirmar o diagnóstico.

Tabela 1 - Critérios de reversibilidade a favor de diagnóstico de asma

Espirometria	Debitómetro
Aumento $\geq 12\%$ e $\geq 200\text{ml}$ no FEV1, após a administração de um broncodilatador (salbutamol ou equivalente)*	Variabilidade $>10\%$ na medição 2x/dia durante 2 semanas
Aumento $\geq 12\%$ e $\geq 200\text{ml}$ no FEV1 após 4 semanas de tratamento com corticosteróide inalado	Variabilidade $>20\%$ após 4 semanas de tratamento com corticosteróide inalado
Variação de FEV1 $\geq 12\%$ e $\geq 200\text{ml}$ entre consultas	

*não administrar SABA 4h antes ou LABA 15h antes do exame

Preferencialmente, a documentação da reversibilidade do fluxo aéreo deverá ser prévia ao início da medicação de controlo – corticosteróides inalados - e realizada logo no primeiro momento de suspeição de asma. Com o tratamento (ou mesmo espontaneamente) os sinais de limitação de fluxo podem diminuir e a sua confirmação por espirometria poderá ser dificultada e

SABA: agonista B2 de curta duração de ação.



necessitar de outras estratégias. Uma parte significativa das pessoas com asma não apresentará reversibilidade na espirometria diagnóstica se esta for feita numa fase assintomática ou tardiamente, pelo que é aconselhável manter a suspeição de asma e repetir o teste num outro momento. Se não houver confirmação da reversibilidade pela espirometria ou debitómetro, deve solicitar-se apoio aos cuidados de saúde secundários. No entanto, se a espirometria ou o debitómetro não estiverem disponíveis o doente não deve ficar sem tratamento, sendo necessário, uma confirmação posterior do diagnóstico.

Tratamento inicial de asma - recomendações para adultos e adolescentes¹

Antes de iniciar o tratamento inicial de controlo

- Confirme o diagnóstico de asma
- Registe o nível de controlo de sintomas e os fatores de risco do paciente, incluindo a função pulmonar
- Considere os fatores que influenciam a escolha entre as opções de tratamento disponíveis, incluindo a provável adesão ao tratamento de controlo diário, particularmente se o tratamento de alívio é SABA
- Assegure-se que o paciente consegue usar o inalador corretamente
- Agende uma consulta de seguimento

Sintomas presentes	Tratamento inicial preferido (Percurso 1)	Tratamento inicial alternativo (Percurso 2)
Sintomas de asma pouco frequentes (sintomas ou uso de terapêutica de alívio <2 vezes/mês e sem sintomas noturnos nas últimas 4 semanas) e ausência de fatores de risco para agudizações)	ICS-formoterol dose baixa quando necessário	ICS dose baixa sempre que SABA é necessário
Sintomas de asma ou necessidade de inalador de alívio $\geq 2x/mês$		ICS dose baixa; SABA quando necessário
Sintomas de asma na maioria dos dias; ou acordar devido a asma $\geq 1x/semana$, sobretudo se existir algum fator de risco para agudização	ICS-formoterol dose baixa, tanto em manutenção como em alívio	ICS-LABA dose baixa; SABA quando necessário
Apresentação inicial de asma de forma grave e não controlada ou como agudização	ICS-formoterol dose média, tanto em manutenção como em alívio	ICS dose alta ou ICS-LABA dose média; SABA quando necessário

Listagem de fatores de risco de agudização: disponível em recursos.

ICS: corticosteróides inalados

Intervenções não farmacológicas - sumário:

- Desabituação tabágica e evicção de fumo passivo
- Atividade física regular com uso de medicação preventiva quando necessário
- Evicção de alérgenos e/ou poluição do ar *indoor* e *outdoor*, incluindo a exposição ocupacional
- Redução de peso em pessoas obesas
- Dieta alimentar saudável
- Evicção de medicação que pode agravar a asma (ex: AINE, beta bloqueante)
- Exercícios respiratórios
- Gestão de stress emocional
- Vacinação antigripal e antipneumocócica

2. A CONSULTA DE REVISÃO PERIÓDICA DA PESSOA COM ASMA

2.1. A consulta anual

A consulta de seguimento da pessoa com asma deverá ocorrer com a periodicidade adequada ao grau de gravidade e nível de controlo. Recomenda-se que, no mínimo, ocorra com uma periodicidade anual.

