

# Tratamento da asma para controlar os sintomas e minimizar os riscos



## GINA - Estratégia Global para Tratamento e Prevenção de Asma - 2014

Esta série de slides deve ser usada exclusivamente para fins acadêmicos e educativos. Para usar esta série de slides, ou slides individuais, para fins comerciais ou promocionais é preciso obter autorização da GINA.

# Objetivos do tratamento da asma



- Os objetivos de longo prazo do tratamento da asma são
  1. **Controle dos sintomas:** alcançar um bom controle dos sintomas e manter os níveis normais de atividade
  2. **Redução dos riscos:** minimizar os riscos futuros de exacerbações, limitação fixa do fluxo aéreo e efeitos colaterais da medicação
- Para atingir esses objetivos, é preciso que haja uma parceria entre o paciente e os profissionais de saúde que o atendem
  - Perguntar ao paciente quais são seus próprios objetivos em relação à asma
  - Estratégias de comunicação adequadas são fundamentais
  - Considerar o sistema de assistência médica, a disponibilidade de medicação, as preferências culturais e pessoais e conhecimentos de saúde

# Estratégias essenciais para facilitar a boa comunicação



- Melhorar as habilidades de comunicação
  - Abordagem amigável
  - Deixar que o paciente expresse seus objetivos, crenças e preocupações
  - Demonstrar empatia e tranquilizar o paciente
  - Incentivar e fazer elogios
  - Fornecer informações apropriadas (personalizadas)
  - Dar *feedback* e analisar
- Os benefícios são:
  - Maior satisfação do paciente
  - Melhores desfechos de saúde
  - Redução do uso de recursos de assistência médica

# Reduzir o impacto da falta de conhecimentos de saúde



- O conhecimento sobre a saúde afeta os desfechos em saúde, inclusive no caso da asma
  - “A capacidade que os indivíduos têm de obter, processar e compreender informações básicas de saúde para tomar decisões apropriadas” (Rosas-Salazar, JACI 2012)
- Estratégias para reduzir o impacto da falta de conhecimentos básicos de saúde
  - Priorizar as informações (mais importantes para as menos importantes)
  - Falar pausadamente, evitar a linguagem médica, simplificar conceitos numéricos
  - Citar exemplos, usar desenhos, fotos, tabelas e gráficos
  - Usar o método de confirmação – pedir aos pacientes que repitam as instruções
  - Pedir a uma segunda pessoa para repetir as principais mensagens
  - Prestar atenção à comunicação não verbal

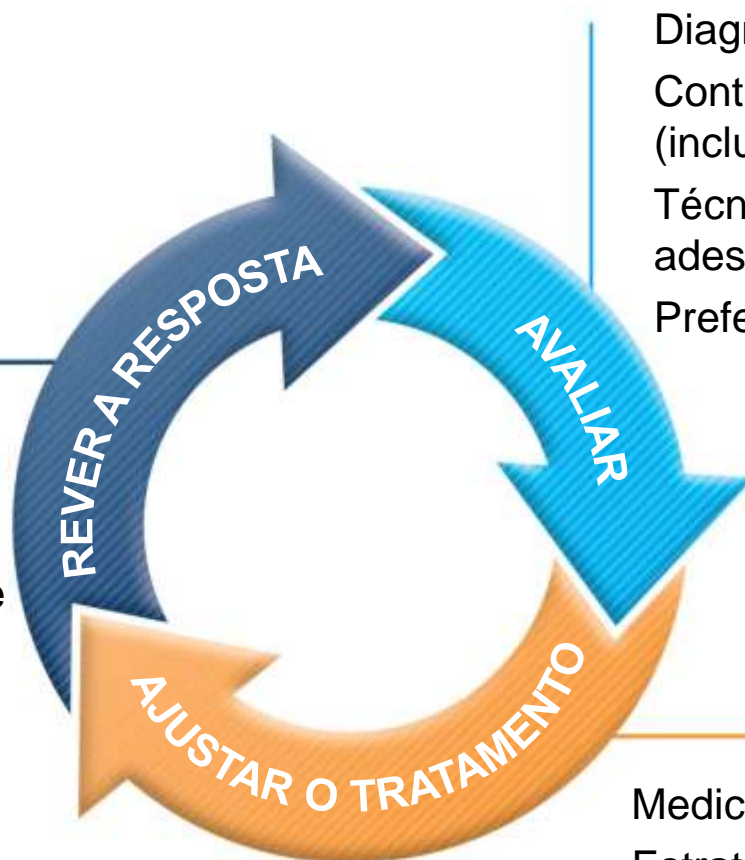
# Tratar para controlar os sintomas e minimizar os riscos



- Estabelecer uma parceria médico-paciente
- Tratar a asma em um ciclo contínuo:
  - **Avaliar**
  - **Ajustar** o tratamento (farmacológico e não farmacológico)
  - **Rever** a resposta
- Instruir e reforçar as habilidades essenciais
  - Técnicas de uso do inalador
  - Adesão ao tratamento
  - Autotratamento direcionado
    - Plano de ação por escrito para asma
    - Automonitoramento
    - Avaliação médica periódica



# Ciclo de tratamento de asma baseado no controle



Sintomas  
Exacerbações  
Efeitos colaterais  
Satisfação do paciente  
Função pulmonar

Diagnóstico  
Controle de sintomas e fatores de risco (inclusive função pulmonar)  
Técnica de uso do inalador e adesão  
Preferência do paciente

Medicamentos antiasmáticos  
Estratégias não farmacológicas  
Tratamento de fatores de risco modificáveis



# Opções de tratamento de controle - decisões no âmbito da sociedade



## Escolha entre as opções de tratamento no âmbito da sociedade

p. ex., protocolos nacionais, organizações de assistência a saúde, diretrizes nacionais

O “tratamento preferido” em cada etapa se baseia em:

- Eficácia
  - Eficiência
  - Segurança
  - Disponibilidade e custo no âmbito da população
- } Baseado em valores médios de sintomas de grupos, exacerbações e função pulmonar (a partir de ECRs, estudos pragmáticos e dados observacionais)

# Opções de tratamento de controle – decisões no âmbito do paciente



## Decisões para pacientes individuais

Tomar decisões compartilhadas com o paciente/pais/cuidador para discutir:

1. Tratamento preferido para controle de sintomas e redução de riscos
2. Características do paciente (fenótipo)
  - O paciente tem preditores de risco ou de resposta conhecidos? (p.ex., tabagismo, história de exacerbações, eosinofilia sanguínea)
3. Preferência do paciente
  - Quais são os objetivos e preocupações do paciente quanto à sua asma?
4. Questões práticas
  - Técnica de uso do inalador – o paciente consegue usar o dispositivo corretamente depois de ter sido treinado?
  - Adesão ao tratamento: quantas vezes o paciente toma a medicação?
  - Custo: o paciente tem condições financeiras para comprar o medicamento?



