

DIAGNÓSTICO

Resumo da abordagem diagnóstica do IPAG

O diagnóstico de um paciente com uma doença crónica das vias respiratórias requer uma abordagem centrada nos sintomas e um conhecimento das doenças presentes e prevalentes na comunidade em que o paciente se insere.

Para facilitar o diagnóstico dos pacientes com doença crónica das vias respiratórias desenvolveram-se uma série de Questionários contendo perguntas validadas, após revisão da literatura médica, como sendo as de maior valor diagnóstico. Essas perguntas essenciais de avaliação diagnóstica determinam a probabilidade da presença das doenças crónicas das vias respiratórias comuns em clínica geral: asma, rinite alérgica e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). O seu objectivo é facilitar o levantamento da história clínica do paciente de uma forma estruturada e proporcionar, assim, todos os dados clínicos necessários, bem como o exame físico e a avaliação da situação do paciente.

Os Questionários estão associados a uma série de Guias Diagnósticos, pertencentes a várias “Sequências de árvores de decisão diagnóstico”, para ajudar o clínico a investigar mais a fundo um diagnóstico suspeito. Os Questionários e os Guias de Diagnóstico aqui apresentados são simplesmente ferramentas auxiliares para a realização do diagnóstico clínico, e não têm a intenção de substituir a avaliação por um alergologista, pneumologista, ou outro especialista em doenças respiratórias.

O diagnóstico diferencial completo das doenças respiratórias crónicas é extenso e os pacientes em que não seja possível estabelecer claramente um diagnóstico deverão ser referenciados para avaliação por um especialista.

Recolha de dados clínicos

Para os casos em que se suspeita de doença crónica das vias respiratórias, dever-se-á efectuar uma história clínica completa do paciente, assim como o exame físico e exames complementares. Há vários pontos-chave que deverão ser avaliados durante este processo:

Caracterizar o problema

Alguns dos sintomas mais comuns das doenças crónicas das vias respiratórias referidos pelos pacientes que consultam o seu médico de clínica geral são a tosse, os sibilos, a dificuldade em respirar, a falta de ar, a congestão do peito, a rinorreia (“pingo” nasal) e o prurido

nasal (incluindo os sintomas associados ao exercício físico). Uma vez estabelecida uma relação coerente entre os sintomas referidos e uma doença das vias respiratórias, caracterize melhor o problema utilizando os três modos seguintes:

Estabelecer a cronicidade

Uma resposta afirmativa a qualquer destas perguntas sugere que o problema é crónico:

- O paciente tem sintomas durante a maior parte dos meses do ano?
- O paciente tem sintomas durante a maior parte dos dias de alguns meses do ano?
- Os sintomas ocorrem de modo regular (isto é, sazonalmente, mensalmente, etc.)?

Excluir causas não respiratórias ou outras causas

Uma resposta afirmativa a qualquer das seguintes perguntas sugere que se deverá considerar a possibilidade de uma etiologia não respiratória em crianças de idade igual ou superior a 6 anos e em adultos:

- Há evidência de doença cardíaca? (Dor torácica, palpitações, edema, dispneia paroxística nocturna, diaforese, etc.)
- Há evidência de refluxo gastroesofágico? (Dispepsia, azia, sialorreia)
- Existem sinais de doença sistémica ou maligna? (Anemia, perda de peso recente, etc.)
- O paciente tem hemoptise ou sintomas respiratórios persistentes que não respondem ao tratamento? (Considere o cancro de pulmão ou outras doenças pulmonares crónicas.)

Excluir doenças infecciosas

As infecções respiratórias crónicas podem produzir sintomas semelhantes aos anteriormente descritos. A tuberculose, a Sida e as infecções por fungos ou parasitas podem ser causas comuns de sintomas respiratórios crónicos em algumas áreas. Uma resposta afirmativa a qualquer das seguintes perguntas deve levantar a suspeita de um processo infeccioso crónico:

- O paciente tem febre, arrepios ou suores?
- O paciente tem perdido peso? (Para as crianças: o paciente não tem crescido bem?)
- O paciente produz expectoração purulenta ou apresenta secreções nasais purulentas?

Se estes parâmetros tiverem sido avaliados e a doença

crónica das vias respiratórias parecer ainda ser uma causa provável dos sintomas do doente, então os auxiliares de diagnóstico do IPAG podem ajudar a estabelecer o diagnóstico correcto.

Utilização dos meios auxiliares de diagnóstico do IPAG

O algoritmo da Figura 1 ajuda-lo-á a seguir o processo diagnóstico uma vez que tenha recolhido os dados clínicos necessários.

