ESPECIAL

A *Just News* associa-se ao movimento CAPA, a componente portuguesa do projeto internacional Asthma Right Care, representado em Portugal pelo GRESP – Grupo de Estudo de Doenças Respiratórias da APMGF. Os textos que se publicam neste Especial refletem a amplitude do projeto, a que se associaram diversas entidades.

CAPA

Cuidados Adequados à Pessoa com Asma

CUIDADOS ADEQUADOS À PESSOA COM ASMA

GRESP apmgf

PUB

Cláudia Vicente / Nuno Pina
Projeto CAPA: perspetiva global

Rui P. Costa
Porquê este foco no sobreuso de beta-agonistas de curta duração de ação?

Jaime Correia de Sousa
Asthma Right Care – as bases

Maria do Carmo Oliveira Cordeiro / Liliana Silva
O papel do enfermeiro na abordagem ao doente com asma no domicílio e à data da alta

Rita Gerardo
Articulação de cuidados no doente asmático

Paulo Lopes
Asma como doença crónica e não como doença aguda com tratamento sintomático

Ana Maria Arrobas
A asma em Portugal

Tiago Jacinto
Como pode o técnico de Cardiopneumologia ajudar no diagnóstico e controlo da asma

Ema Paulino / Maria Inês Conceição / Gracinda Ribas
O papel do farmacêutico na identificação e acompanhamento de pessoas com asma não controlada

CAPA - Cuidados Adequados à Pessoa com Asma

O IPCRG apresentou, dia 31 de maio, no início da sua 9.ª Conferência Mundial, no Porto, o projeto ARC - *Asthma Right Care,* iniciado em quatro países-piloto, onde se inclui Portugal, através do GRESP-APMGF, com o nome de CAPA - Cuidados Adequados à Pessoa com Asma.

De acordo com o Grupo Coordenador do CAPA, Cláudia Vicente e Nuno Pina, membros do GRESP, o principal objetivo deste projeto é promover o diálogo entre profissionais e entre estes e os doentes e cuidadores, criando um movimento social. Este pretende consciencializar para a melhoria dos cuidados na asma e, consequentemente, para um mais eficaz controlo da doença.

Na altura, foram apresentados os materiais educativos que serão usados nesta campanha, tendo como base a primeira ideia que, conforme refere Cláudia Vicente, consiste em "reduzir o uso abusivo dos broncodilatadores de curta duração (SABA) no tratamento da asma".

Segundo Nuno Pina, internacionalmente, já existem algumas ferramentas (apresentadas na sessão), como a régua e baralhos de cartas, que poderão ser utilizados quer no contacto com outros profissionais de saúde, quer com os doentes, com o intuito de "consciencializar e sensibilizar os doentes e os profissionais para o sobreuso dos SABA."

A iniciativa envolve vários parceiros, em particular a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, a Fundação Portuguesa do Pulmão, a Associação Nacional das Farmácias, a Associação de Farmácias de Portugal, a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, a Associação Portuguesa de Asmáticos e a Sociedade Portuguesa de Pediatria. As Farmácias Holon e profissionais de Enfermagem e de Cardiopneumologia também se associaram ao projeto.

Imagem da reunião de trabalho realizada em Coimbra em meados de maio

O lançamento do projeto em Portugal aconteceu no 1.º dia da 9th IPCRG World Conference

O principal objetivo deste projeto é promover o diálogo entre profissionais e entre estes e os doentes e cuidadores.

Projeto CAPA: perspetiva global

Cláudia Vicente

GRESP. Responsável pelo Projeto CAPA/ARC

Nuno Pina

GRESP. Responsável pelo Projeto CAPA/ARC

O projeto CAPA – Cuidados Adequados à Pessoa com Asma é promovido pelo IPCRG – International Primary Care Respiratory Group com o nome de ARC – Asthma Right Care. Este projeto está a ser desenvolvido em quatro países piloto, dos quais Portugal faz parte, juntamente com Espanha, Canadá e Reino Unido.

O GRESP - Grupo de Estudo de Doenças Respiratórias da APMGF, ao abraçar este desafio, pretende corresponder aos princípios do ARC, procurando desenvolver os cuidados adequados à pessoa com asma no nosso país.

