

Abordagem e Controlo da Asma*

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

■ I – NORMA

1. No seguimento do doente asmático, em todos os grupos etários, tem que ser feita uma avaliação do controlo clínico correspondente às últimas 4 semanas antes da consulta, de acordo com o definido no Quadro I (*vide* anexo II), a qual inclui, prioritariamente, a avaliação das manifestações clínicas/funcionais atuais, bem como do risco futuro.
2. O degrau 1 (como descrito no Quadro II do anexo II) é reservado a doentes não tratados, com sintomas diurnos ocasionais (tosse, pieira ou sibilância, dispneia) que ocorram, no máximo uma vez por semana e que tenham curta duração. No intervalo destes episódios o doente deverá estar assintomático, ter uma função respiratória normal (avaliada no mínimo por espirometria) mas considerando as especificidades de cada doente, nomeadamente no grupo etário pediátrico, e não ter sintomas noturnos.
 - a) Como medicação de alívio a opção terapêutica mais comum é o agonista β_2 de ação curta inalado (**Evidência A**).
Os anticolinérgicos de curta duração de ação, em qualquer degrau terapêutico, são considerados uma alternativa ou um complemento no asmático que requer doses muito elevadas e/ou frequentes de beta-2 agonistas ou nos que previamente se demonstrou resposta paradoxal (**Evidência B**).
 - b) Se a manifestação de obstrução das vias aéreas é, unicamente, desencadeada pelo exercício o doente deve usar, previamente ao exercício, um agonista β_2 de ação curta (**Evidência A**), ou efetuar, como alternativa, prevenção com um antileucotrieno (**Evidência A**); contudo, quando o exercício agrava uma asma não controlada, o tratamento será a subida de degrau de modo a que o doente não tenha sintomas quando desenvolver atividade física.
3. O degrau 2 (como descrito no Quadro II do anexo II) é considerado como o tratamento inicial para os doentes não tratados com asma sintomática, mesmo que parcialmente controlada, combinando o tratamento de controlo com o de alívio sintomático.
 - a) Na primeira linha de opção terapêutica situam-se os corticosteroides inalados, administrados em dose diária baixa (**Evidência A**) (*vide* anexo II, Quadro III). Em crianças de idade pré-escolar consideram-se doses baixas de corticoides inalados, 100 mcg/dia de beclometasona ou de fluticasona e 200 mcg/dia de budesonida (*vide* anexo II: Quadro III).
 - b) Os antileucotrienos podem ser uma opção no tratamento inicial (**Evidência A**), em particular nos doentes que forem incapazes de utilizar os dispositivos inalatórios e nos que apresentem rinite alérgica concomitante (**Evidência A**).
 - c) De igual modo, na asma em idade pré-escolar, se as agudizações, num mínimo de 3 por estação, forem condicionadas predominantemente por processos infecciosos virais, com reduzida expressão de atopia, os antileucotrienos são uma opção terapêutica inicial (**Evidência D**).
4. O degrau 3 (como descrito no Quadro II do anexo II) é considerado como o tratamento inicial para os doentes com asma muito sintomática, não controlada.
 - a) Neste degrau recomenda-se para os asmáticos com idade ≥ 4 anos em primeira linha a associação de um corticoide inalado, em baixa dose, com um β_2 agonista de longa duração de ação (**Evidência A**), preferencialmente administrados no mesmo dispositivo.
 - i. Pelo efeito aditivo desta combinação, uma dose baixa de corticosteroides inalados é, habitualmente, suficiente e só deverá ser aumentada se o controlo não for obtido no final de três meses (**Evidência A**).
 - b) Em crianças em idade pré-escolar, nas quais a revisão da técnica inalatória é mandatária, pode considerar-se como primeira linha a duplicação da dose diária de corticosteroides inalados (**Evidência C**) ou a combinação da dose inicial de corticosteroides inalados com antileucotrieno (**Evidência D**).
 - c) Constituem outras opções terapêuticas:
 - i. Aumentar a dose de corticosteroides inalados (para níveis médio ou alto – *vide* anexo II, Quadro III) (**Evidência A**) sendo, neste caso, desejável a utilização de uma câmara expansora para melhorar a deposição dos corticosteroides inalados (**Evidência A**);
 - ii. Em adultos, a combinação de uma dose baixa de corticosteroides inalados com um antileucotrieno (**Evidência A**) ou ainda com teofilina de libertação lenta (**Evidência B**), mas para este último deverá ser ponderado o risco/benefício, atendendo as características farmacológicas, interações e ações secundárias.
 - d) A utilização de um β_2 agonista de longa duração de ação isolado, sem associação aos corticosteroides inalados, está absolutamente contraindicada no tratamento da asma; não devem, também, ser utilizados nos doentes que