# Tratamento inicial de controle para adultos, adolescentes e crianças de 6 a 11 anos de idade



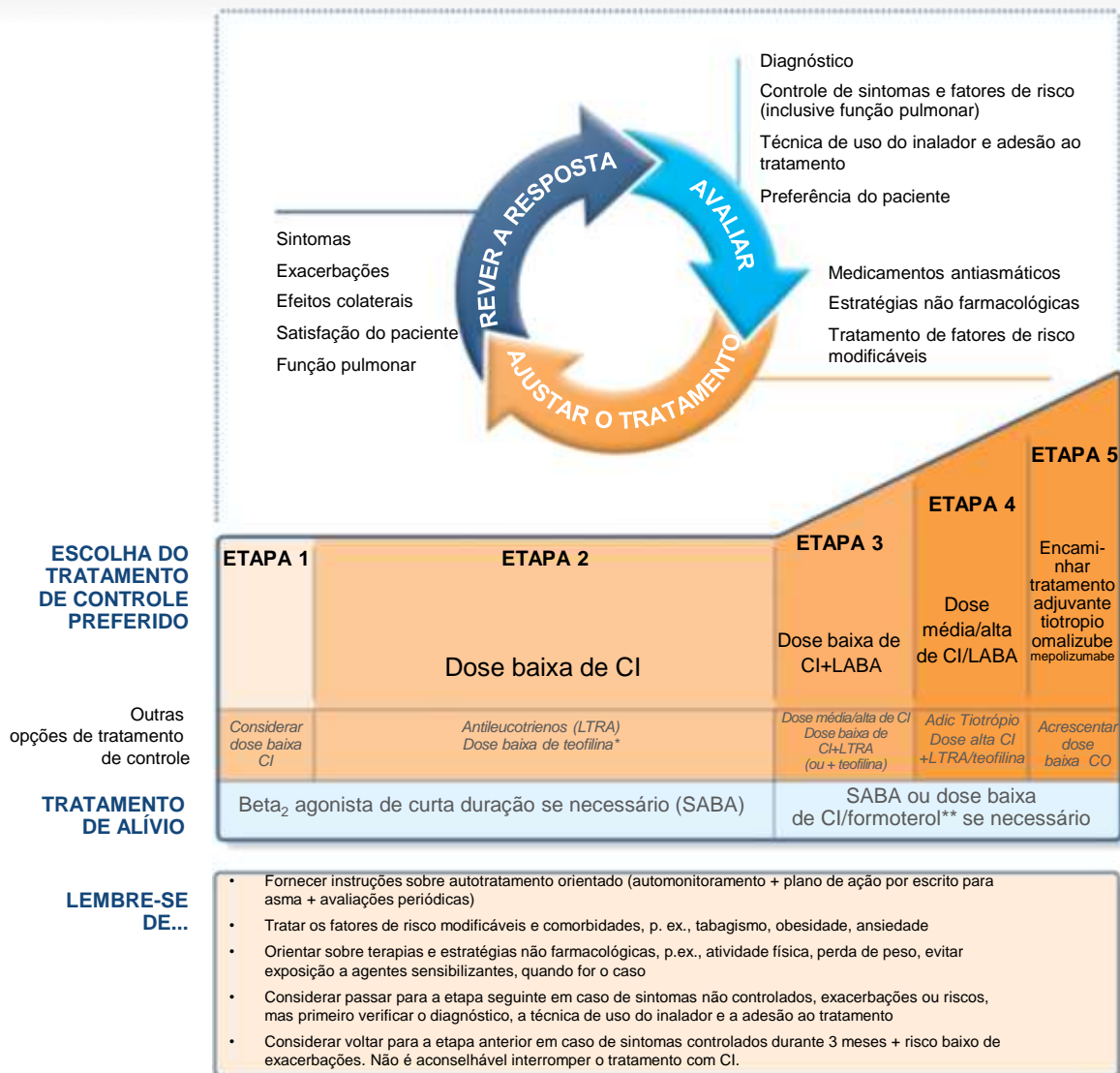
- Início precoce do tratamento de controle
  - Para obter melhores resultados, iniciar o tratamento de controle o quanto antes após o diagnóstico de asma
- Indicações de dose baixa regular de CI caso presente (um desses):
  - Sintomas de asma mais de duas vezes por mês
  - Despertares noturnos devido à asma mais de uma vez ao mês
  - Qualquer sintoma de asma e fatores de risco para exacerbações
- Considerar iniciar o tratamento em uma etapa mais alta se:
  - Presença de sintomas de asma na maioria dos dias
  - Despertares noturnos devido à asma uma ou mais vezes por semana, principalmente se houver fatores de risco para exacerbações
- Se a apresentação inicial da asma for acompanhada por uma exacerbação:
  - Administrar corticosteroides orais por curto período e depois iniciar um tratamento de controle regular (p.ex., doses altas ou doses médias de CI/LABA, em seguida, voltar para a etapa anterior)