Há determinadas tarefas que deverão ser efetuadas nessa consulta e que têm como objetivo avaliar o nível de controlo e do risco futuro, a adequação do tratamento e a satisfação e bem-estar do doente.

Recomenda-se que a consulta anual seja programada em equipa, devendo certas tarefas ser executadas pelo/a enfermeiro/a de família.^{1,5}

- Questionar sobre o estado geral do doente, dúvidas e problemas ocorridos desde a última consulta.
 - Identificar se ocorreram agudizações e eventuais desencadeantes.
 - Rever o grau de controlo da asma por entrevista clínica utilizando um questionário validado de controlo da asma, preferencialmente o CARAT.
 - Se possível, avaliar a função respiratória com debitómetro ou mini espirómetro eletrónico.
 - Reavaliar a necessidade de pedir nova espirometria de seguimento.
 - Considerar a eventual necessidade de revisão dos critérios de diagnóstico.
 - Verificar a adesão ao tratamento e ao plano de ação acordados na última consulta.
 - Rever a técnica inalatória. Identificar eventuais erros e ajudar o doente a corrigir a técnica, repetindo o número de vezes necessário para que o gesto seja corrigido. Se necessário, fazer demonstração da técnica inalatória com vídeo e material gráfico apropriado.
 - Avaliar a eventual existência de comorbilidades, a necessidade de iniciar investigação ou tratamentos dirigidos?
 - Rever o plano de ação em conjunto com o doente. Rever expectativas, receios e mitos. Acordar com o doente as metas para a gestão da asma.
 - Ajudar o doente a identificar sintomas que sugerem deterioração do controlo e necessidade de aumento de doses de tratamento habitual e uso de medicação de alívio.



- Rever o regime de tratamento e reforçar a adesão ao tratamento.
- Se necessário, ajustar o tratamento e explicar a nova medicação prescrita.
- Reforçar a importância das estratégias não-farmacológicas.
- Identificar com o doente os fatores desencadeantes de sintomas e avaliar a possibilidade da sua evicção.
 - Abordar e tratar fatores de risco modificáveis (tabagismo e outros).
 - Agendar a próxima consulta.

2.2 Após um episódio de agudização ou perda de controlo

Após uma agudização de asma é recomendado programar uma consulta de seguimento dentro de 2 a 7 dias. Nesta consulta, devemos verificar e corrigir os fatores de risco modificáveis que possam ter contribuído para essa agudização, inclusive a técnica inalatória e a adesão ao tratamento. Devemos avaliar a terapêutica em curso, reduzindo a medicação de alívio conforme necessário. A medicação de controlo deverá continuar com doses mais elevadas a curto prazo (1 a 2 semanas) ou a mais longo prazo (3 meses), dependendo da causa de agudização.

O plano de ação escrito deve ser atualizado. Deve esclarecer se foi compreendido, se este é utilizado adequadamente e se são necessárias modificações.

Deve ser agendada uma consulta de seguimento. O doente deve ser reavaliado pelo seu médico nas semanas subsequentes até que um bom controlo dos sintomas seja alcançado e a melhor função pulmonar pessoal seja alcançada ou superada.

Se o doente não está bem controlado, antes de mudar de percurso ou aumentar as doses de medicação de controlo, devemos avaliar:

- nível de controlo (ex: CARAT)
- adesão ao regime terapêutico
- técnica inalatória
- confirmar se o diagnóstico está correto
- preferências individuais da pessoa com asma (ou cuidador)
- crenças, receios e expectativas
- avaliação dos efeitos adversos dos medicamentos
- tabagismo ativo, passivo ou exposição ao fumo do tabaco
- a existência de comorbilidades, ou outros fatores de risco que possam contribuir para a existência de sintomas

2.3 Quando a asma não está controlada

O controlo da asma tem em conta o controlo dos sintomas e o risco futuro de agudizações. A gravidade da asma é avaliada retrospectivamente, após pelo menos 2 ou 3 meses de tratamento.