SIGLAS/ACRÓNIMOS

FEV₁: *forced expiratory volume in one second* (volume expiratório forçado no 1º segundo);
PEF: *peak expiratory flow* (débito expiratório máximo instantâneo).

* Norma da Direção-Geral da Saúde nº 016/2011 (versão definitiva atualizada a 14/06/2012) para os médicos do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em www.dgs.pt.

- têm a sua asma adequadamente controlada apenas com corticosteroides inalados.
5. Os degraus 4 e 5 (como descrito no Quadro II do anexo II) são reservados para tratamento, fundamentalmente em consulta especializada, de doentes não controlados com a medicação indicada no degrau 3.
 6. Se o doente não está controlado após a intervenção terapêutica inicial, dever-se-á subir de degrau em degrau até atingir o controlo (**Evidência A**), uma vez garantido que esse doente cumpre a terapêutica prescrita e que foram identificadas e controladas todas as potenciais comorbilidades e interações medicamentosas em curso.
 7. Se o doente está parcialmente controlado deverá ser reavaliado clinicamente e considerada a revisão da terapêutica, incluindo avaliação da técnica inalatória e da adesão ao tratamento.
 8. Se o doente está controlado há pelo menos três meses o tratamento pode ser reduzido, mas deverá manter uma observação clínica e funcional que permita garantir a persistência do controlo.
 9. De acordo com a evolução e a monitorização clínica/funcional, o tratamento será reduzido ou aumentado (*vide* anexo I: Algoritmo Clínico).
 - a) A redução do tratamento deve ser explicada ao doente e/ou família, alertando para as potenciais consequências no reaparecimento de sintomas e de crises.
 - i. Nos doentes que fazem, apenas, corticosteroides inalados em doses média/alta, deve ser tentada uma redução de 50% em cada três meses (**Evidência B**);
 - ii. Quando o doente faz uma combinação de corticosteroides inalados com β_2 agonista de longa duração de ação é recomendado:
 - (i) Reduzir a dose de corticosteroides inalados em 50%, continuando com o β_2 agonista de longa duração de ação (**Evidência B**);
 - (ii) Reduzir a dose de corticosteroide até à dose baixa diária e interromper o β_2 agonista de longa ação (**Evidência D**).
 - iii. No doente com asma controlada na dose mais baixa de medicação de controlo, se durante um ano (*vide* anexo I: Algoritmo Clínico) não se observarem sintomas, agudização e mantenha estabilização funcional pode ser tentada a interrupção do tratamento (**Evidência D**).
 - b) Ponderar o eventual aumento de tratamento quando se verifica:
 - i. A necessidade de agonistas β_2 de ação rápida (de curta ou longa duração) mais de um ou dois dias por semana;
 - ii. A deterioração rápida do controlo podendo optar-se pela quadruplicação da dose de corticosteroides inalados por um período de 1 a 2 semanas, que demonstrou ser equivalente a um curto curso de corticosteroides orais (**Evidência A**).
 10. O ensino da técnica inalatória tem que ser efetuado e revisto em cada consulta (**Evidência A**).
 11. Devem ser referenciados para consulta especializada:
 - a) As grávidas asmáticas não controladas;
 - b) Os doentes com asma exacerbada pela profissão/ocupação;
 - c) Os doentes com asma grave, definida por critérios clínicos e funcionais, múltiplos recursos a serviços de urgência e/ou internamentos no último ano;
 - d) Os doentes em que não se obtenha o controlo em três a seis meses com medicação de degrau 3;
 - e) Os doentes em que existam dúvidas no diagnóstico;
 - f) Os doentes que necessitam de realizar testes adicionais (testes cutâneos de alergia) e provas de avaliação funcional respiratória mais diferenciadas;
 - g) Os doentes com potenciais benefícios com a instituição de imunoterapia específica/vacina antialérgica.
 12. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo.
 13. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.
 14. A presente Norma revoga a Circular Normativa n.º 15/DGCG de 13/07/04.
 15. A Norma será revista, no máximo ao fim de 3 anos ou sempre que os conceitos ou as *leges artis* assim o determinem.
- ## ■ II – CRITÉRIOS
- A. A educação do doente, nos vários grupos etários, e da família, são fundamentais.
 - B. No grupo em idade pré-escolar, particularmente até aos 2 anos, com sibilância recorrente considerar o diagnóstico de asma, caso tenham ocorrido 3 ou mais episódios, nos seis meses anteriores e se foram excluídas outras patologias.
 - C. Os corticoides inalados são os medicamentos mais eficazes no controlo a longo prazo da asma persistente (**Evidência A**).
 - D. O nível de controlo (anexo II, Quadro I) determina a seleção do tratamento farmacológico, organizado em degraus (**Evidência A**) como previsto no Quadro II (*vide* anexo II), valorizando-se a eficácia, a segurança e o custo da intervenção em cada degrau terapêutico.
 - E. A opção terapêutica, dentro de cada degrau da medicação antiasmática, deverá obedecer a critérios de efetividade o que implica que certas escolhas devam ser justificadas sempre que se considerem ser a melhor alternativa para o doente. Caso contrário, deve privilegiar-se a opção terapêutica de menor custo para igual eficácia, salvaguardando o cumprimento das orientações de boa prática clínica.
 - F. A terapêutica inalada é essencial no tratamento da asma e tem de ser adequada a cada grupo etário (**Evidência A**).
 - i. As crianças com menos de 4 anos devem usar inaladores pressurizados associados a câmaras expansoras com máscara e, a partir desta idade, associados a câmaras expansoras com peça bucal (**Evidência A**).
 - ii. Em qualquer grupo etário os nebulizadores devem ser sempre considerados como