# Tratamento inicial de controle

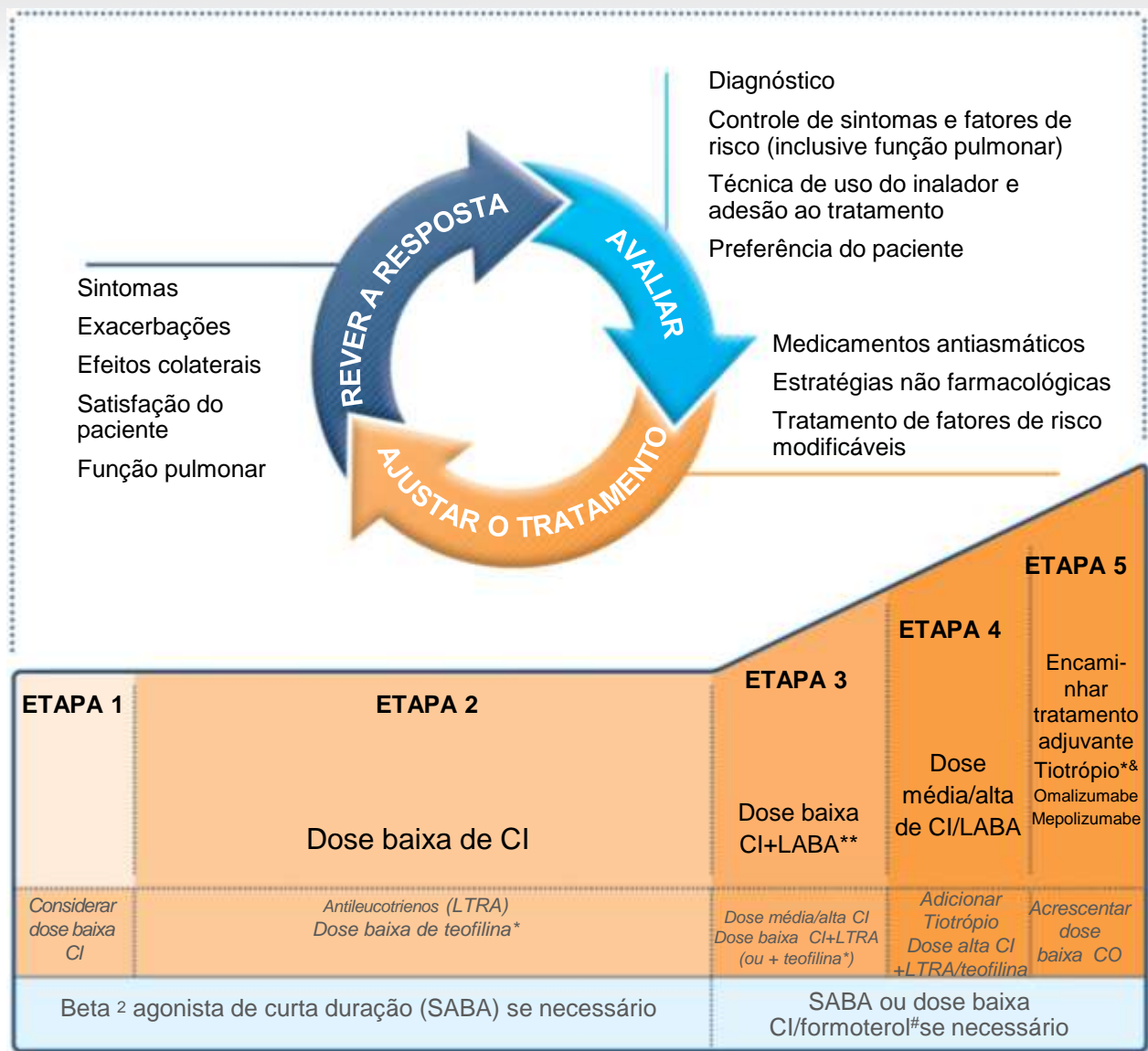


- Antes de começar o tratamento inicial de controle
  - Registrar evidências que confirmam o diagnóstico de asma, se possível
  - Registrar o controle de sintomas e fatores de risco, inclusive função pulmonar
  - Analisar os fatores que influenciam na escolha do tratamento desse paciente
  - Verificar se o paciente consegue usar o inalador de maneira correta
  - Agendar uma consulta de seguimento/retorno
- Depois de começar o tratamento inicial de controle
  - Avaliar a resposta depois de 2 a 3 meses ou de acordo com a urgência clínica
  - Fazer ajuste no tratamento (inclusive tratamentos não farmacológicos)
  - Considerar voltar à etapa anterior quando a asma estiver bem controlada durante 3 meses

# Abordagem por etapas para controlar os sintomas de asma e reduzir os riscos



# Tratamento por etapas - farmacoterapia



\*Não se recomenda teofilina <12 anos  
 \*\* De 6 e 11 anos de idade; o tratamento preferido na Etapa 3 é dose média de CI

#Para pacientes que estão usando BDP/formoterol ou BUD/formoterol como terapia de manutenção e de alívio

& Tiotropio é tratamento adicional pacientes >12 anos com história de exacerbações

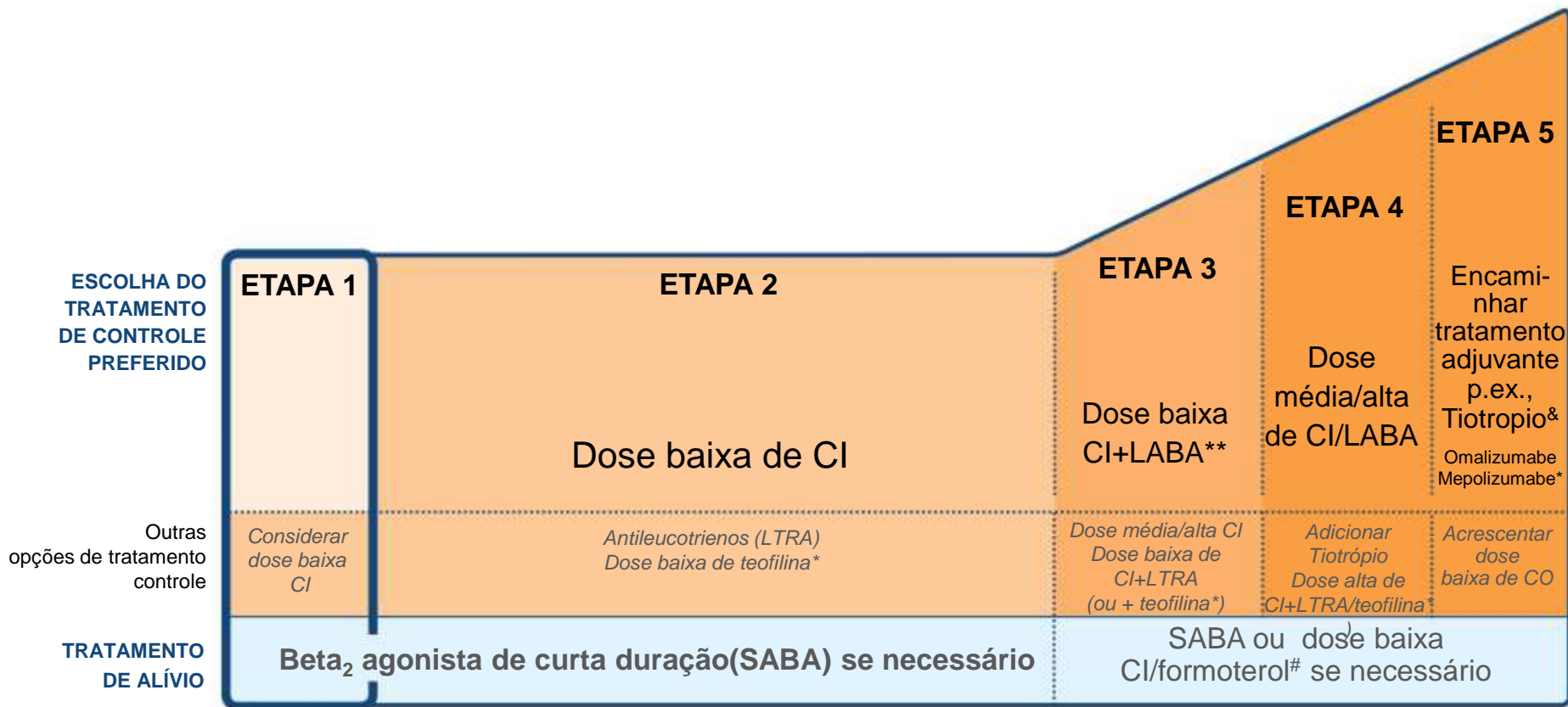
# Tratamento por etapas – componentes adicionais



## LEMBRE-SE DE...

- Fornecer educação sobre autotratamento orientado
- Tratar fatores de risco modificáveis e comorbidades
- Aconselhar sobre terapias e estratégias não farmacológicas
- Considerar passar para a etapa seguinte em caso de sintomas não controlados, exacerbações ou riscos, mas primeiro verificar o diagnóstico, a técnica de uso do inalador e a adesão ao tratamento
- Considerar voltar para a etapa anterior em caso de sintomas controlados durante 3 meses + risco baixo de exacerbações. Não é aconselhável interromper o tratamento com CI

# Etapa 1 – beta<sub>2</sub>-agonista de curta duração (SABA) conforme a necessidade



\*Não se recomenda teofilina para crianças entre 6 e 11 anos de idade; o

\*\*tratamento preferido na Etapa 3 é dose média de CI

# Para pacientes que estão usando BDP/formoterol ou BUD/formoterol como terapia de manutenção e de alívio

& Tiotrópio é tratamento adicional pacientes >12 anos com história de exacerbações