Mas quais são esses cuidados? Como construí-los?

A resposta a estas perguntas tem-nos obrigado a uma reflexão profunda acerca da asma e dos cuidados que exige para o seu controlo e redução de morbimortalidade. Mas o trabalho começa muito antes, no reconhecimento da doença, no seu diagnóstico, e só posteriormente no seu seguimento. Sabemos que cerca de 10% da população portuguesa tem asma e que os últimos dados disponíveis mostram que apenas 2% dos casos estão identificados/codificados nos cuidados de saúde primários. Preocupa-nos que cerca de 88% dos doentes com doença não controlada não tenham essa perceção.

Dada a complexidade desta reflexão, que teve um ponto de partida no IPCRG, procurámos, em Portugal, criar pontes e trabalhar a comunicação, melhorando o trabalho em equipa nos vários níveis de cuidados ao doente com asma. No GRESP, criámos um grupo de trabalho que começou a delinear iniciativas para as quais convidou vários intervenientes. Envolvemos vários grupos de profissionais e sociedades científicas, bem como associações.

Assim, reunimos em Coimbra no dia 14 de abril, no que julgamos ter sido o grande pontapé de saída do CAPA. Reunimos com a APMGF (do qual o GRESP é um grupo de trabalho), a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, a Direção-Geral da Saúde, a Fundação Portuguesa do Pulmão, enfermeiros dos cuidados de saúde primários e secundários, técnicos de Cardiopneumologia, representantes dos três grupos de farmácias portuguesas – Farmácias Holon, Associação Nacional das Farmácias e Associação de Farmácias de Portugal.

Estão ainda a trabalhar no projeto connosco a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e a Sociedade Portuguesa de Pediatria, bem como a Associação Portuguesa de Asmáticos (APA). São bem-vindos todos aqueles que se queiram juntar a nós nesta reflexão e ação para melhorar e potenciar a atitude face à asma.

Discutimos possibilidades de levar a cabo ações entre pares, junto de doentes, cuidadores e população em geral. Estas ações foram apresentadas conjuntamente com as dos outros países piloto na sessão de lançamento, durante a 9.ª Conferência Mundial do IPCRG.

Julgamos que estamos perante um ponto de mudança nos cuidados de saúde que, inclusivamente, pode servir como ponto de partida para o diálogo sério e real entre profissionais e doentes, construindo-se uma base de trabalho a ser replicada noutras patologias.

Porquê este de beta-ago

Rui P. Costa

Especialista em MGF. Coordenador do GRESP

A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas frequente e potencialmente grave, que afeta crianças e adultos, cujo tratamento passa pelo seu controlo, situação que pode ser atingida na maioria dos doentes com uma gestão adequada da doença. A asma, quando não é devidamente tratada, tem um significativo impacto negativo na vida dos doentes, limitando fortemente a sua atividade profissional, escolar e social. No

Asthma Right Care – as bases

Jaime Correia de Sousa

Presidente cessante do International Primary Care Respiratory Group (IPCRG)

O *Asthma Right Care* é um projeto da iniciativa do International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) que tem como objetivo principal consciencializar para o controlo adequado da asma.

Infelizmente, ainda se morre de asma. A constatação de que existe um número não negligenciável de óbitos por asma em vários países, a maior parte dos quais relacionados com cuidados inadequados ou insuficientes, esteve na origem deste movimento. Embora a mortalidade por asma em Portugal seja das mais baixas da Europa, a maior parte destas mortes é evitável com cuidados de saúde adequados, integrados, acessíveis e em continuidade dirigidos às pessoas com asma.

A ideia original do IPCRG foi criar um movimento social, promovido em vários níveis do sistema de saúde, que leve à melhoria dos cuidados e, consequentemente, a um melhor diagnóstico e maior controlo da doença. Um movimento social define-se pela ação coletiva de vários setores da sociedade ou de organizações sociais, tendo como objetivo a defesa ou a promoção de objetivos de transformação social.