- opção de segunda linha (*vidé* Norma nº 021/2011 sobre Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerosolterapia).
- iii. A partir da idade escolar, bem como no idoso, recomendam-se como primeira linha os inaladores de pó seco, constituindo alternativa os inaladores pressurizados associados a câmaras expansoras com peça bucal, essenciais quando se usam doses elevadas de fármacos.
- G. Nos casos em que o fator atópico é relevante, como sucede frequentemente na população pediátrica, deverão ser instituídas medidas específicas de evicção ambiental.
- H. Doentes informados, regimes terapêuticos simplificados e inaladores facilmente manuseáveis, são alguns dos principais fatores facilitadores da adesão ao tratamento e da obtenção do controlo da asma.
- I. Atendendo à idade da criança e, na medida do possível, esta deve ser envolvida no tratamento.
- J. O doente deve receber um plano de ação escrito, onde se incluam medidas gerais (evicção de irritantes, como o tabaco ou agentes ocupacionais e de alergénios), a terapêutica da agudização e o tratamento de controlo (**Evidência A**).
- i. Em consultas de seguimento, inquéritos validados, como o Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica (CARAT) ou o Teste Controlo da Asma (ACT) possibilitam a avaliação e monitorização do controlo de uma forma simples e rápida.
 - ii. Devem preferir-se fármacos que permitam atingir o mais rapidamente possível o controlo clínico, melhorando significativamente os sintomas, normalizando a função respiratória, abolindo ou reduzindo a frequência e intensidade das agudizações e os internamentos.
 - iii. No tratamento em degraus cada um representa as opções terapêuticas que, apesar de não terem eficácia e custos idênticos, são consideradas alternativas válidas para o controlo. As medicações inaladas são as preferidas, considerando a sua elevada potência local, a baixa frequência de efeitos adversos sistémicos e o custo.
 - iv. Com a maioria dos fármacos de controlo a melhoria observa-se dias após o início do tratamento; o benefício pleno pode demorar até 4 meses a alcançar.
 - v. Numa elevada percentagem de asmáticos a coexistência de rinite alérgica implica, igualmente, o seu controlo (**Evidência A**). Da mesma forma, é necessário controlar qualquer outra co morbilidade.
- K. O estudo alergológico poderá condicionar a instituição da imunoterapia específica. Esta deve ser sempre prescrita e monitorizada em consultas especializadas.
- L. A função respiratória, sempre que exista colaboração do doente, deve ser utilizada na avaliação inicial e na monitorização do controlo.
- M. É recomendada a adoção de estratégias preventivas para minimização do risco infeccioso.