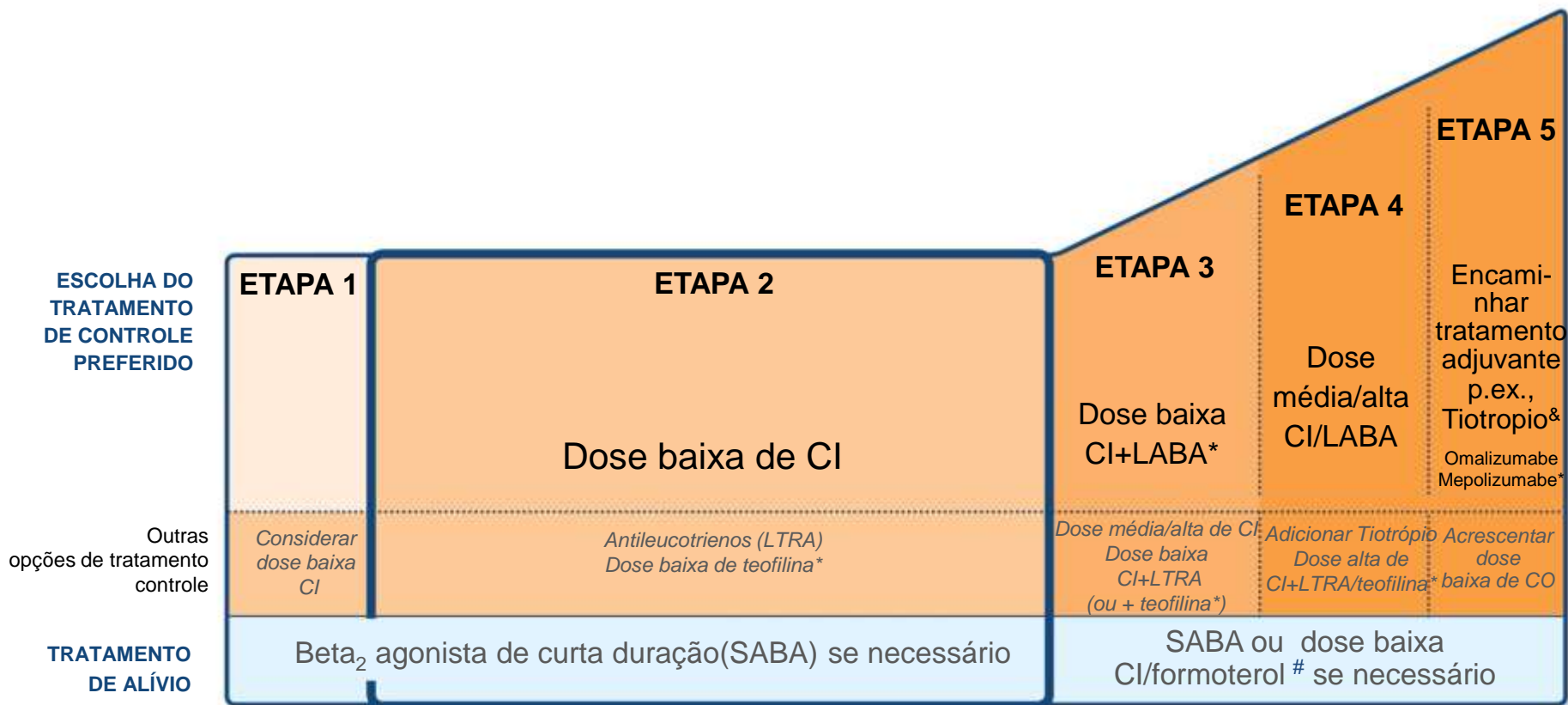


# Etapa 1 – medicação inalada de alívio conforme a necessidade



- Opção preferida: beta<sub>2</sub> agonista de curta duração conforme a necessidade (SABA)
  - SABAs são altamente eficazes para o alívio de sintomas da asma
  - Porém .... não existem evidências suficientes sobre a segurança do tratamento da asma com SABA apenas
  - Essa opção deve ser reservada para pacientes com sintomas pouco frequentes (menos de duas vezes por mês) de curta duração e sem fatores de risco de exacerbações
- Outras opções
  - Considerar acrescentar dose baixa de corticosteroide inalatório (CI) para pacientes com risco de exacerbações

# Etapa 2 – dose baixa de medicação de controle + SABA inalatório conforme a necessidade



\*Não se recomenda teofilina para crianças entre 6 e 11 anos de idade; o

\*\*Tratamento preferido na Etapa 3 é dose média de CI

# Para pacientes que estão usando BDP/formoterol ou BUD/formoterol como terapia de manutenção e de alívio

& Tiotrópio é tratamento adicional pacientes >12 anos com história de exacerbações

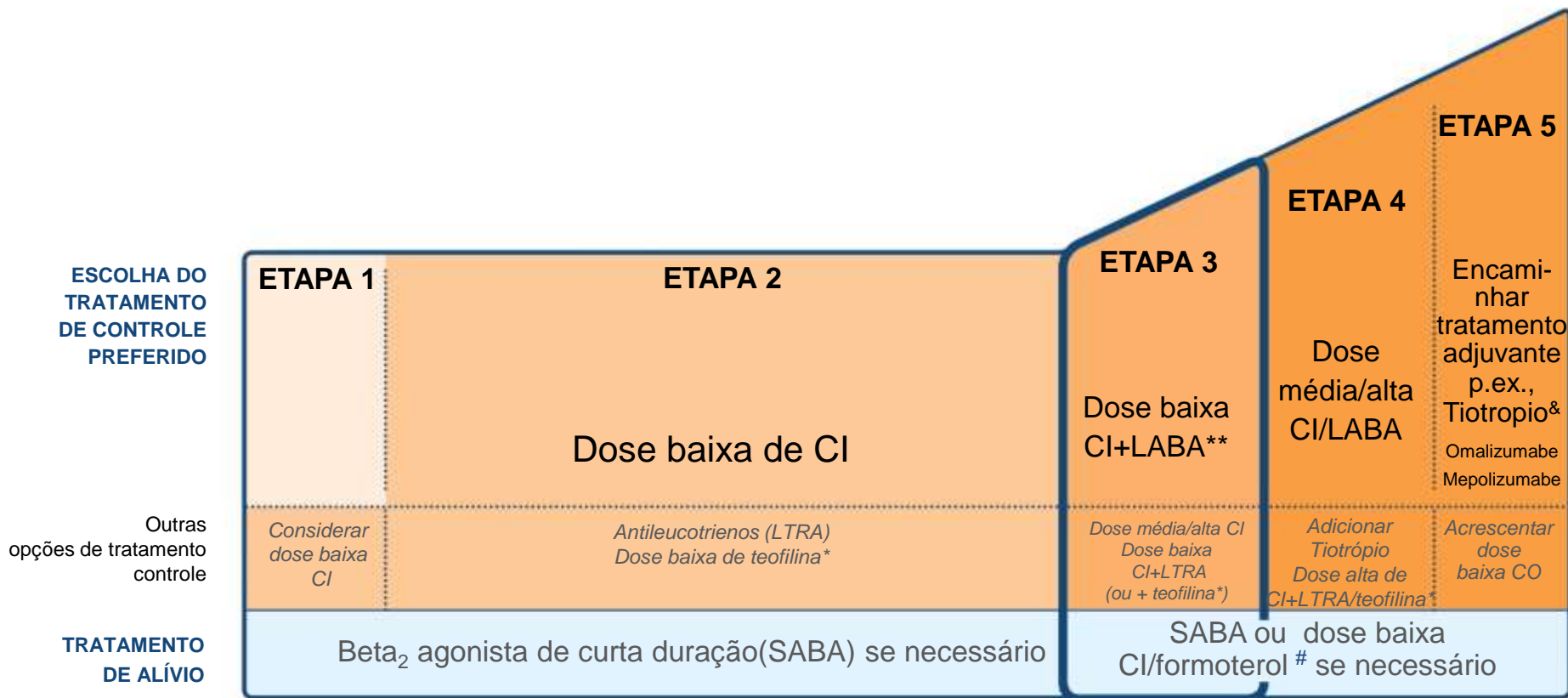




## Etapa 2 – Baixa dose de medicação de controle + SABA de alívio conforme a necessidade

- Opção preferida: dose baixa regular de CI com SABA inalado conforme a necessidade
  - Dose baixa de CI reduz os sintomas, os riscos de exacerbações e hospitalização, e morte relacionadas à asma
- Outras opções
  - Antagonistas de receptores de leucotrienos (LTRA) com SABA conforme a necessidade
    - Menos eficazes que doses baixas de CI
    - Podem ser usados para alguns pacientes que têm asma e rinite alérgica ou caso o paciente não vá usar CI
  - Combinação de CI em dose baixa/beta<sub>2</sub> agonista de longa duração (LABA) com SABA conforme a necessidade
    - Reduz os sintomas e melhora a função pulmonar em comparação com CI
    - Mais caro e não é mais eficaz para reduzir as exacerbações
  - Uso intermitente de CI com SABA conforme a necessidade para o tratamento de asma sazonal puramente alérgica sem sintomas nos intervalos
    - Iniciar CI imediatamente após o início dos sintomas e continuar durante 4 semanas depois do fim da estação da polinização