Considere a idade do paciente

Comece pela idade do paciente. A epidemiologia das doenças das vias respiratórias está fortemente correlacionada com a idade; assim, a separação da população total em diferentes subgrupos segundo a idade permite uma prática abordagem inicial ao diagnóstico:

- Crianças com menos de 6 anos de idade: Considere a **asma**. A asma é, em princípio, um diagnóstico de exclusão neste grupo etário. A rinite alérgica é pouco comum em crianças com menos de 3 anos da idade.
- Crianças de 6 a 14 anos: A **asma** e a **rinite alérgica** são doenças predominantes das vias respiratórias. Considere a possibilidade de asma em pacientes com rinite alérgica, e vice-versa.
- Adultos de 15 a 39 anos: A **asma** e a **rinite alérgica** são ainda doenças comuns das vias respiratórias. Uma vez mais, considere a possibilidade da asma em pacientes que têm rinite alérgica, e vice-versa.
- Adultos de idade igual ou superior a 40 anos: A **DPOC** torna-se a doença crónica das vias respiratórias predominante. Contudo, a **asma** e a **rinite alérgica** também ocorrem neste grupo. A principal dificuldade neste grupo etário é distinguir a asma da DPOC; os factores de risco de um paciente (especialmente a exposição ao fumo de tabaco, fumo de combustíveis orgânicos, ou outros fumos nocivos em casa ou no trabalho) e os antecedentes de doença respiratória ajudam a determinar que diagnóstico se deve investigar primeiro.

Resumo da abordagem inicial ao diagnóstico baseado na idade e nos sintomas

Siga os algoritmos baseados na idade e na história clínica do paciente.

Pacientes apenas com sintomas nasais:

Siga para a Sequência de diagnóstico de rinite alérgica (página 4).
Siga os materiais diagnósticos de rinite alérgica, de cor vermelha.

Pacientes com sintomas do tracto respiratório inferior:

Crianças com menos de 6 anos de idade:

Siga para a Sequência do diagnóstico de asma na primeira infância (página 6).
Siga os materiais diagnósticos de asma de cor azul.

Crianças de 6 a 14 anos:

Siga para a Sequência do diagnóstico de asma na infância (página 7).
Siga os materiais diagnósticos de asma de cor azul.

Adultos de 15 a 39 anos:

Siga para a Sequência do diagnóstico de asma no adulto (página 9).
Siga os materiais diagnósticos de asma de cor azul.

Adultos com idade \geq 40 anos:

Fumadores (activos e/ou antigos) sem história prévia de doenças respiratórias ou sem sintomas ou tratamento respiratório regulares na actualidade:
Siga para a Sequência de diagnóstico de DPOC (página 11).
Siga os materiais diagnósticos de DPOC de cor amarela.

Não fumadores ou pacientes com diagnóstico prévio de doença respiratória ou em tratamento respiratório actual:
Siga para o Questionário de diagnóstico diferencial (página 13) para determinar se deverá seguir para a Sequência de Diagnóstico de Asma no adulto ou para a Sequência de Diagnóstico de DPOC.

Quando utilizar o Questionário indicado, a informação do paciente permitir-lhe-á retirar conclusões que o irão conduzir para o Guia de Diagnóstico apropriado.