■ III – AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- E. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:

- i. Percentagem de inscritos, ou doentes saídos (se contexto hospitalar), com diagnóstico de asma:
 - (i) Numerador: N.º de inscritos, ou doentes saídos (se contexto hospitalar), com diagnóstico de asma;
 - (ii) Denominador: N.º de inscritos ou doentes saídos (se contexto hospitalar).
- ii. Percentagem de inscritos com diagnóstico de asma, por degraus de tratamento 2, 3 e 4, com prescrição de glucocorticoides inalados, antileucotrienos, β_2 agonistas de ação lenta e teofilina de ação lenta:
 - (i) Numerador: N.º de inscritos com diagnóstico de asma, por degraus de tratamento 2, 3 e 4, com prescrição de glucocorticoides inalados, antileucotrienos, β_2 agonistas de ação lenta ou teofilina de ação lenta por um período igual ou superior a 3 meses;
 - (ii) Denominador: N.º de inscritos com diagnóstico de asma.
- iii. Percentagem de inscritos com diagnóstico de asma, com degrau de tratamento 5, com prescrição de glicocorticosteróides orais ou tratamento anti-IgE;
 - (i) Numerador: N.º de inscritos com diagnóstico de asma, com degrau de tratamento 5, com prescrição de glicocorticosteróides orais ou tratamento anti-IgE;
 - (ii) Denominador: N.º de inscritos com diagnóstico de asma.
- iv. Valor da prescrição de antiasmáticos por doente inscrito com diagnóstico de asma:
 - (i) Numerador: Valor das prescrições de antiasmáticos (β_2 agonistas e anticolinérgicos de ação rápida e curta, glucocorticoides inalados, antileucotrienos, β_2 agonistas de ação lenta e omalizumab) (PVP) em doentes com o diagnóstico de asma;
 - (ii) Denominador: N.º de inscritos com diagnóstico de asma.

■ IV – FUNDAMENTAÇÃO

- A. O objetivo da abordagem terapêutica da asma é a manutenção do controlo da doença, permitindo que o asmático, de qualquer grupo etário, não tenha sintomas diurnos e noturnos, nem crises, possua uma atividade física normal, incluindo o exercício, mantenha uma função respiratória normal, com ausência ou reduzindo ao mínimo os efeitos indesejáveis dos fármacos utilizados.
- B. As agudizações ou crises de asma são habitualmente episódicas, mas o processo inflamatório está cronicamente presente. O controlo da asma minimiza o risco de agudizações graves.
- C. A asma brônquica é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, clinicamente caracterizada por sintomas de dispneia, sibilância, tosse e opressão torácica, traduzindo uma obstrução generalizada, variável, habitualmente reversível espontaneamente ou sob ação de terapêutica e que afeta cerca de 1 milhão dos residentes em Portugal (Inquérito Nacional de Prevalência da Asma).
- D. É uma patologia que, na maioria dos casos, não se pode prevenir mas que se pode controlar em 90% ou mais dos doentes, quer com medidas farmacológicas, quer não farmacológicas, possibilitando-lhes uma qualidade de vida e bem-estar como se da afeção não padecessem.
- E. Sabe-se, pelo Inquérito Nacional sobre o Controlo da Asma em Portugal, que apenas 57% dos doentes asmáticos têm a sua doença controlada, ou seja, cerca de 300.000 portugueses com asma ativa carecem, ainda, de melhor intervenção para que a sua doença possa ser controlada.
- F. Identificou-se no nosso país que os doentes com asma menos controlada caracterizam-se por:
- Serem de classes socioeconómicas mais desfavorecidas;
 - Terem menor grau de escolaridade;
 - Serem de idade pediátrica ou idosos;
 - Terem índice de massa corporal aumentado.