# Etapa 3 - um ou dois medicamentos de controle + medicamento inalado de alívio conforme a necessidade



Não se recomenda teofilina para crianças entre 6 e 11 anos de idade; o

\*\*Tratamento preferido na Etapa 3 é dose média de CI

# Para pacientes que estão usando BDP/formoterol ou BUD/formoterol como terapia de manutenção e de alívio

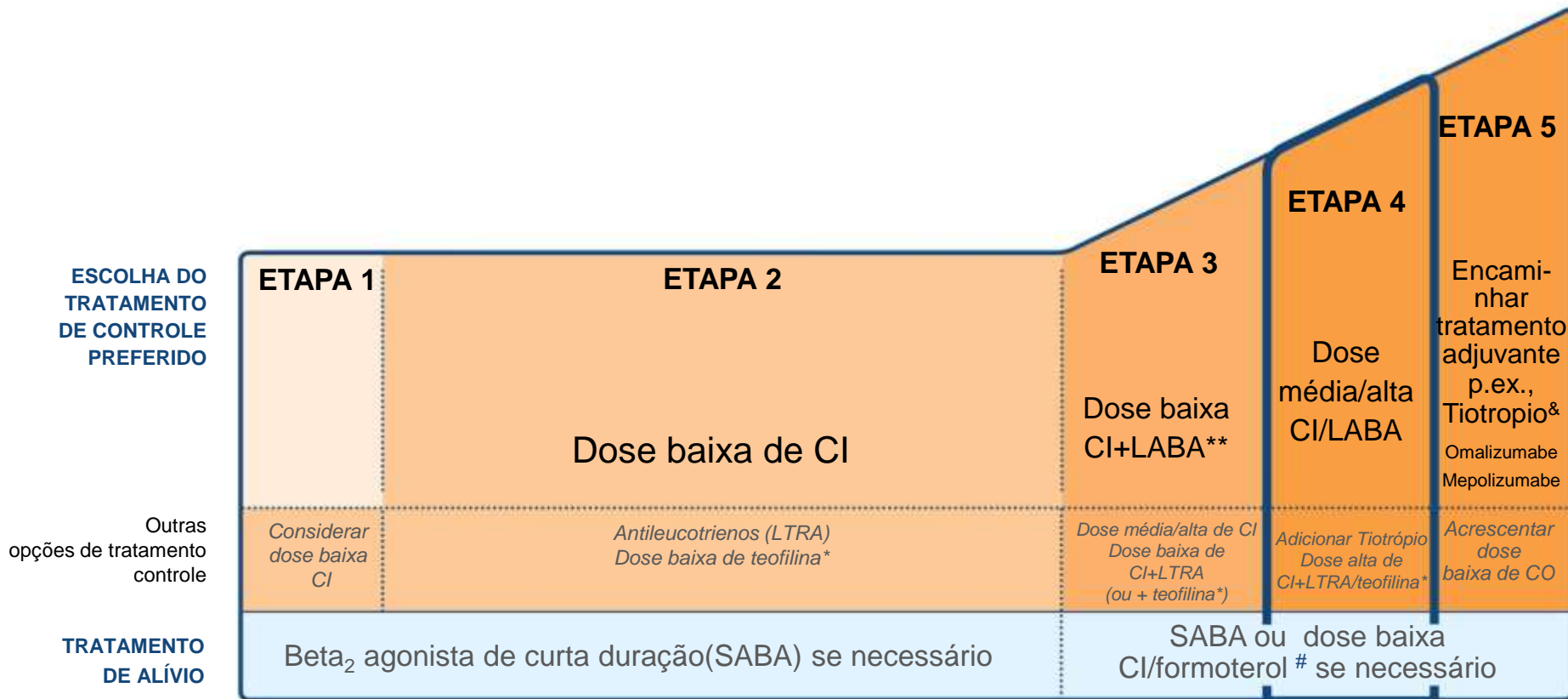
& Tiotrópio é tratamento adicional pacientes >12 anos com história de exacerbações

## Etapa 3 - um ou dois medicamentos de controle + medicamento inalado de alívio conforme a necessidade

- Antes de considerar passar para a etapa seguinte
  - Verificar a técnica de uso do inalador e a adesão ao tratamento, confirmar diagnóstico
- Adultos/adolescentes: as opções preferidas são combinação de dose baixa de CI/LABA de manutenção com SABA conforme a necessidade OU combinação de dose baixa de CI/formoterol de manutenção e alívio\*
  - A adição de LABA reduz os sintomas e exacerbações e aumenta o valor de  $VEF_1$ , ao mesmo tempo em que permite reduzir a dose de CI
  - No caso de pacientes de risco, o esquema de manutenção e alívio reduz significativamente as exacerbações com nível semelhante de controle de sintomas e doses menores de CI em comparação com outros esquemas de tratamento
- Crianças de 6 a 11 anos de idade: a opção preferida é dose média de CI com SABA conforme a necessidade
- Outras opções
  - Adultos/adolescentes: Aumentar a dose de CI ou adicionar LTRA ou teofilina (menos eficaz que CI/LABA)
  - Crianças de 6 a 11 anos de idade – adicionar LABA (efeito semelhante ao de aumentar CI)

\*Aprovado apenas para doses baixas de beclometasona/formoterol e doses baixas de budesonida/formoterol

# Etapa 4 - dois ou mais medicamentos de controle + medicamento inalado de alívio conforme a necessidade



Não se recomenda teofilina para crianças entre 6 e 11 anos de idade; o

\*\*Tratamento preferido na Etapa 3 é dose média de CI

# Para pacientes que estão usando BDP/formoterol ou BUD/formoterol como terapia de manutenção e de alívio

& Tiotrópio é tratamento adicional pacientes >12 anos com história de exacerbações