É importante distinguir entre asma grave e a asma que não está controlada. (Ver o guia prático IPCRG “asma de controlo difícil”)

Se perante a identificação de uma asma não controlada através da identificação de sintomas ou sinais (ex: sobreutilização de SABA), através de aplicação de questionários (ex: CARAT), ou perante a identificação de agudizações recentes, devemos rever e corrigir os pontos enumerados em 2.2. Após a sua correção, devemos considerar subir o nível de tratamento ou outra opção alternativa no presente nível de tratamento. A decisão do tratamento deve ser partilhada com o utente e avaliar os benefícios e riscos da mesma.

Deve ser agendada nova consulta de reavaliação do seu controlo até um período de 3 a 6 meses. Poderá ser necessário referenciar a consulta em centro especializado se ocorrem mais de 2 agudizações por ano ou não atingimento de controlo, apesar de terapêutica otimizada.

3. CONSULTA BREVE

Todas as consultas podem ser uma oportunidade para abordar a asma em consulta, mesmo quando o motivo principal da consulta é a vigilância de outro problema de saúde (por exemplo: diabetes mellitus, hipertensão arterial) ou até mesmo em atividades preventivas como as consultas de vigilância de saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil ou até mesmo doença aguda.

Dada a multiplicidade de problemas a abordar em consulta e limitações de tempo existentes, salientamos o que consideramos serem os fatores principais a avaliar em 2 minutos, quando estamos perante uma pessoa com asma que veio a uma consulta por outro motivo.

De breve modo, consideramos essencial abordar os seguintes pontos (ver a negrito no esquema 1):

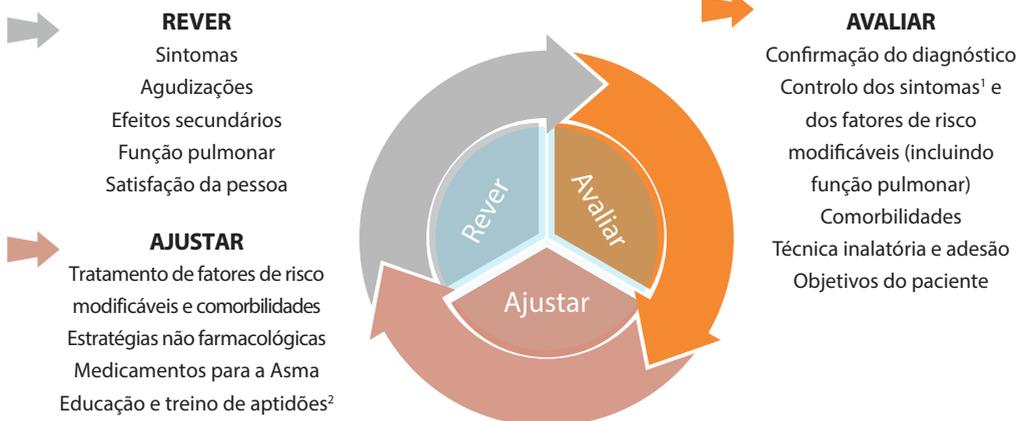
1. Como está a sua asma? Avaliar o controlo de sintomas de forma objetiva, recorrendo por exemplo ao CARAT (tabela 1).
2. Tem tido crises? Avaliar agudizações.
3. Qual o tratamento que está a fazer? Como o faz? Motivar para a adesão terapêutica de controlo. Avaliar e capacitar para a técnica inalatória.
4. Relembrar estratégias de prevenção de agudizações (exemplo: vacinação contra a gripe).
5. Programar o agendamento de consulta em equipa de saúde familiar (médico e/ou enfermeiro de família) para a avaliação estruturada da pessoa com asma.



Consulta breve oportunística para a Asma

O que fazer, sempre que nos aparece uma Pessoa com Asma, numa consulta por outro motivo...

Ex. consultas de vigilância de saúde infantil, DM, HTA, SM, PF, etc...



1 Tabela 2 Avaliação do controlo da Asma – CARAT <http://www.caratnetwork.org/fastcaratpt/index.html>

TESTE DE CONTROLO DA ASMA E RINITE ALÉRGICA

DATA: ____/____/____ IDENTIFICAÇÃO: _____

POUR FAVOR, RÉPONDREZ COM UNE CRUIZ.