- G. Ao longo da última década, tem-se observado um decréscimo no número anual de internamentos por asma, mas a sua redução deveria ter sido muito superior. De facto, em 2010, ainda se observou uma taxa de 26,8 internamentos por 100.000 habitantes com significativas assimetrias regionais.
- H. Apesar de uma quase inexistente mortalidade na idade pediátrica, cerca de metade dos internamentos por asma observa-se nas populações com idade inferior a 19 anos, sendo a taxa nacional de 62,9 por 100.000 jovens.
- I. A asma mal controlada associa-se a elevados custos sociais e económicos, diretos e indiretos.
- J. Os profissionais dos cuidados de saúde primários desempenham um papel essencial na garantia de que todos os asmáticos recebam um programa de abordagem adequado e personalizado, sendo significativa a percentagem de doentes com asma que são seguidos apenas neste nível de cuidados médicos.
- K. Os doentes asmáticos e os seus familiares, educados e treinados num programa estruturado de abordagem, podem participar ativamente no autocontrolo desta doença crónica (**Evidência A**). Este programa deve incluir informação básica sobre a doença, seus condicionantes e como os evitar (tabaco, alérgenos, infeções, entre outros), sobre as medicações e como usar o tratamento, nomeadamente os inaladores, como avaliar continuamente o grau de controlo e como reconhecer e tratar as agudizações.
- L. No asmático alérgico o controlo e tratamento da doença alérgica deve ser integrador atendendo às características sistémicas da atopia/alergia, com benefício clínico e redução do custo direto e indireto no controlo global do doente.

■ IV – APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo

de protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.

- B. Antonio Bugalho de Almeida e Celso Pereira (coordenação científica), Anabela Coelho (coordenação executiva), Fernando Menezes e Mario Morais de Almeida.
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- D. A presente Norma foi visada pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas e integrou os contributos, recebidos durante o período de audição pública, sustentados cientificamente e acompanhados das respetivas declarações de interesses. ■