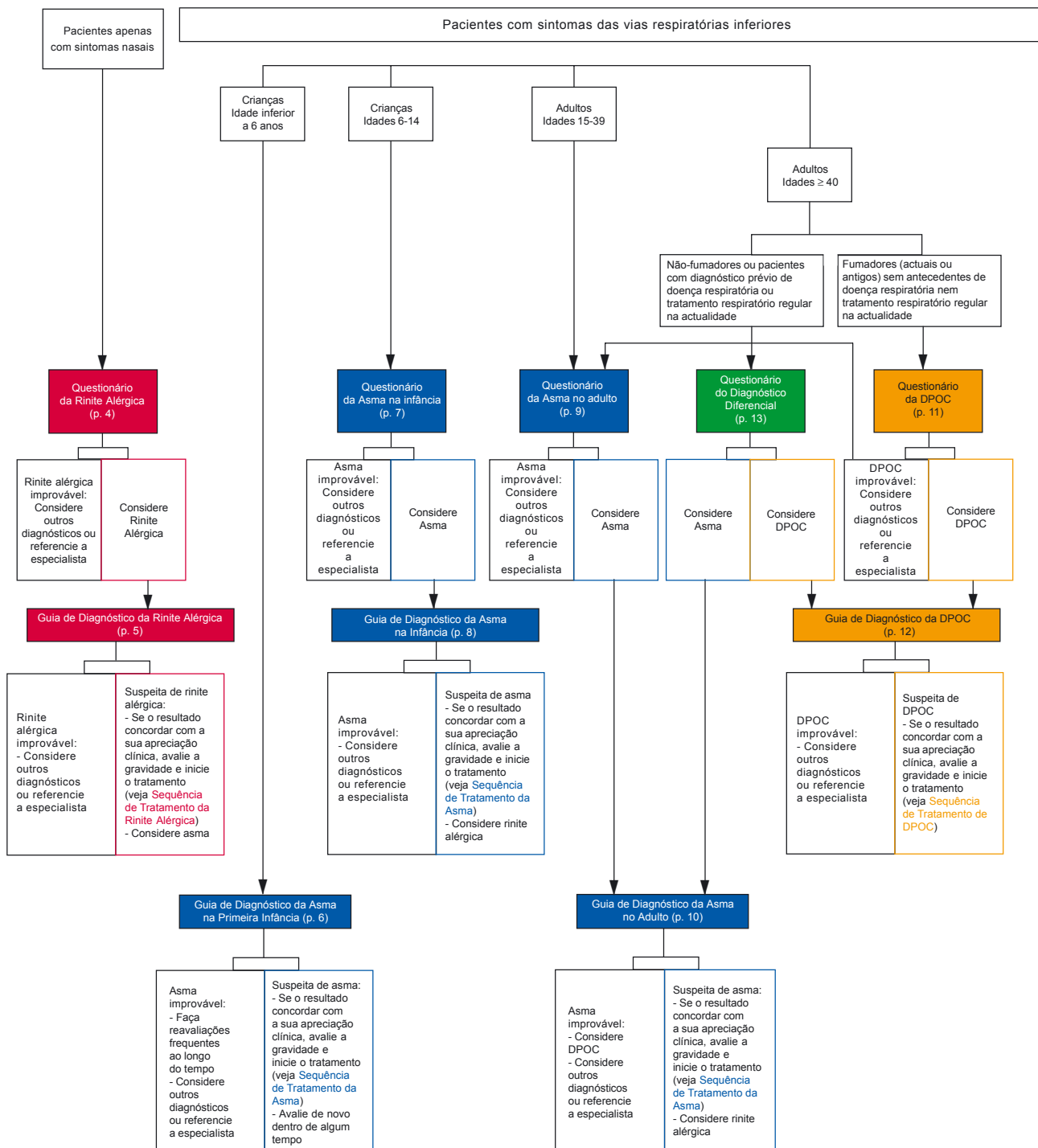
Com a orientação proporcionada pelo Guia de Diagnóstico, e no contexto da apreciação clínica global, o médico está bem posicionado para realizar um diagnóstico clínico correcto.

Com base nas suas conclusões diagnósticas, continue conforme se indica na **Figura 1**.

Uma vez realizado um diagnóstico, poderá avaliar a gravidade da doença e escolher um tratamento apropriado consultando a secção de Tratamento do Manual IPAG que se segue.

Figura 1. Algoritmo diagnóstico das doenças crónicas das vias respiratórias

Use este diagrama para pacientes com os seguintes sintomas: tosse, sibilos, dificuldade em respirar / falta de ar, aperto/congestão torácico, rinorreia (“pingo” nasal aquoso), e/ou prurido nasal (incluindo os sintomas associados ao exercício físico).



SEQUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE RINITE ALÉRGICA

Questionário de Rinite Alérgica

Instruções: Para avaliar a possibilidade de rinite alérgica, comece por fazer as seguintes perguntas.

Este questionário contém perguntas relacionadas com os sintomas de rinite alérgica que foram identificadas na bibliografia como sendo as de maior valor diagnóstico. Não conduzem a um diagnóstico definitivo, mas podem permitir-lhe determinar se deverá investigar a rinite alérgica ou se esta é improvável.

Questionário da Rinite Alérgica		
Perguntas	Respostas possíveis	
1. Tem algum dos seguintes sintomas?		
• Sintomas apenas num dos lados do nariz	Sim	Não
• Obstrução nasal sem outros sintomas	Sim	Não
• Secreção espessa purulenta, verde ou amarela, pelo nariz (ver NOTA)	Sim	Não
• Escorrência nasal posterior (que escorre pela parte de trás da garganta), com muco espesso e/ou pingo nasal (ver NOTA)	Sim	Não
• Dor facial	Sim	Não
• Hemorragias nasais recorrentes - Epistaxis	Sim	Não
• Alterações do olfacto	Sim	Não
2. Tem algum dos seguintes sintomas durante pelo menos uma hora na maior parte dos dias (ou na maior parte dos dias durante uma estação, se os seus sintomas são sazonais)?		
• “Pingo” nasal aquoso - Rinorreia	Sim	Não
• Espirros, especialmente se violentos e em salva - Esternutos	Sim	Não
• Obstrução nasal	Sim	Não
• Prurido nasal	Sim	Não
• Conjuntivite (olhos vermelhos e com prurido)	Sim	Não

REFERÊNCIA: Adaptado de Rinite Alérgica e o seu Impacto na Asma (ARIA). *Tratamento dos Sintomas da Rinite Alérgica na Farmácia: ARIA na Farmácia*. 2003. Disponível em <http://www.whiar.org>.