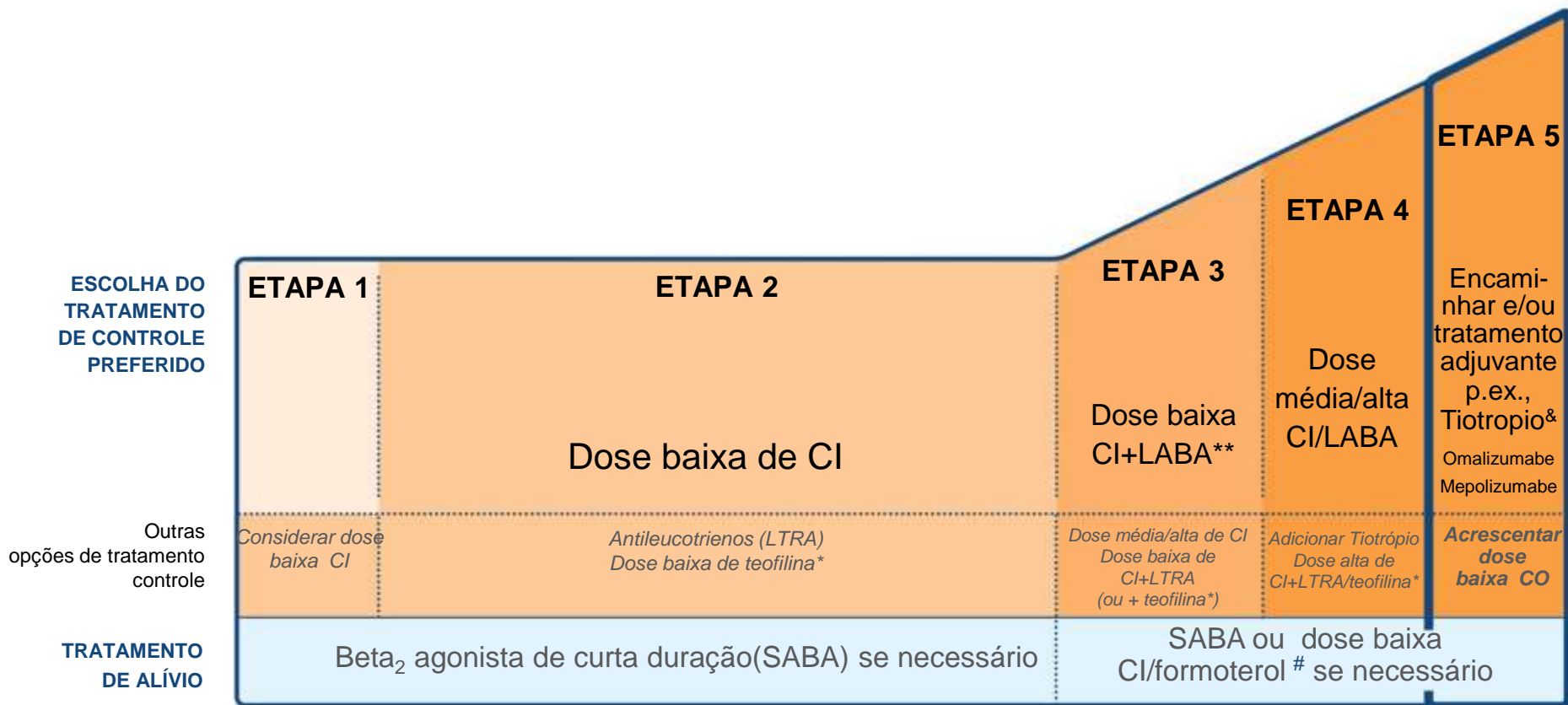
## Etapa 4 - dois ou mais medicamentos de controle + medicamento inalado de alívio conforme a necessidade



- Antes de considerar passar para a etapa seguinte
  - Verificar a técnica de uso do inalador e a adesão ao tratamento
- Adultos ou adolescentes: a opção preferida é a combinação de dose baixa de CI/formoterol de manutenção e alívio\* OU a combinação de dose média de CI/LABA com SABA conforme a necessidade
- Crianças de 6 a 11 anos de idade: a opção preferida é encaminhar o paciente para avaliação de um especialista
- Outras opções (adultos ou adolescentes)
  - Tiotrópio Respimat® pode ser usado como terapia adicional em adultos com  $\geq 18$  anos com história de exacerbações frequentes
  - Tentar a combinação de dose alta de CI/LABA, porém poucos benefícios adicionais e riscos aumentados de efeitos colaterais
  - Aumentar a frequência da administração (para inaladores contendo budesonida)
  - Acrescentar LTRA ou dose baixa de teofilina

\*Aprovado apenas para doses baixas de beclometasona/formoterol e doses baixas de budesonida/formoterol

# Etapa 5 – referir para um centro especializado e/ou tratamento adjuvante



Não se recomenda teofilina para crianças entre 6 e 11 anos de idade; o

\*\*Tratamento preferido na Etapa 3 é dose média de CI

# Para pacientes que estão usando BDP/formoterol ou BUD/formoterol como terapia de manutenção e de alívio

& Tiotrópio é tratamento adicional pacientes >12 anos com história de exacerbações



## Etapa 5 – referir para um centro especializado asma grave e/ou tratamento adjuvante



- A opção preferida é o encaminhamento para a avaliação de um especialista e consideração de um tratamento adjuvante
  - Caso sintomas não controlados ou exacerbações persistam apesar do tratamento da Etapa 4, verificar a técnica de uso do inalador e a adesão ao tratamento antes de encaminhar a um especialista
  - Adicionar Tiotrópio pacientes  $\geq 12$  anos com história de exacerbações
  - Adicionar Omalizumabe (anti-IgE) pacientes asma alérgica grave
  - Adicionar Mepolizumabe (anti-IL5) asma grave eosinofílica ( $\geq 12$  anos)
- Outras opções de tratamento complementar na Etapa 5 são:
  - Tratamento orientado pelo exame do escarro: pode ser feito em centros especializados; reduz as exacerbações e/ou a dose de corticosteroide
  - Acrescentar dose baixa de corticosteroide oral (equivalente a  $\leq 7,5$ mg/dia de prednisona): pode ser benéfico para alguns pacientes, embora cause efeitos colaterais sistêmicos significativos. Avaliação e controle de osteoporose
  - Para mais detalhes, consultar Diretrizes para Asma Grave (Chung et al, ERJ 2014)

## Dose baixa, média e alta de corticosteroides inalados Adultos e adolescentes ( $\geq 12$ anos)

Corticosteroide inalatório	Dose diária total (mcg)		
	Baixa	Média	Alta
Dipropionato de beclometasona (CFC)	200–500	>500–1000	>1000
Dipropionato de beclometasona (HFA)	100–200	>200–400	>400
Budesonida (IPO)	200–400	>400–800	>800
Ciclesonida (HFA)	80–160	>160–320	>320
Propionato de Fluticasona (IPO)	100	---	200
Propionato de fluticasona (IPO ou HFA)	100–250	>250–500	>500
Furoato de mometasona	110–220	>220–440	>440
Acetonida de triancinolona	400–1000	>1000–2000	>2000

- A maior parte dos benefícios clínicos dos CI é observada com doses baixas
- Doses altas são arbitrárias, mas na maioria dos casos, o uso prolongado de CI é associado com maior risco de efeitos colaterais sistêmicos



# Doses baixas, médias e altas de corticosteroides inalados

## Crianças de 6 a 11 anos

Corticosteroide inalatório	Dose diária total (mcg)		
	Baixa	Média	Alta
Dipropionato de beclometasona (CFC)	100–200	>200–400	>400
Dipropionato de beclometasona (HFA)	50–100	>100–200	>200
Budesonida (IPO)	100–200	>200–400	>400
Budesonida (nebulizador)	250–500	>500–1000	>1000
Ciclesonida (HFA)	80	>80–160	>160
Propionato de fluticasona (IPO)	100–200	>200–400	>400
Propionato de fluticasona (HFA)	100–200	>200–500	>500
Furoato de mometasona	110	≥220–<440	≥440
Acetonida de triancinolona	400–800	>800–1200	>1200

- **Esta não é uma tabela de equivalência, mas, sim de comparabilidade clínica estimada**
- **A maior parte dos benefícios clínicos dos CI é observada com doses baixas**
- **Doses altas são arbitrárias, mas na maioria dos casos, o uso prolongado de CI é associado com maior risco de efeitos colaterais sistêmicos**