BIBLIOGRAFIA

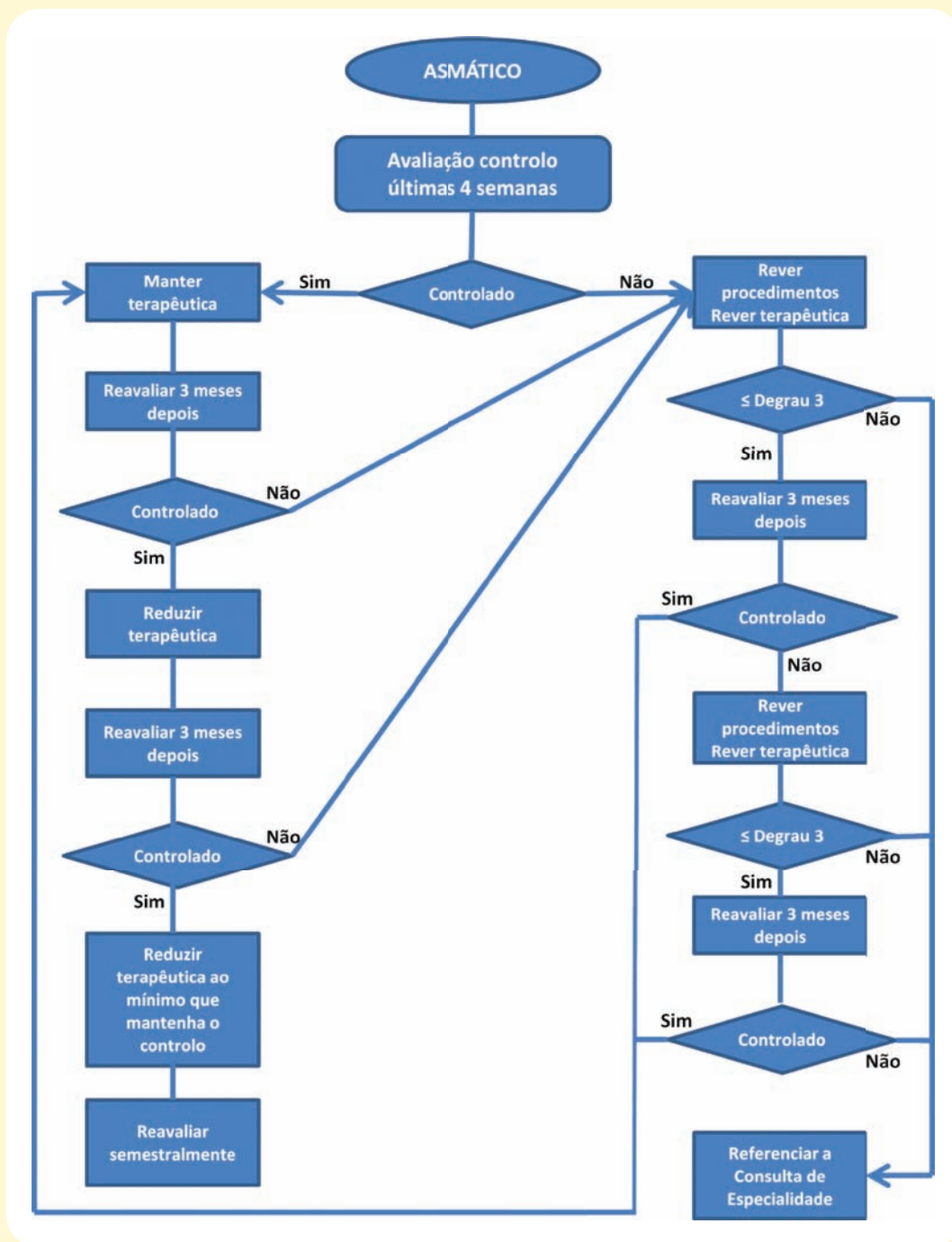
- Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM. Injection allergen immunotherapy for asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 8. Art. No.: CD001186. DOI: 10.1002/14651858.CD001186.pub2
- Berber A, Del-Rio-Navarro B. Compilation and meta-analysis of randomized placebo-controlled clinical trials on the prevention of respiratory tract infections in children using immunostimulants. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2001;11(4):235-46.
- Brand PL, Baraldi E, Bisgaard H, et al. Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence-based approach. *Eur Respir J*. 2008 Oct;32(4):1096-110.
- Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126:466-76.
- Fonseca JA, Nogueira-Silva L, Morais-Almeida M, Azevedo L, Sousa A, Branco-Ferreira M, et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. *Allergy* 2010;65:1042. www.caratnetwork.org
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention, December 2010. www.ginasthma.org
- Global Strategy for the Diagnosis and Management of Asthma in Children 5 years and Younger, 2009. www.ginasthma.org
- Hankin CS, Cox L, Bronstone A. The health economics of allergen immunotherapy. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2011; 31(2): 325-41.
- Inquérito Nacional sobre a Prevalência e o Controlo da Asma em Portugal, 2010. www.dgs.pt

- Manual de Boas – Práticas na Asma – Direção Geral da Saúde, revisão 2010. www.doencasrespiratorias.dgs.pt
- Nogueira-Silva L, Martins SV, Cruz-Correia R, Azevedo LF, Morais-Almeida M, Bugalho-Almeida A, et al. Control of allergic rhinitis and asthma test (CARAT) - a formal approach to the development of a measuring tool. Respir Res 2009;10:52.
- Passalacqua G, Canonica GW. Specific immunotherapy in asthma: efficacy and safety. Clin Exp Allergy. 2011;41(9):1247-55.

- Pedersen SE, Hurd SS, Lemanske RF Jr, et al. Global Strategy for the Diagnosis and Management of Asthma in Children 5 years and Younger. Pediatr Pulmonol 2011; 46(1):1-17.
- Pesek R, Lockey R. Vaccination of adults with asthma and COPD. Allergy 2001; 66: 25-31.
- Robinson, CA – FDAs recommendations on the Use of Long –

- Acting β_2 agonists in the Management of Asthma. Annals Pharmacotherapy 2010;44:1651.
- Saglani S, Bush A. Asthma in preschool children: the next challenge. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2009;9(2):141-5.
- Schaad UB. OM-85 BV, an immunostimulant in pediatric recurrent respiratory tract infections: a systematic review. World J Pediatr. 2010;6(1):5-12.