Avaliação:

- Os sintomas descritos na Pergunta 1 **NÃO** estão habitualmente presentes na rinite alérgica. A presença de **ALGUM** deles – uma resposta positiva a qualquer parte da Pergunta 1 – sugere que se devem investigar os diagnósticos alternativos. Considere outros diagnósticos e/ou referenciar a um especialista.
- NOTA: É provável que os pacientes com secreções purulentas e/ou escorrência nasal posterior, mas sem rinorreia aquosa, tenham sinusite, que pode por vezes ser uma complicação da rinite alérgica. Nestes casos, deverá também avaliar-se a possibilidade de se tratar de rinite alérgica.
- A presença de “pingo” nasal e de **UM OU VÁRIOS** dos outros sintomas enumerados na Pergunta 2 sugere um quadro de rinite alérgica, e indica que deverá realizar-se uma avaliação mais aprofundada. Siga para o **Guia de Diagnóstico da Rinite Alérgica**, página 5.
- A presença de **APENAS** pingo nasal sugere que **É POSSÍVEL** que o paciente tenha rinite alérgica. A sua apreciação clínica determinará se deverá seguir para o **Guia de Diagnóstico da Rinite Alérgica** (página 5).
- Se o paciente tiver espirros, prurido nasal e/ou conjuntivite, mas **NÃO** “pingo” nasal, considere outros diagnósticos alternativos e/ou referencie ao especialista.
- Em adultos com rinite de aparecimento tardio, considere e interroque o paciente quanto a possíveis causas ocupacionais. A rinite ocupacional frequentemente precede ou acompanha o desenvolvimento da asma ocupacional.
- Os pacientes em que se suspeite de uma causa ocupacional devem ser referenciados a um especialista, para a realização de outras provas objectivas e mais específicas.

Guia de Diagnóstico da Rinite Alérgica

Instruções: Em pacientes de todas as idades em que apenas existem sintomas nasais inferiores, cujas respostas ao **Questionário de Rinite Alérgica** sugerem que este diagnóstico deva ser investigado, use este guia para avaliar a possibilidade de rinite alérgica. É possível que nem todas as provas diagnósticas mencionadas neste guia estejam disponíveis em todos os centros; na maior parte dos casos, a combinação das provas diagnósticas disponíveis e da apreciação clínica do médico conduzirá a um diagnóstico clínico fiável. Este guia tem como objectivo complementar, e não substituir, um exame físico completo e uma história clínica exaustiva.

Guia de Diagnóstico da Rinite Alérgica	
Auxiliar de diagnóstico	Averiguações que apoiam o diagnóstico
Exame físico	Prega transversal do nariz, reacção alérgica nos olhos – “olheiras”, “saudação alérgica” (hábito de coçar a ponta do nariz com o indicador ou a palma da mão).
Na rinite persistente: <ul style="list-style-type: none">• A rinoscopia anterior utilizando um espéculo e um espelho fornece pouca informação• A endoscopia nasal (normalmente executada pelo especialista) pode ser necessária para excluir outras causas de rinite, pólipos nasais, e anormalidades anatómicas	Exclusão de outras causas
Prova terapêutica	Melhora com anti-histamínicos ou glucocorticosteróides intranasais.
Testes cutâneos de alergias Prick ou medição de IgE específicas de alérgenos no soro (RAST).	<ul style="list-style-type: none">• Confirmam a presença de atopia.• Identificam alérgenos específicos.

REFERÊNCIA: Adaptado de Rinite Alérgica e o seu Impacto na Asma (ARIA). *Tratamento dos Sintomas da Rinite Alérgica na Farmácia: ARIA na Farmácia*. 2003. Disponível em <http://www.whiar.org>.

Avaliação:

- Se estas provas diagnósticas e a sua apreciação clínica apoiam o diagnóstico de rinite alérgica, siga para a secção de **Tratamento da Rinite Alérgica**, página 16.
- Se as provas diagnósticas e/ou a sua apreciação clínica sugerirem que a rinite alérgica é improvável, considere outros diagnósticos ou referencie ao especialista.

SEQUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DA ASMA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Guia de Diagnóstico da Asma na Primeira Infância

Instruções: Utilize este guia para ajudá-lo a avaliar a possibilidade de asma em crianças com menos de 6 anos de idade e com sintomas das vias aéreas inferiores. É possível que nem todas as provas diagnósticas mencionadas estejam disponíveis em todos os centros; na maior parte dos casos, a combinação das provas diagnósticas disponíveis e da avaliação clínica do médico conduzirá a um diagnóstico clínico fiável. Este guia tem como objectivo complementar, e não substituir, uma história clínica e um exame físico completo.