Por causa das suas doenças alérgicas respiratórias (asma/rinite/alergia), em média, nas últimas 4 semanas, quantas vezes teve:	Nunca	Até 2 dias por semana	Mais de 2 dias por semana	Quase todos ou todos os dias
1. Nariz entupido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Espirros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Corização no nariz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Correntimento/jogo do nariz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Falta de ar/dispneia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Chateira no peito/gaivota?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aperto no peito com esforço físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cansaço/dificuldade em fazer as suas atividades ou tarefas do dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Acordou durante a noite por causa das suas doenças alérgicas respiratórias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa das suas doenças alérgicas respiratórias (asma/rinite/alergia), nas últimas 4 semanas, quantas vezes teve de:	Não entou a tomar medicamentos	Nunca	Menos de 7 dias	7 ou mais dias
10. Aumentar a utilização dos seus medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PONTUAÇÃO TOTAL (somatório das 10 questões): _____

Total >24 pontos : BOM CONTROLO

. Vias aéreas superiores (rinite) > 8 : controlado
 . Vias áreas inferiores (asma) >16: bom controlo

2 Terapêutica Farmacológica

- Qual? Como?
- Técnica inalatória
- Mitos, crenças, preferências



Agendar consulta estruturada da Pessoa com Asma

Oportunidades em consulta de pessoas com Asma

A CONSULTA ESTRUTURADA DE SEGUIMENTO DA PESSOA COM ASMA

1. A consulta de asma em equipa

Tal como acontece com outras doenças crónicas, o seguimento por todos os elementos da equipa de saúde torna-se mais eficiente do que centralizado no médico. O Plano Assistencial Integrado da Asma na Criança de Adulto (DGS 2018) estabelece, no capítulo 5 “Componentes”, de forma clara as competências e tarefas do secretário clínico, enfermeiro e médico, pelo que é fundamental o seu conhecimento a fim de se estabelecerem consultas organizadas e estruturadas em equipa de saúde.

2. Consultas médicas à distância

A CONSULTA DE ASMA À DISTÂNCIA: QUANDO?

CONSULTA DE REVISÃO PERIÓDICA: Contacto regular programada para avaliar o controlo e evolução adequada da doença de uma pessoa com asma previamente diagnosticada e conhecida.

CONSULTA ANTECIPADA APÓS ALTA HOSPITALAR OU DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: Consulta desenhada para assegurar uma evolução adequada após a alta.

CONSULTA NÃO PROGRAMADA: quando a pessoa com asma solicita uma consulta médica relacionada com esta doença. Em caso de instabilidade clínica, suspeita de agudização respiratória moderada/grave, ausência de resposta ao tratamento instituído, ou situação de aparente gravidade ou dúvidas por parte do médico ou do doente, é aconselhável que a pessoa seja observada presencialmente, na sua Unidade de Saúde ou no Serviço de Urgência.

COMO?

Seguindo as orientações do guia prático nº 11 do IPCRG sobre teleconsulta (disponível nos recursos).

4. Quando e como referenciar

4.1. Critérios de Referenciação para Cuidados Hospitalares

4.1.1. ADULTOS E CRIANÇAS > 12 ANOS:

- Dificuldades na confirmação do diagnóstico de asma (mesmo após ciclo de corticoesteróides inalados ou sistémicos; pessoa com sintomas de infeção crónica, doença cardíaca



ou outra doença pulmonar; sobreposição de asma e DPOC; se existirem dúvidas no tratamento)

- Asma ocupacional ou asma agravada pela profissão/ocupação
- Grávidas asmáticas não controladas
- Pessoas com asma grave (definida por critérios clínicos e funcionais) que permanece mal controlada apesar de tratamento para degrau GINA \geq degrau 4, múltiplos recursos a serviços de urgência e/ou internamento
- Doentes com medicação de degrau ≥ 3 (recomendações GINA) em que não se obtenha o controlo ao fim de seis meses após optimização da terapêutica farmacológica e avaliação de eventuais causas de controlo insuficiente (ver guia prático IPCRG asma de controlo difícil disponível em recursos)
- Doentes que necessitam de realizar exames não disponíveis nos CSP
- Doentes com potenciais benefícios com a instituição de imunoterapia específica/ anti-alérgica, imunoterapia subcutânea ou imunoterapia sublingual
- Efeitos adversos significativos da terapêutica farmacológica, necessidade de uso frequente ou a longo prazo de corticoesteróides orais
- Existência de sintomas sugestivos de complicações ou subtipos de asma