Uma vez que as causas do insuficiente controlo da asma são múltiplas e existem responsabilidades partilhadas entre vários setores da sociedade, profissionais e doentes, entende-se que só com uma ação coletiva que envolva todas as partes interessadas se pode modificar a atual situação e levar a uma melhor saúde para todas as pessoas com asma.

Numa primeira fase, este movimento pretende intervir sobre o uso excessivo de beta$_2$-agonistas de curta ação de duração (SABA) e promover uma mudança de atitude nos profissionais e nos doentes. O nosso foco é criar as oportunidades, a motivação e a capacidade para o diálogo entre profissionais de saúde e entre profissionais de saúde e pessoas com asma sobre o que são cuidados adequados na asma, o que os impede de ter cuidados apropriados e o que os pode ajudar a mudar.

Este movimento pretende envolver não apenas os cuidados de saúde primários, mas abranger todos os outros níveis, incluindo as farmácias comunitárias, locais onde, em última instância, os medicamentos são dispensados e onde haverá maiores oportunidades de sensibilizar os doentes para o uso inadequado de medicação de alívio e as alternativas existentes de controlo da doença, com a recomendação de procurarem o seu médico assistente para a revisão e adequação do tratamento. A proporção de SABA dispensados sem receita médica é elevada, razão pela qual é tão importante a participação destes profissionais no projeto.

Queremos igualmente ter uma ação dirigida aos profissionais que prestam cuidados nos serviços de urgência, local onde muito frequentemente se inicia a prescrição destes fármacos. A este nível, existem muitas oportunidades de orientar os doentes com asma para o seu médico assistente, de forma a rever o tratamento e a obter níveis adequados de controlo da doença.

O GRESP, Grupo de Estudo de Doenças Respiratórias da APMGF, está a participar no *Asthma Right Care* em conjunto com mais três países membros do IPCRG, a Espanha, o Reino Unido e o Canadá. Em Portugal, o projeto é designado por Cuidados Adequados à Pessoa com Asma (CAPA).

Após uma primeira fase de reuniões preparatórias em cada um dos quatro países piloto, o movimento foi oficialmente lançado a 31 de maio, no primeiro dia da Conferência Mundial do IPCRG no Porto.

foco no sobreuso nistas de curta duração de ação?

entanto, com as múltiplas opções terapêuticas disponíveis, a grande maioria dos doentes asmáticos, se realizar um tratamento regular e diário adequado, consegue ter uma vida perfeitamente normal.

A base do tratamento da asma não consiste na utilização de beta-agonistas de curta duração de ação (SABA), mas sim na inalação regular de corticoides inalados, que vão controlar a inflamação persistente e crónica das vias aéreas, prevenir as agudizações e permitir que as pessoas com asma tenham uma vida normal.

No entanto, a maior parte das vezes, os asmáticos, nas situações de maior dificuldade respiratória ou crise, utilizam incorretamente uma estratégia terapêutica assente apenas no controlo sintomático e de alívio com a utilização SABA, como o salbutamol e a terbutalina. Sabemos que esse comportamento inadequado da pessoa com asma leva à utilização excessiva e à sobrevalorização dos SABA, com o consequente aumento da mortalidade, aumento do número de agudizações, de internamentos, maior consumo de recursos de saúde e não controlo da asma.

A asma como doença crónica, e à semelhança de todas as doenças crónicas, não pode ser tratada apenas com medicação de alívio, ou seja, com os SABA, mas sim com medicação regular de controlo. A medicação de alívio apenas deverá ser usada como terapêutica complementar nas agudizações. Apesar de estas serem habitualmente episódicas, o processo inflamatório está cronicamente presente e melhora com a utilização de corticoides inalados, que leva a um mais rápido e adequado controlo da inflamação e dos sintomas e minimiza o risco de agudizações.

> A asma como doença crónica não pode ser tratada apenas com medicação de alívio, mas sim com medicação regular de controlo.

O uso regular de SABA agrava o controlo da asma, contribui para o aumento da inflamação brônquica, a redução da função pulmonar, a perda da qualidade de vida e o aumento do risco de agudizações. Quanto mais se usam os SABA menor será o seu efeito terapêutico. A sobredosagem de SABA em detrimento da terapêutica de manutenção está associada a um maior risco de internamento ou morte por asma.