Guia de Diagnóstico de Asma na Primeira Infância	
Auxiliar do diagnóstico	Achados que apoiam o diagnóstico
Diagnóstico diferencial	O diagnóstico da asma em crianças com menos de 6 anos é sobretudo de exclusão. A asma não é a causa mais comum de sibilos em crianças jovens; quanto mais jovem for a criança, maior é a probabilidade que os sibilos se devam a uma outra causa. O diagnóstico diferencial da asma neste grupo etário é muito diferente do das crianças de mais idade e encontra-se resumido na Figura 2 .
Exame físico	Se a criança não parecer estar doente de forma aguda, se o seu crescimento for normal, e se não houver qualquer evidência que indique especificamente outra causa para os sintomas, pode justificar-se a realização de uma prova terapêutica (ver abaixo).
Prova terapêutica (broncodilatadores)	A melhoria com o tratamento apoia o diagnóstico de asma. Porém, outras doenças, tais como a insuficiência cardíaca congestiva, podem causar sintomas semelhantes à asma e ser aliviadas por broncodilatadores. Se o paciente NÃO melhorar após uma prova terapêutica recomenda-se a sua referência para um especialista para excluir outros diagnósticos.
Reavaliação frequente	Nota: No tratamento de crianças de pouca idade com um suposto diagnóstico de asma, o clínico deverá estar preparado para reconsiderar o diagnóstico se o tratamento for ineficaz ou se a situação clínica se modificar. Em particular, nem todas as crianças jovens com sibilos por infecções respiratórias víricas desenvolvem um quadro de asma persistente durante toda a infância, pelo que, num determina do momento, pode justificar-se a interrupção da terapêutica da asma.
Quando o paciente tiver mais idade, deverão realizar-se outros exames adicionais (descritas no Guia de diagnóstico de asma na infância , p.8) para confirmar ou excluir o diagnóstico de asma.	<ul style="list-style-type: none"> • Provas de avaliação da função pulmonar (a maior parte das crianças são incapazes de realizar estas provas correctamente até aproximadamente aos 5 anos de idade): demonstração da limitação reversível do fluxo de ar, hiperreactividade das vias respiratórias, e/ou limitação do fluxo de ar variável. • Medição de IgE específicas de alérgenos no soro ou testes cutâneos de alergias (elevado número de falsos negativos em crianças de idade inferior a 3 anos): confirmam a presença de atopia e identificam alérgenos específicos.

REFERÊNCIA: Adaptado de Global Initiative for Asthma (GINA). *Pocket Guide for Asthma Management and Prevention in Children*. 2004. Disponível em <http://www.ginasthma.org>.

Avaliação:

- Se estas averiguações diagnósticas e a sua apreciação clínica apoiarem um diagnóstico de asma, siga para a secção [Sequência de Tratamento da Asma](#), página 19.
- Se as averiguações diagnósticas e/ou a sua apreciação clínica sugerirem que é improvável que se trate de um caso de asma, considere outros diagnósticos ou a referência a um especialista.

Figura 2. Diagnóstico Diferencial* em Crianças Jovens com Sibilos			
Idade	Comum	Pouco Comum	Raro
Menos de 6 meses	Bronquiolite Refluxo gastroesofágico	Pneumonia por aspiração* Displasia broncopulmonar Insuficiência cardíaca congestiva Fibrose quística	Asma Aspiração de corpos estranhos
6 meses – 2 anos	Bronquiolite Aspiração de corpos estranhos	Displasia broncopulmonar Asma Fibrose quística Refluxo gastroesofágico	Insuficiência cardíaca congestiva
2 - anos	Asma Aspiração de corpos estranhos	Fibrose quística Refluxo gastroesofágico Pneumonia viral	Pneumonia por aspiração* Bronquiolite Insuficiência cardíaca congestiva Refluxo gastroesofágico

REFERÊNCIA: Adaptado de Anbar RD, Iannuzzi DM. *The wheezing child*. SUNY Upstate Medical University, Department of Pediatrics Pulmonary Disease Manual. Disponível em: http://www.ec.hscsy.edu/peds/pulmonary_manual.html.

*Os procedimentos completos de diagnóstico das possíveis causas dos sibilos não têm cabimento na abrangência deste documento. Poderá obter mais informação sobre os sinais e sintomas característicos de algumas destas doenças em: British Thoracic Society; Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British Guideline on the Management of Asthma. *Thorax* 2003;58(Suppl 1): i1-94. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/63/index.html>.

* Pode ser secundária ao refluxo gastroesofágico, a descoordenação transitória da deglutição ou permanente ou, raramente, a uma fístula traqueoesofágica.

GUIA DO DIAGNÓSTICO DE ASMA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Questionário da Asma na Infância

Instruções: Para se avaliar a possibilidade de asma em crianças de 6 a 14 anos, comece por fazer as seguintes perguntas. Considerando a natureza intermitente dos sintomas de asma, poderá ter que repetir estas questões ao longo do tempo para estabelecer, com probabilidade acrescida, tratar-se de um caso de asma.