4.2. Informação a constar no pedido de referenciação

- Sinais e sintomas do quadro clínico (questionários de controlo, p. ex. CARAT, caso tenha sido feito) e respetiva cronologia
- Suspeita/dúvida diagnóstica (diagnóstico diferencial)
- Fatores de risco e comorbilidades presentes (tabaco, alérgenos, exposição ambiental/ocupacional, infeções, obesidade, SAOS, RGE, doença cardiovascular, etc...)
- Exames complementares de diagnóstico já realizados (eosinófilos, igE(s), espirometria com prova de broncodilatação/provocação, radiografia de tórax).
- Medicação em curso e medicação instituída
- Histórico de agudizações/hospitalizações prévias de natureza respiratória
- História familiar

Este documento tem como objetivo ser um guia para a prática clínica: baseia-se na experiência de elementos do GRESP na implementação da melhor prática clínica. Foi criado segundo a evidência, recomendações e experiência partilhada em reuniões de peritos que decorreram no ano 2021.

É um guia de referência para uso geral, não aplicável a nenhum caso específico



Recursos:

- consulte as referências bibliográficas e recursos de consulta no link: <https://apmgf.pt/recursos-e-ferramentas/>
- listagem de fatores de risco para agudização

Referências

- 1- Global Initiative for Asthma. Global Initiative for Asthma: Global strategy for asthma management and prevention (2022 update). Available from: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/05/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-05-03-WMS.pdf>
- 2- DGS. Norma Clínica 016/2011. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023767.pdf> [consultado em Junho 2021]
- 3 - Folheto GRESP: "Espirometria". Março, 2017. Disponível em: <https://gresp.pt/ficheiros/recursos/folhetos/interpretacao-de-espirometria-2017.pdf>
- 4 - Documento: "Top Tips. Asthma Right Care", Dezembro 2020. Disponível em: <https://www.ipcr.org/resources/search-resources/emergency-and-urgent-care-centres-response-to-asthmasuspected-asthma-3>
- 5 - Guia prático de gestão da Asma, Maio 2021. Disponível em: <https://gresp.pt/ficheiros/recursos/guias-praticos/guia-pratico-de-gestao-da-asma.pdf>
- 6 - Guia Prático nº 9 "Cuidados Personalizados Adultos com Asma", Maio 2018. Disponível em: <https://gresp.pt/ficheiros/recursos/guias-praticos/9-cuidados-personalizados.pdf>
- 7 - Guia Prático nº 2 "Como melhorar os cuidados a adultos com dificuldade na gestão da asma de controlo difícil: um guia prático para profissionais de cuidados de saúde primários", Abril 2012. Disponível em: https://www.ipcr.org/sites/ipcr/files/content/attachments/2020-02-15/DTH2_Difficult_to_manage_asthma_PORTUGUESE.pdf
- 8 - Desktop Helper No.11 - Remote Respiratory Consultations, disponível em: <https://www.ipcr.org/dth11>

Data de conclusão: março de 2022. Realizado no âmbito do Grupo de Interesse de Asma e Rinite do Grupo de Trabalho de Doenças Respiratórias da APMGF. Este guia prático é apenas consultivo; destina-se a uso geral e não deve ser considerado aplicável a um caso específico.

Autores: Ana Margarida Cruz, Ana Sofia Gonçalves, Carlos Gonçalves, Cláudia Vicente, Daniel Castro, Eurico Silva, Jaime Correia de Sousa, Luís Alves, Maria João Barbosa, Mariana Prudente, Nuno Pina, Tiago Maricoto

Revisores: João Ramires, Rui Costa e José Augusto Simões

Editor: Nuno Pina