Os SABA, apesar de aliviarem os sintomas nos períodos de maior dificuldade respiratória ou de crise, não controlam a asma, apenas perpetuam a inflamação das vias aéreas. Por isso, devemos utilizar sempre corticoides inalados em monoterapia ou em associação, numa estratégia terapêutica assente na sua utilização diária e por longos períodos, para atingir um ótimo controlo da asma e permitir que as pessoas com asma vivam sem limitações.

Compete ao médico evitar prescrever SABA para benefício da pessoa com asma e para a obtenção do controlo e dos melhores resultados na asma.

O papel do enfermeiro na abordagem ao doente com asma no domicílio e à data da alta

Maria do Carmo Oliveira Cordeiro

Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação. Mestre em Saúde e Aparelho Respiratório. CH Lisboa Central

Liliana Silva

Enfermeira. Unidade de Cuidados na Comunidade de Matosinhos

A asma é uma doença crónica envolvida muitas vezes em mitos e crenças, tais como "Com a idade a asma passa"; "A minha asma é fraquinha"; "Os corticoides fazem mal", existindo uma desvalorização da própria doença pelo doente. Por outro lado, também sabemos que mais de 80% dos doentes com asma não utilizam corretamente o seu dispositivo inalatório e que 50% (adultos e crianças) não tomam a medicação como lhes foi prescrita (GINA, 2018).

Na nossa prática clínica enquanto enfermeiras, identificamos frequentemente doentes asmáticos com baixa adesão ao tratamento farmacológico, bem como o uso/abuso recorrente dos broncodilatadores de curta ação (alívio), em detrimento dos de longa ação (controlo), pelo próprio doente, por desconhecimento do impacto do tratamento correto no controlo da doença.

Esta falta de conhecimento traduz-se no não controlo da doença e, naturalmente, em agudizações. Note-se que 88% dos doentes não controlados acham que têm a doença controlada.

A realidade é que os doentes com asma conhecem mal a sua doença e a forma como a devem autogerir. Neste sentido, o conhecimento sobre a doença, o reconhecimento dos sintomas de agudização, dos fatores de risco, da adesão à terapêutica, da correta utilização dos dispositivos inalatórios, da promoção de estilos de vida saudável (evicção tabágica, vacinação, prevenção das infeções respiratórias, alimentação, vida social, prática de atividade física, viajar em segurança) são aspetos determinantes para um bom controlo da asma.

Neste campo de ação, os enfermeiros assumem um papel de relevância na educação e capacitação do doente asmático, constituindo todos os momentos (desde o internamento/ida ao serviço de urgência/consultas não programadas), até à alta hospitalar para a comunidade/domicílio, uma "oportunidade" para educar o doente asmático. Educar sobre a doença, desconstruir mitos e crenças, prevenir, reconhecer e agir perante uma agudização, ensinar/rever/monitorizar a técnica inalatória, identificar erros críticos na utilização dos dispositivos inalatórios e corrigi-los. Perceber: "Que medicação o doente faz no domicílio?", "Como a faz?", "Cumpre a prescrição médica?", "Sabe identificar os fármacos de SOS e de controlo?", "Tem plano de ação escrito e sabe interpreta-lo?"

Acresce referir igualmente o papel do enfermeiro especialista em reabilitação, pela formação especializada nas doenças respiratórias, na abordagem ao doente asmático na gestão de uma agudização, no que concerne ao controlo dos sintomas respiratórios, através do ensino de técnicas respiratórias específicas, de estratégias de conservação de energia e ainda técnicas de higiene brônquica, capacitando o doente na gestão dos sintomas respiratórios.

Por último, partilhamos da opinião de que uma equipa de profissionais de saúde motivada, sensibilizada, treinada, com conhecimento e competência na abordagem do doente asmático, é o argumento forte para que, trabalhando em conjunto, consigamos aproveitar os conhecimentos e o entusiasmo necessários de todos para uma melhor abordagem do doente asmático nos diferentes contextos clínicos. É fundamental que se crie uma ponte entre os cuidados diferenciados e os cuidados de saúde primários no acompanhamento contínuo dos doentes asmáticos não controlados desde a alta hospitalar para o domicílio.