# Avaliação da resposta e ajuste no tratamento

- Com que frequência a asma deve ser avaliada?
  - 1 a 3 meses depois do início do tratamento; depois, a cada 3 a 12 meses
  - Durante a gestação, a cada 4 a 6 semanas
  - Após uma exacerbação, no prazo de 1 semana
- Passar para a etapa seguinte de tratamento
  - *Manter a nova etapa*, por no mínimo 2 a 3 meses, se a asma estiver não controlada
    - Importante: verificar primeiro se existem problemas comuns (sintomas não causados pela asma, técnica incorreta de uso do inalador, baixa adesão ao tratamento)
  - *Subir etapa por curta duração*, 1 a 2 semanas por ex., durante uma infecção viral ou exposição a alérgeno
    - Pode ser iniciado pelo próprio paciente de acordo com um plano de ação por escrito
  - *Ajuste diário no tratamento*
    - No caso de pacientes que estão usando dose baixa de CI/formoterol como tratamento de manutenção e alívio dos sintomas\*
- Redução do tratamento da asma
  - Considerar reduzir o tratamento depois de obtido um bom controle da asma por 3 meses
  - Identificar a dose eficaz individual mais baixa que controle tanto os sintomas quanto as exacerbações



\*Aprovado apenas para doses baixas de beclometasona/formoterol e doses baixas de budesonida/formoterol

# Princípios gerais para a redução do tratamento de controle

- **Objetivo**
  - Identificar a dose mais baixa que controle tanto os sintomas como as exacerbações e reduza ao mínimo os riscos de efeitos colaterais
- **Quando considerar a redução do tratamento**
  - Quando os sintomas estiverem bem controlados e a função pulmonar estiver estável por  $\geq 3$  meses
  - Paciente sem infecção respiratória recente, não vai viajar neste período, não gestantes
- **Preparar para a redução do tratamento**
  - Documentar nível de controle dos sintomas e analisar os fatores de risco
  - Verificar se o paciente tem um plano de ação por escrito para asma
  - Agendar uma consulta de reavaliação para daqui a 1 a 3 meses
- **Fazer uma redução escalonada usando as formulações disponíveis**
  - Reduzir de 25% a 50% as doses de CI, em intervalos de 3 meses é viável e seguro para a maioria dos pacientes
  - Consultar a estratégia GINA 2014 *on line*, Quadro 3-7, para opções de reduções específicas do tratamento
- **Não é recomendado interromper o tratamento com CI em adultos com asma**

# Tratamento de fatores de risco modificáveis

- Oferecer apoio e instruções para o autotratamento orientado da asma
  - Abrange automonitoramento de sintomas e/ou PFE, um plano de ação por escrito e avaliação médica periódica
- Prescrever medicações ou esquemas de tratamento que minimizem as exacerbações
  - Medicações de controle que contêm CI reduzem o risco de exacerbações
  - No caso de pacientes com  $\geq 1$  exacerbação no ano anterior, considerar um esquema de manutenção e alívio com doses baixas de CI/formoterol\*
- Estimular o paciente a evitar a exposição à fumaça de cigarro (fumante ativo ou passivo)
  - Em todas as consultas, fornecer aconselhamento e recursos para que os pacientes parem de fumar
- Pacientes com asma grave
  - Encaminhar para um centro especializado, se houver, para consideração de tratamentos adicionais e/ou tratamento orientado pelo exame do escarro
- Pacientes com alergia alimentar confirmada:
  - Evitar alimentos causadores de alergia
  - Garantir a disponibilidade de epinefrina injetável para o caso de anafilaxia

\*Aprovado apenas para doses baixas de beclometasona/formoterol e doses baixas de budesonida/formoterol

# Intervenções não farmacológicas



- Evitar exposição à fumaça de cigarro
  - Em todas as consultas, fornecer aconselhamento e recursos para que os pacientes parem de fumar; recomendar não expor crianças à fumaça de cigarro (em casa, no carro)
- Atividade física
  - Recomendar aos pacientes que pratiquem regularmente uma atividade física devido aos benefícios para a saúde em geral. Oferecer aconselhamento sobre broncoconstrição induzida pelo exercício
- Asma ocupacional
  - Perguntar a todos os pacientes com asma de início na idade adulta sobre seu histórico laboral. Eliminar os agentes sensibilizantes o mais rápido possível. Encaminhar o paciente para avaliação de um especialista, se possível
- Evitar medicações que possam agravar a asma
  - Perguntar sempre se o paciente tem asma antes de prescrever AINES ou betabloqueadores
- Eliminar a umidade e mofo nas casas
  - Reduz sintomas de asma e uso de medicação em adultos
- (Evitar exposição a alérgenos)
  - (Não se recomenda evitá-los como estratégia geral de tratamento da asma)
- Para obter mais detalhes, consultar GINA *on line*, Quadro 3-9, e o Anexo específico

# Indicações para considerar encaminhamento, onde for possível

- Dificuldade de confirmar o diagnóstico de asma
  - Sintomas sugestivos de infecção crônica, doença cardíaca, etc.
  - Diagnóstico inconclusivo mesmo depois de uma tentativa de tratamento
  - Características de asma e DPOC, em caso de dúvida sobre o tratamento
- Suspeita de asma ocupacional
  - Encaminhar para testes confirmatórios, identificação do agente sensibilizante, recomendações quanto à eliminação de exposição, tratamento farmacológico
- Asma persistente não controlada ou exacerbações frequentes
  - Sintomas não controlados ou exacerbações em curso ou valor baixo de  $VEF_1$  apesar da técnica correta de uso do inalador e de boa adesão ao tratamento na Etapa 4
  - Idas frequentes a serviços de saúde devido à asma
- Fatores de risco para morte relacionada à asma
  - Exacerbação quase fatal no passado
  - Anafilaxia ou alergia alimentar confirmada com asma

# Indicações para considerar encaminhamento, onde for possível



- Efeitos colaterais significativos (ou risco de efeitos colaterais)
  - Efeitos colaterais sistêmicos significativos
  - Necessidade de uso prolongado de corticosteroides orais ou como cursos de tratamento frequentes
- Sintomas sugestivos de complicações ou subtipos de asma
  - Polipose nasal e reações a AINES (pode ser doença respiratória exacerbada por aspirina)
  - Eliminação crônica de escarro, imagem de sombras observadas na radiografia pulmonar (pode ser aspergilose broncopulmonar alérgica)
- Outras razões para encaminhamento de crianças de 6 a 11 anos de idade
  - Dúvidas sobre o diagnóstico, por ex., sintomas desde o nascimento
  - Sintomas ou exacerbações continuam não controladas
  - Suspeita de efeitos colaterais do tratamento, por ex., déficit de crescimento
  - Asma com alergia alimentar confirmada

# Auto tratamento orientado de asma e treinamento de habilidades



## Componentes essenciais:

- Treinar o paciente a usar o inalador da maneira correta
- Estimular adesão ao tratamento com medicações, visitas aos serviços de saúde
- Informações sobre asma
- Apoio ao autotratamento orientado
  - Automonitoramento dos sintomas e/ou PFE
  - Plano de ação por escrito para asma
  - Avaliação periódica de um profissional de saúde



# Oferecer treinamento prático no uso do inalador

## Escolher

- Escolher um dispositivo apropriado antes de prescrever. Considerar as opções de medicação, artrite, habilidades do paciente e custo. No caso de CI administrado por IP, prescrever um espaçador
- Evitar vários tipos diferentes de inalador, se possível