Este questionário contém perguntas relacionadas com os sintomas e os factores de risco da asma que foram identificadas, numa revisão científica alargada, como sendo as de maior valor diagnóstico. Não produzirá um diagnóstico definitivo, mas pode permitir-lhe determinar se um diagnóstico de asma deve ser investigado mais a fundo ou se é improvável.

Questionário da Asma na Infância		
Perguntas	Respostas possíveis	
1. Tiveste/A criança teve sibilos ou “gatinhos” no peito nos últimos 12 meses?	Sim	Não
2. Nos últimos 12 meses, tiveste/a criança teve tosse seca à noite, que não fosse a tosse associada a uma infecção do peito ou a uma constipação?	Sim	Não
3. Tiveste/A criança teve alguma vez a febre dos fenos ou um eczema?	Sim	Não
4. Existem antecedentes familiares de asma em parentes de primeiro grau?	Sim	Não
5. Nos últimos 12 meses, recebeste/a criança efectuou tratamento com antibióticos, mais de 3 vezes devido a sintomas respiratórios (tanto para o trato superior como para o inferior)?	Sim	Não
6. Nos últimos 12 meses, sentiste/a criança sentiu sibilância no peito ao respirar durante ou depois do exercício físico?	Sim	Não
7. Nos últimos 12 meses, tiveste/a criança teve dificuldades em dormir devido à dificuldade em respirar (respiração ruidosa)?	Sim	Não
8. Nos últimos 12 meses, em alguma ocasião a dificuldade em respirar foi tão intensa que não te permitia/não permitia à criança dizer mais de uma ou duas palavras sem ter de parar para voltar a respirar?	Sim	Não
9. Nos últimos 12 meses, foste/a criança foi alguma vez ao médico, à urgência ou a um hospital por causa da dificuldade em respirar?	Sim	Não

REFERÊNCIAS: Frank TL, Frank PI, McNamee R. Assessment of a simple scoring system applied to a screening questionnaire of asthma in children aged 5-15 years. *Eur Respir J* 1999;14:1190-7. Jenkins MA, Clarke JR, Carlin JB, et al. Validation of questionnaire and bronchial hyperresponsiveness against respiratory physician assessment in the diagnosis of asthma. *Int J Epidemiol* 1996;25:609-16. Shaw RA, Crane J, Pearce N, et al. Comparison of a video questionnaire with the IUATLD written questionnaire for measuring asthma prevalence. *Clin Exp Allergy* 1992;22:561-8. Wolf RL, Berry CA, O'Connor T, Coover L. Validation of the Brief Pediatric Asthma Screen. *Chest* 1999; 116: 224-8S

Avaliação:

- Uma resposta afirmativa a qualquer das perguntas anteriores sugere uma probabilidade acrescida de asma, e sugere que o paciente deva ser investigado com maior profundidade. Uma resposta afirmativa a 3 ou mais das perguntas em negrito sugerem uma probabilidade de asma superior a 90%. Se as respostas sugerirem que se trata de um caso de asma, siga para o [Guia do diagnóstico da asma na infância](#), página 8.
- Se as respostas sugerirem que é improvável que se trate de um caso de asma, considere outros diagnósticos e/ou referenciar a um especialista.

Guia de Diagnóstico da Asma na Infância

Instruções: Para crianças de 6 a 14 anos de idade, cujas respostas ao [Questionário da Asma na Infância](#) sugerem que este diagnóstico deve ser investigado, utilize este guia para ajudá-lo a avaliar a possibilidade de se tratar realmente de um caso de asma. É possível que nem todas as provas mencionadas neste guia estejam disponíveis; na maior parte dos casos, a combinação da apreciação clínica e dos exames disponíveis conduzirá a um diagnóstico clínico fiável. Este guia tem como objectivo complementar, e não substituir, uma história clínica exaustiva e um exame físico completo.