Especial **CAPA**

Articulação de cuidados no doente asmático

Rita Gerardo

Pneumologista, Hospital de Santa Marta, CHLC. Comissão de Alergologia Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia

Estima-se que a asma afete cerca de 10% da população portuguesa, atingindo de forma semelhante todas as faixas etárias.

Para além de afetar a qualidade de vida do doente e respetiva família, a asma representa um importante custo económico na sociedade como um todo, através da utilização de recursos de saúde e do aumento dos custos relacionados com a saúde, para além de questões relacionadas com absentismo laboral e/ou escolar.

O tratamento da asma, como doença inflamatória crónica que é, baseia-se em terapêutica anti-inflamatória. A sua eficácia está amplamente reconhecida, no entanto, o número de doentes com a sua asma controlada fica aquém do esperado. O controlo da asma é, aliás, uma das grandes preocupações da OMS. Os custos monetários da asma, quer os diretos (hospitalizações, consultas médicas e medicação), quer os indiretos (perda de produtividade e morte prematura), são substanciais. As exacerbações de asma são o principal determinante dos custos diretos com a doença e a prevenção destas crises deverá ser essencial na gestão da mesma.

A má ou não adesão à terapêutica constitui um problema grave e sério no que concerne à manutenção do controlo da asma, influenciando a qualidade de vida do doente e família, o absentismo escolar ou laboral e a sociedade, aumentando os gastos com a saúde no SNS.

Com base em tudo o que foi dito anteriormente, a articulação de cuidados no doente asmático reveste-se, assim, de elevado valor. Todos os profissionais de saúde que contactam com o doente com asma, têm um papel fundamental na obtenção do controlo da mesma.

O médico de família, muitas vezes, o primeiro a suspeitar e a fazer o diagnóstico de asma, e o médico hospitalar: pneumologista/imunoalergologista/pediatra, que recebe, geralmente, os casos mais graves e os casos agudos, ensinam sobre a doença e o seu tratamento, incluindo a técnica inalatória e a importância da adesão ao mesmo, e o objetivo de obtenção de controlo.

O enfermeiro da consulta (e/ou do internamento), que pode avaliar a adesão à terapêutica, fazer o ensino da técnica inalatória e avaliar o nível de controlo da doença.

O farmacêutico, que fornece a medicação e que também poderá ensinar a sua utilização e reforçar a necessidade da toma da medicação.

Em suma, o ideal é existir uma mesma linguagem quando se fala de asma e a preocupação e dever profissional de todos no que concerne à obtenção do controlo da doença.

Bibliografia:

- *Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2017. www.ondr.pt*
- *Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA). 2018. Acedido em: http://www.ginasthma.org/.*
- *BTS/SIGN. British guideline on the management of asthma: A national clinical guideline. 2016. Disponível em: https://www.brit-thoracic.org.uk/guidelines-and-quality-standards/asthma-guideline.*
- *Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 006/2018 "Monitorização e tratamento para o controlo da asma na criança, no adolescente e no adulto"*

Asma como doença crónica e não como doença aguda com tratamento sintomático

Paulo Lopes

Delegado de Coimbra da Fundação Portuguesa do Pulmão (FPP). Pneumologista do CHUC

A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, potencialmente grave, com uma distribuição mundial condicionada pela área geográfica e ambiental, que atinge cerca de 300 milhões de indivíduos a nível global e 700 mil na população portuguesa (6,8%), segundo o Inquérito Nacional de Prevalência da Asma de 2010.

Surge habitualmente na infância, as formas graves atingem 5 a 10% dos doentes e a mortalidade em Portugal é baixa, comparável com a de outros países.

A asma não tem cura e pode mudar ao longo do tempo.

É responsável pela perda de qualidade de vida do doente, com impacto a nível da comunidade, sendo a prevenção e o seu controlo as pedras angulares.