# Oferecer treinamento prático no uso do inalador

## Escolher

- Escolher um dispositivo apropriado antes de prescrever. Considerar as opções de medicação, artrite, habilidades do paciente e custo. No caso de CI administrado por IDP, prescrever um espaçador
- Evitar vários tipos diferentes de inalador, se possível

## Verificar

- Verificar a técnica do paciente no uso do inalador, sempre que possível – “*Você pode me mostrar como usa seu inalador atualmente?*”
- Identificar os erros com base em uma lista de verificação específica para aquele inalador

# Oferecer treinamento prático no uso do inalador

## Escolher

- Escolher um dispositivo apropriado antes de prescrever. Considerar as opções de medicação, artrite, habilidades do paciente e custo. No caso de CI administrado por IDP, prescrever um espaçador
- Evitar vários tipos diferentes de inalador, se possível

## Verificar

- Verificar a técnica do paciente no uso do inalador, sempre que possível – “*Você pode me mostrar como usa seu inalador atualmente?*”
- Identificar os erros com base em uma lista de verificação específica para aquele inalador

## Corrigir

- Fazer uma demonstração de como usar o inalador corretamente
- Verificar novamente (até 2 a 3 vezes)
- Verificar com frequência a técnica de uso do inalador, uma vez que os erros costumam se repetir no prazo de 4 a 6 semanas

# Oferecer treinamento prático no uso do inalador

## Escolher

- Escolher um dispositivo apropriado antes de prescrever. Considerar as opções de medicação, artrite, habilidades do paciente e custo. No caso de CI administrado por IDP, prescrever um espaçador
- Evitar vários tipos diferentes de inalador, se possível

## Verificar

- Verificar a técnica do paciente no uso do inalador, sempre que possível – “*Você pode me mostrar como usa seu inalador atualmente?*”
- Identificar os erros com base em uma lista de verificação específica para aquele inalador

## Corrigir

- Fazer uma demonstração de como usar o inalador corretamente
- Verificar novamente (até 2 a 3 vezes)
- Verificar com frequência a técnica de uso do inalador, uma vez que os erros costumam se repetir no prazo de 4 a 6 semanas

## Confirmar

- Você consegue demonstrar a técnica correta de uso dos inaladores que prescreve?
- O treinamento rápido das técnicas de uso do inalador melhora o controle da asma

# Verificar a adesão às medicações para asma



- **Baixa adesão:**
  - É muito comum: estima-se que 50% dos adultos e crianças não tomem os medicamentos de controle conforme a prescrição médica
  - Contribui para sintomas não controlados, risco de exacerbações e morte relacionada à asma
- **Fatores causais**
  - Não intencionais (p. ex., esquecimento, custo, confusão) e/ou
  - Intencionais (p. ex., não conscientização necessidade tratamento regular, medo dos efeitos colaterais, questões culturais, custo)
- **Como identificar os pacientes com baixa adesão:**
  - Fazer uma pergunta empática, p. ex. *“Você acha mais fácil se lembrar de tomar a medicação pela manhã ou à noite?”*, ou *“Você diria que está tomando a medicação 3 dias por semana, menos ou mais?”*
  - Verificar a data da prescrição, a data de validade do medicamento e o contador de doses
  - Perguntar sobre suas crenças/mitos e preocupações relacionadas com as medicações

# Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento de asma



- Poucas intervenções foram estudadas de maneira mais rigorosa e consideradas eficazes para aumentar a adesão ao tratamento
  - Decisão compartilhada (profissional de saúde/paciente)
  - Simplificação do esquema de tratamento (uma vs. duas vezes/dia)
  - Educação abrangente e detalhada sobre asma com visitas domiciliares de enfermeiras
  - Lembretes para não esquecer de usar as doses do inalador
  - Análise dos registros detalhados de fornecimento/dispensação de medicamentos aos pacientes (dia prescrição, doses/dia, tipo de inalador, ajustes medicação)

# "Instruções sobre autotratamento orientado"



- Altamente eficaz na melhora dos desfechos da asma
  - Menos hospitalizações, idas ao pronto-socorro, sintomas, despertares noturnos e tempo afastado do trabalho; melhor função pulmonar e melhor qualidade de vida
- Três componentes essenciais
  - Automonitoramento dos sintomas e/ou PFE
  - Plano de ação por escrito
    - Descrever como reconhecer e agir diante de piora do quadro asmático
    - Individualizar o plano de acordo com os conhecimentos de saúde e autonomia do paciente
    - Instruir sobre uma mudança no CI e como/quando adicionar CO
    - Se estiver usando PFE, basear o plano de ação no melhor valor pessoal, e não no valor previsto
  - Avaliações médicas periódicas

# Avaliação de pacientes com asma grave



- Confirmar o diagnóstico de asma
  - Considerar outros diagnósticos ou fatores que contribuem para os sintomas, como disfunção/discinesia das vias aéreas superiores, DPOC, infecções respiratórias recorrentes
- Pesquisar a existência de comorbidades
  - Sinusite crônica, obesidade, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), apneia obstrutiva do sono, transtornos psicológicos ou psiquiátricos
- Verificar a técnica de uso do inalador e a adesão à medicação
- Investigar exposição ambiental persistente
  - Substâncias alergênicas ou tóxicas (domésticas ou ocupacionais)



# Tratamento de asma grave



- Otimizar a dose de CI/LABA
  - Resistência total ao CI é rara
  - Considerar um teste terapêutico com doses mais altas
- Considerar o uso de dose baixa de corticosteroide oral como terapia de manutenção
  - Monitorar e tratar os efeitos colaterais, incluindo osteoporose
- Terapias adjuvantes sem fenotipagem
  - Tiotrópio – Reduz exacerbações (história exacerbações, idade  $\geq 12$  anos)
  - Teofilina, antileucotrieno - poucos benefícios
- Tratamento orientado pelo fenótipo
  - Asma alérgica grave: adicionar anti-IgE (omalizumabe)
  - Asma grave eosinofílica: adicionar anti-IL5 (mepolizumabe)
  - Tratamento orientado por escarro induzido para reduzir exacerbações e/ou a dose de corticosteroide
  - Doença respiratória exacerbada por aspirina (DREA): considere adicionar um antileucotrieno
- Intervenções não farmacológicas
  - Considerar o uso de termoplastia brônquica para pacientes selecionados
  - Programa abrangente/detalhado para promover adesão ao tratamento
- Para estratégias detalhadas, consultar Chung *et al*, ERJ 2014

# Manejo da asma em locais com baixa renda



- Onde?
  - Locais com baixa renda podem ser encontrados não somente em países de media e baixa renda, mas também em nações ricas
- Diagnostico em locais de baixa renda
  - Até 50% asma não diagnosticada, até 34% sobre diagnosticada
  - Perguntar sobre sintomas sugestivos de infecções respiratórias crônicas como, por exemplo, Tuberculose
  - Medidores pico fluxo são recomendados pela OMS como instrumentos essenciais do Programa de Intervenções para Doenças Não Infecciosas (WHO-PEN)
- Manejo asma em locais com baixa renda
  - A estratégia GINA de tratamento por etapas inclui opções para locais de baixa renda
  - Priorizar a abordagem mais custo-efetiva; inclua “CI e SABA”
  - Organize capacitação para o grupos de atenção primária (Saúde da Família), incluindo enfermeiros e farmacêuticos
  - WHO-PEN recomenda inclusão uso pico de fluxo como essencial, e oxímetros se os recursos permitirem