ANEXO I - Algoritmo Clínico/Árvore de Decisão



ANEXO II - Quadros, Tabelas e Gráficos

Quadro I - Níveis de controlo da asma.

a. Avaliação do controlo clínico nas últimas 4 semanas

Características	Controlada (Todos os seguintes)	Parcialmente Controlada (Qualquer presente)	Não Controlada
Sintomas diurnos	Nenhum (≤ 2 vezes/semana)	> 2 vezes/semana	≥ 3 características da asma parcialmente controlada, presentes em qualquer semana ^a
Limitação de atividades	Nenhuma	Qualquer	
Sintomas noturnos /despertar	Nenhum	Qualquer	
Necessidade de medicação de alívio	Nenhuma (≤ 2 vezes/semana)	> 2 vezes/semana	
Função respiratória (FEV1 ou PEF)	Normal	$<80\%$ do melhor valor pessoal (se conhecido)	

b. Avaliação do Risco Futuro (risco de complicações)

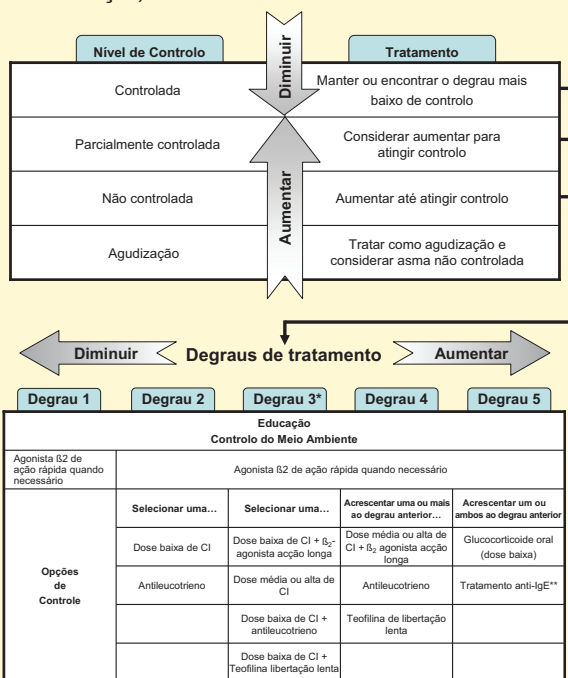
Agudizações frequentes no último ano^b, internamentos por asma, FEV₁ baixo/ declínio rápido da função respiratória, exposição a fumo de cigarro, doses elevadas de medicação / risco de efeitos secundários, atividade ocupacional/laboral ou atopia.

^a Por definição, uma agudização, em qualquer semana, identifica asma não controlada.

^b Qualquer agudização exige revisão do tratamento de manutenção.

Quadro II - Abordagem terapêutica baseada no controlo^c.

Para Crianças, Adolescentes e Adultos



CI= corticosteroides inalados

Antileucotrienos= antagonista de receptores ou inibidores de síntese

*Degr. 3: Em crianças com menos de 4 anos de idade, constitui primeira opção a duplicação da dose inicial de CI ou associar à dose inicial de CI um antileucotrieno

**Omalizumab, indicado na asma grave de idade ≥ 6 anos.

Quadro III - Doses equipotentes estimadas de corticoides inalados para adultos e crianças.

Fármaco	Dose diária baixa (mcg)	Dose diária média (mcg)	Dose diária alta (mcg)
Beclometasona	100 ^d -500	$>500-1000$	$>1000-2000$
Budesonida	200-500 (nebulizado) ^e	$>400-800$	$>800-1600$
Fluticasona	100-250	$>250-500$	$>500-1000$

Adaptado de Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2010) e de Global Strategy for Asthma for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger (2008).

^d Em idade pré-escolar a dose baixa é definida como a que não se associa a efeitos clínicos adversos observados em ensaios, incluindo os critérios de segurança.

^e Norma n.º 021/2011 sobre Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerosolterapia

^c Adaptado de Global Strategy for Asthma Management and Prevention (December 2010) e de Pedersen SE, Hurd SS, Lemanske RF Jr, et al. (2011)

Quadro IV - Tabelas do nível de evidência.