O diagnóstico deve ser precoce e o controlo atingido com recurso à terapêutica dirigida, medidas não farmacológicas como a evicção, entre outras, e o ensino, para que o asmático consiga manter o autocontrolo por toda a sua vida, com redução de agudizações e evitando a perda da função pulmonar.

As agudizações de asma têm caráter episódico com exacerbação da inflamação crónica de base.

A não valorização ou a ausência de sintomas em variados períodos, seja pela modificação através de terapêutica dirigida, seja por variação relacionada com idade ou fatores ambientais, leva, por vezes, a uma falsa sensação de "cura".

Cerca de metade dos doentes não apresenta controlo da sua doença, normalmente pela não adesão ao tratamento instituído, com recurso continuado à terapêutica de alívio (broncodilatadores de ação rápida) e abandono da terapêutica de controlo, nomeadamente os anti-inflamatórios.

O acompanhamento do doente asmático pode ser efetuado a nível da Medicina Geral e Familiar, ficando o acompanhamento a nível da especialidade reservado para as terapêuticas dirigidas, as agudizações e as formas graves, sendo necessária uma boa articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitalares.

A asma em Portugal

Ana Maria Arrobas

Pneumologista, Hospital Geral, CHUC

A asma é uma doença crónica com elevada prevalência, variável de acordo com os países. É uma doença que ocorre em todos os grupos etários, afetando mais de 300 milhões de pessoas no Mundo.

Habitualmente, a asma surge na infância, constituindo uma das doenças crónicas mais frequentes, e pode persistir ao longo dos anos. Tem grande impacto na vida dos seus portadores, cuidadores e na comunidade, estimando a OMS que, em termos de anos de vida ajustados à doença (DALY), 13,8 milhões sejam perdidos anualmente devido à asma, representando 1,8% do total global da doença, colocando-a com um impacto semelhante ao da diabetes. Em Portugal, no que diz respeito aos YLD ou anos de vida vividos com incapacidade, decorrentes das doenças respiratórias, aos quais corresponde uma cota de 5,06%, a asma é a grande responsável por essa incapacidade (3,20%).

A asma é reconhecida como sendo uma doença inflamatória heterogénea com mecanismos patogénicos e diversas respostas imunológicas. A maior parte dos doentes apresenta doença ligeira a moderada, que pode ser facilmente controlada, estimando-se que 5-10% tenham formas graves, implicando custos totais muito significativos, sejam eles diretos, indiretos ou intangíveis, tais como a perda da qualidade de vida, sendo-lhes imputados mais de 50% dos custos globais.

Como pode o técnico de Cardiopneumologia no diagnóstico e contro

Tiago Jacinto

Investigador e docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. CINTESIS, FMUP

A avaliação da função respiratória é fundamental no diagnóstico e controlo da asma. A sua utilidade tem sido demonstrada ao longo de décadas de investigação, reforçando a necessidade de se objetivarem as alterações no sistema respiratório que decorrem da fisiopatologia da asma, principalmente a obstrução brônquica, a resposta a broncodilatadores inalados e a hiperreatividade e inflamação brônquicas.

Os técnicos de Cardiopneumologia são os profissionais habilitados à realização destas avaliações, proporcionando uma garantia de qualidade na sua execução. Na sua maioria, são exames simples, rápidos e não-invasivos, mas carecem de colaboração adequada por parte do doente, bem como da certificação de critérios de aceitabilidade e repetibilidade durante os procedimentos. O cumprimento destes critérios é um pilar essencial na realização de provas de função respiratória, e que asseguram que os resultados obtidos são os mais válidos e o mais próximo da verdade possível.

Realça-se a importância da espirometria, como exame basal na avaliação de um doente com asma, que, apesar de ser um procedimento relativamente simples, fornece informação abrangente do funcionamento do sistema respiratório, permitindo objetivar a função pulmonar, que é reconhecida como difícil de avaliar apenas com critérios subjetivos, tendo em conta a baixa perceção da doença que usualmente os doentes têm. Ainda é muito importante estudar a resposta a fármacos broncodilatadores, através da realização de uma prova de broncodilatação, que nos dá uma visão útil sobre a possível reversibilidade da obstrução e que é uma condição muito relevante para o diagnóstico diferencial de asma e para a monitorização longitudinal da sua evolução.