Guia de Diagnóstico da Asma na Infância	
Auxiliar do diagnóstico	Achados que apoiam o diagnóstico
Exame físico	<ul style="list-style-type: none">Sibilos expiratórios na auscultação (podem ou não estar presentes).Tempo expiratório aumentado (pode ou não estar presente).
Testes de reversibilidade com espirometria ou PEF (debitómetro)	Demonstração da limitação reversível do fluxo aéreo: <ul style="list-style-type: none">FEV₁ melhora, pelo menos, 12% após broncodilatador inalado ou após prova terapêutica com glucocorticóides inalados; OUPEF melhora, pelo menos 15% após broncodilatador inalado ou após prova terapêutica com glucocorticóides inalados.
Provas de provocação por exercício com espirometria ou PEF (debitómetro)	Demonstração da hiperreactividade das vias aéreas: <ul style="list-style-type: none">O FEV₁ decresce pelo menos 15% em relação ao seu valor inicial após 6 minutos de exercício; OUO PEF decresce pelo menos 20% em relação ao seu valor inicial após 6 minutos de exercício. Nota: Algumas crianças com asma apresentam apenas sintomas associados ao exercício físico.
Registo diário do PEF no domicílio (caso necessário)	Demonstração da limitação variável do fluxo respiratório: <ul style="list-style-type: none">O PEF varia mais de 20% desde a medição da manhã (ao levantar) à medição efectuada 12 horas mais tarde em pacientes em tratamento com um broncodilatador (mais de 10% em pacientes que não estejam em tratamento regular com um broncodilatador).
Prova Terapêutica	Melhoria com broncodilatadores inalados ou com tratamento com glucocorticóides por via inalatória.
Testes cutâneos de alergias ou doseamento de IgE's específicas de alérgenos no soro.	<ul style="list-style-type: none">Confirmam a presença de atopia.Identificam alérgenos específicos.

REFERÊNCIA: Adaptado de Programa Mundial para a Asma (GINA). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. 2004. Disponível em <http://www.ginasthma.org>.

PEF: Débito expiratório máximo instantâneo; FEV₁: Volume Expiratório Forçado no 1º Segundo; FVC: Capacidade Vital Forçada

Avaliação:

- Se estas provas diagnósticas e a sua apreciação clínica apoiam um diagnóstico de asma, siga para a secção [Sequência Terapêutica da Asma](#), página 19.
- Se as provas diagnósticas e/ou a sua apreciação clínica sugerirem que é improvável tratar-se de um caso de asma, considere outros diagnósticos (inclusive DPOC, se relevante) ou a referência a um especialista.

GUIA DE DIAGNÓSTICO DE ASMA NO ADULTO

Questionário de Asma no Adulto

Instruções: Para avaliar a possibilidade de asma em jovens ≥ 15 anos e adultos, utilize as seguintes questões. Considerando a natureza intermitente dos sintomas da asma, poderá ter que repetir estas perguntas ao longo do tempo para estabelecer, com probabilidade, tratar-se de um caso de asma.

Este questionário contém as perguntas relacionadas com os sintomas e os factores de risco da asma que foram identificadas, numa revisão bibliográfica alargada, como sendo as de maior valor diagnóstico. Não produzirá um diagnóstico definitivo, mas pode permitir-lhe determinar se um diagnóstico de asma deve ser investigado mais a fundo ou se é improvável.

Guia de Diagnóstico da Asma no Adulto		
Pergunta	Respostas possíveis	
1. Nos últimos 12 meses teve, alguma vez, “gatos” ou sibilos no peito?	Sim	Não
2. Nos últimos 12 meses, acordou alguma vez durante a noite com um ataque de falta de ar?	Sim	Não
3. Nos últimos 12 meses, acordou alguma vez durante a noite com um ataque de tosse?	Sim	Não
4. Nos últimos 12 meses, acordou alguma vez com uma sensação de aperto no peito?	Sim	Não
5. Nos últimos 12 meses, alguma vez teve uma crise de falta de ar após uma actividade física vigorosa ou exercício?	Sim	Não
6. Nos últimos 12 meses, sofreu ataques de falta de ar durante o dia, sem que tivesse realizado qualquer esforço?	Sim	Não
7. Se respondeu “Sim” a alguma das perguntas anteriores, os seus sintomas ocorrem com menos frequência ou desaparecem completamente quando está de férias ou ausente do trabalho?	Sim	Não

REFERÊNCIAS: Abramson MJ, Hensley MJ, Saunders NA, Wlodarczyk JH. Evaluation of a new asthma questionnaire. *J Asthma* 1991;28:129-39. Burney PG, Laitinen LA, Perdrizet S, Huckauf H, Tattersfield AE, Chinn S, et al. Validity and repeatability of the IUATLD (1984) Bronchial Symptoms Questionnaire: an international comparison. *Eur Respir J* 1989;2:940-5. Ravault C, Kauffmann F. Validity of the IUATLD (1986) questionnaire in the EGEA study. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Epidemiological study on the Genetics and Environment of Asthma, bronchial hyperresponsiveness and atopy. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001;5:191-6. Sisteck D, Tschopp J-M, Schindler C, et al. Clinical diagnosis of current asthma: predictive value of respiratory symptoms in the SAPALDIA study. Swiss Study on Air Pollution and Lung Diseases in Adults. *Eur Respir J* 2001;17:214-9.