Nível de evidência	Fontes de evidência	Descritivo
A	Ensaio clínico aleatorizado (ECA) Extenso arquivo de dados.	A evidência a partir de ensaios clínicos aleatorizados (bem desenhados) que fornecem um padrão consistente de descobertas na população para quem a recomendação é feita. Categoria A requer um número substancial de estudos envolvendo um número substancial de participantes.
B	Ensaio clínico aleatorizado (ECA) Amostra de dados limitada	A evidência a partir de parâmetros de estudos de intervenção que incluem apenas um número limitado de doentes, análise <i>à posteriori</i> ou subgrupo de ECA, ou meta-análises de ECA. Em geral, a categoria B atribui-se quando existem poucos ensaios clínicos aleatorizados, ou quando estes incidem sobre amostras pequenas, sub-amostras da população, que diferem da população-alvo da recomendação, ou os resultados são pouco consistentes.
C	Ensaio não aleatorizado. Estudos observacionais	A evidência é de resultados de estudos não controlados ou não-aleatorizados ou de estudos observacionais.
D	Análise de painel de peritos	Esta categoria é usada apenas nos casos em que a origem e alguma orientação foram consideradas valiosas, mas cuja literatura clínica sobre o assunto era insuficiente para justificar a colocação numa das outras categorias. O Painel de Peritos baseia-se na experiência clínica ou conhecimento, mas não se insere em nenhum dos critérios anteriormente definidos.

Fonte 1 - Global Initiative for Asthma (GINA 2010).



■ DERMATOLOGIA BÁSICA

Autores ► Emilio Quintanilla Gutiérrez, Daniel Serrano Collantes

Editor ► Lidel (www.lidel.pt), com o apoio da Intendis

«O médico de família é confrontado na sua prática diária com patologias do foro dermatológico. As doenças da pele são frequentes e a maioria das situações não carece de avaliação por um dermatologista. Sendo a pele o maior e o mais visível órgão do corpo humano, não surpreende que os sinais e sintomas cutâneos impliquem uma preocupação especial nos nossos pacientes.

Estes pressupostos criam a necessidade do médico de família actualizar e reforçar os seus conhecimentos na área da Dermatologia. Devemos procurar fazê-lo através de um programa de formação contínua que con-

temple cursos e outros eventos científicos, mas também é preponderante o acesso a fontes de informação que possam ser acedidas facilmente. Estas fontes de informação podem estar na Internet ou em livros e revistas.

O livro “Dermatologia Básica em Medicina Familiar”, que tenho o privilégio de apresentar, configura um instrumento essencial para apoiar o médico de família na abordagem das doenças cutâneas. A estrutura da obra permite que a informação seja acedida rapidamente, proporcionando uma identificação ágil da doença e da respectiva proposta terapêutica. O livro resulta da colaboração entre dois médicos – Dr. Emilio Quintanilla Gutiérrez, Dermatologista, e o Dr. Daniel Serrano Collantes, Médico de Família. A coordenação da obra espelha o modelo de cuidados partilhados que se deseja ver implementado na abordagem dos problemas de saúde. A cooperação entre especialistas médicas contribui para melhorar a qualidade assistencial e aumentar os ganhos em saúde na população. A utilização de informação de apoio à decisão clínica aumenta a resolubilidade de problemas durante a consulta

de Medicina Geral e Familiar (MGF). A capacidade de resolução de problemas é, aliás, uma das competências nucleares da nossa especialidade. Diversos estudos de caracterização da prática da MGF e do perfil do médico de família efectuados em todo o mundo foram unânimes em encontrar elevados índices de resolubilidade de problemas. Estima-se que entre 80 a 90 por cento dos problemas de saúde que se apresentam nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) sejam resolvidos neste âmbito. Para além da resolubilidade, o papel do médico de família é fundamental no diagnóstico e selecção de situações específicas que necessitem de referenciação, permitindo o acesso criterioso a outras especialidades. Na abordagem de problemas da pele é essencial o equilíbrio entre resolubilidade e referenciação (...)

(do Prefácio do Dr. João Sequeira Carlos)