Mais recentemente, tem surgido

A prevalência estimada de asma em Portugal é de 10,5%. A asma atual afeta 6,8% da população residente no país, correspondendo aos indivíduos com diagnóstico de asma e sintomas no último ano (Inquérito Nacional de Prevalência da Asma de 2010). Estima-se que apenas 57% dos asmáticos tenham a sua doença controlada, ou seja, cerca de 300.000 portugueses necessitam de melhor intervenção para o seu controlo.

Segundo o Inquérito Nacional de Controlo da Asma de 2010, 88% dos asmáticos não controlados consideram erradamente a sua doença como controlada, verificando-se uma clara associação entre mau controlo e a probabilidade da ocorrência de eventos futuros, incluindo consultas não programadas, terapêutica com corticosteroides orais, recurso ao serviço de urgência e internamentos.

O controlo da asma foi significativamente inferior nas categorias socio-educacionais e classes sociais mais desfavorecidas, bem como em crianças com sintomas de rinite e excesso de peso/ /obesidade.

Na avaliação dos internamentos ocorridos nos hospitais públicos de Portugal continental, verifica-se que o número de internamentos se manteve relativamente estável desde 2011.

De notar, contudo, que uma percentagem elevada (13% e 12%, respetivamente, em 2013 e 2014) desses internamentos corresponde a um segundo episódio, sugerindo um risco aumentado de reinternamento anual na população dos doentes asmáticos. Uma elevada taxa de segundos episódios de internamento hospitalar poderá refletir uma deficiente integração entre cuidados de saúde primários e hospitalares, ou ainda corresponder a internamentos ambulatórios sensíveis. Através da melhoria da prestação de cuidados a nível ambulatório, particularmente nos cuidados de saúde primários, será possível diminuir um certo número de internamentos, denominados de internamentos potencialmente preveníveis.

A prevalência estimada de asma em Portugal é de 10,5%. A asma atual afeta 6,8% da população residente no país.

No que diz respeito à taxa de mortalidade padronizada para a asma, Portugal situa-se entre os países com melhor desempenho neste indicador. De uma forma geral, constata-se que as mortes por asma acontecem predominantemente em meio extra-hospitalar.

A asma é uma doença crónica, mas a gestão adequada pode controlar a doença e habilitar a pessoa portadora de asma a ter uma vida sem restrições e com uma boa qualidade.

A maioria das pessoas com asma pode ser orientada e seguida em consulta de Medina Geral e Familiar, tendo-se verificado um incremento de 234%, em 2016, comparativamente com 2011, do número de utentes ativos com o diagnóstico de asma nos cuidados de saúde primários.

No entanto, e de acordo com as recomendações, na presença de um número selecionado de critérios clínicos, os doentes deverão ser referenciados para consultas organizadas nas unidades hospitalares.

A qualidade dos cuidados na asma envolve não só o diagnóstico inicial e o tratamento para atingir o controlo dos sintomas, incluindo das comorbilidades, a redução do risco de agudizações e de perda da função pulmonar, mas também o acompanhamento regular, a longo prazo, promovendo a capacitação do doente para o autocontrolo da doença.

A asma foi incluída no Programa Nacional das Doenças Respiratórias (PNDR), destinado a todos os profissionais de saúde envolvidos na prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento da asma, privilegiando a articulação entre os diferentes cuidados de saúde, e tem como objetivo a apresentação das boas práticas e orientações estratégicas para o controlo da asma em Portugal.

No que diz respeito à taxa de mortalidade padronizada para a asma, Portugal situa-se entre os países com melhor desempenho neste indicador.

Bibliografia:

- GINA - http://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/
- PNDR – https://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=99
ONDR - https://www.ondr.pt/

ajudar lo da asma

como ponto adicional no estudo da função respiratória na asma a avaliação não invasiva da inflamação brônquica, sendo que a técnica mais validada é a medição da fração exalada de óxido nítrico que, também auxiliando o diagnóstico, permite, por exemplo, identificar indivíduos com maior probabilidade de resposta positiva a corticoterapia inalada.

Numa última nota, chama-se a atenção à educação para a saúde que pode ser prestada; na explicação ao doente de como os exames funcionam, o que medem e porque são importantes para o controlo da doença e, posteriormente, na sensibilização para a utilização adequada dos dispositivos inalatórios, não só no que ao seu funcionamento diz respeito, mas também verificando, por exemplo, qual a frequência de utilização de medicação de alívio rápido do doente, podendo este ser um primeiro passo para a deteção de perda de controlo da doença.

Os técnicos de Cardiopneumologia desempenham um papel importante na avaliação e acompanhamento da asma, sempre integrados numa equipa multidisciplinar e sempre com o objetivo de melhorar e evoluir os cuidados de saúde prestados a estes doentes.

O papel do farmacêutico na identificação e acompanhamento de pessoas com asma não controlada

Ema Paulino
Farmácias Holon

Maria Inês Conceição
Associação Nacional das Farmácias

Gracinda Ribas
Associação de Farmácias de Portugal

Em Portugal, de acordo com dados obtidos através do Inquérito Nacional sobre o Controlo da Asma, há pelo menos 700 mil pessoas com asma, sendo que apenas 57% destas têm a patologia controlada. Ou seja, cerca de 300 mil portugueses com asma necessitam de um melhor acompanhamento e capacitação para o controlo da doença.

O objetivo do tratamento a longo prazo das pessoas com asma é atingir-se o controlo da patologia, perspetivando a ausência de sintomas, incluindo noturnos, a boa capacidade para realização de exercício físico, a ausência de faltas ao trabalho ou à escola, a ausência de exacerbações com necessidade de recurso ao hospital e a não ou reduzida utilização de agonistas-ß2 de alívio rápido.

O farmacêutico comunitário tem um papel determinante no ensino da técnica correta de utilização dos inaladores, na promoção da adesão à terapêutica e, integrado na equipa pluridisciplinar de saúde, encontra-se idealmente posicionado para contribuir para a identificação de pessoas com patologia não controlada, através da monitorização do grau de controlo da asma (com recurso a ferramentas como o CARAT ou ACT), ou da sinalização de pessoas que recorram à farmácia frequentemente para a aquisição de broncodilatadores de ação rápida.

Com efeito, os sistemas informáticos que se encontram disponíveis nas farmácias permitem fazer o registo da terapêutica dispensada e, desta forma, manter um histórico para cada utente. O farmacêutico pode assim interpelar a pessoa aquando da dispensa dos medicamentos, tendo em conta a periodicidade da sua aquisição, e esclarecer sobre os objetivos do tratamento e as diferenças entre a terapêutica de alívio rápido dos sintomas e a terapêutica preventiva a longo prazo, de utilização diária.

Também nesta ocasião, o farmacêutico promove a adesão à terapêutica instituída e a utilização correta dos dispositivos de inalação, tendo em conta que dificuldades no seu manuseamento podem resultar precisamente num mau controlo da patologia, devido à não efetividade terapêutica.

O farmacêutico pode ainda aconselhar sobre os fatores desencadeantes da asma e medidas de evicção, e prevenir, identificar e resolver eventuais problemas relacionados com os medicamentos, nomeadamente no que se refere a interações medicamentosas e à gestão de efeitos secundários.

Na sequência desta intervenção farmacêutica, as pessoas que aderem à terapêutica e que não apresentem dificuldades na utilização dos dispositivos inalatórios, mas que não tenham a patologia controlada, devem ser referenciadas para o médico para avaliação.

De forma a tornar mais efetivo o papel do farmacêutico na identificação e acompanhamento das pessoas com asma não controlada, nomeadamente no que se refere à sua sinalização, capacitação e reencaminhamento para outros profissionais de saúde, será primordial o delineamento de estratégias conjuntas que promovam uma melhoria da comunicação dentro da equipa de cuidados.

Os farmacêuticos encontram-se assim comprometidos com o movimento CAPA, que acreditamos irá contribuir para um melhor controlo da doença.