Avaliação:

- Uma resposta afirmativa a alguma das perguntas 1-6, especialmente às perguntas 1 ou 2 em negrito, sugere uma probabilidade acrescida de asma. Quantas mais respostas afirmativas, maior a probabilidade de asma. Se, na sua opinião, as respostas do paciente sugerem um quadro de asma, siga para o [Guia de Diagnóstico de Asma no Adulto](#), página 10.
- Uma resposta afirmativa à pergunta 7 sugere uma asma ocupacional. Nesse caso, recomenda-se referenciar o paciente para um especialista, para a realização de provas específicas adicionais e avaliação clínica.
- Se as respostas sugerirem que é improvável que se trate de um caso de asma, considere outros diagnósticos e/ou referencie à consulta de um especialista.

Guia de Diagnóstico de Asma no Adulto

Instruções: Em jovens ≥ 15 anos de idade e adultos, cujas respostas ao [Questionário de Asma no Adulto](#) ou ao [Questionário para o Diagnóstico Diferencial](#) sugiram que este diagnóstico deva ser investigado, utilize este guia para averiguar a possibilidade de asma. É possível que nem todas as provas mencionadas neste guia estejam disponíveis em todos os centros; na maior parte dos casos, a combinação da apreciação clínica e das provas disponíveis conduzirá a um diagnóstico clínico fiável. Este guia tem como objectivo complementar, e não substituir, uma história clínica exhaustiva e um exame físico completo.

Guia de Diagnóstico da Asma no Adulto	
Auxiliar do diagnóstico	Achados que apoiam o diagnóstico
História clínica	Além da informação fornecida pelo Questionário de Asma no Adulto e pelo Questionário para o Diagnóstico Diferencial, os seguintes aspectos tendem a ser característicos, mas não ocorrem necessariamente em todos os casos: <ul style="list-style-type: none">• Aparecimento precoce da doença (muitas vezes na infância)• Sintomas variáveis de dia para dia e ao longo do mesmo dia• Sintomas à noite /de manhã cedo• Alergias, rinite, e/ou eczema podem estar presentes simultaneamente• Antecedentes familiares de asma.
Exame físico	<ul style="list-style-type: none">• Sibilos expiratórios na auscultação (podem ou não estar presentes).• Tempo expiratório aumentado (pode ou não estar presente).• Hiperinsuflação (pode ou não estar presente).
Avaliação da reversibilidade por espirometria ou PEF (debitómetro)	Demonstração da limitação reversível do fluxo respiratório: <ul style="list-style-type: none">• O FEV₁ melhora pelo menos 12% e 200 ml, quer espontaneamente, quer após a inalação de broncodilatadores, ou após a prova terapêutica com glucocorticóides; OU• O PEF melhora em pelo menos 15% após a inalação de broncodilatadores, ou após a prova terapêutica com glucocorticóides. (Nota: Uma relação FEV ₁ /FVC < 0.70 após a inalação de broncodilatadores sugere DPOC).
Provas de provocação por exercício com espirometria ou PEF (debitómetro)	Demonstração de hiperreactividade das vias respiratórias: <ul style="list-style-type: none">• O FEV₁ decresce pelo menos 15% em relação ao seu valor inicial após 6 minutos de exercício; OU• O PEF decresce pelo menos 20% em relação ao seu valor inicial após 6 minutos de exercício.
Registo diário do PEF no domicílio (se necessário)	Demonstração da limitação variável do fluxo respiratório: <ul style="list-style-type: none">• O PEF varia mais de 20 % desde a medição de manhã (ao levantar) à medição 12 horas mais tarde nos doentes tratados com um broncodilatador (mais de 10% em pacientes não tratados com um broncodilatador).
Prova terapêutica	Melhora com broncodilatadores ou com a prova terapêutica com glucocorticóides.
Testes cutâneos de alergias ou doseamento de IgE's específicas de alérgenos no soro.	<ul style="list-style-type: none">• Confirmam a presença de atopia• Identificam alérgenos específicos.

REFERÊNCIA: Adaptado de Programa Mundial para a Asma (GINA). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. 2004. Disponível em <http://www.ginasthma.org>.

PEF: Débito expiratório máximo instantâneo; FEV1: Volume Expiratório Forçado no 1º Segundo; FVC: Capacidade Vital Forçada

Avaliação:

- Se estas provas diagnósticas e a sua apreciação clínica apoiam um diagnóstico de asma, siga para a secção [Sequência Terapêutica da Asma](#), página 19.
- Se as provas diagnósticas e/ou a sua apreciação clínica sugerirem que é improvável tratar-se de um caso de asma, considere outros diagnósticos (inclusive DPOC, se relevante) ou a referência a um especialista.

SEQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICO DA DPOC

Questionário da DPOC

Instruções: Para avaliar a possibilidade de DPOC em adultos ≥ 40 anos de idade, que já fumaram alguma vez cigarros* E que não têm antecedentes de doença respiratória nem efectuam medicação regular para patologia do foro respiratório, utilize o questionário abaixo referenciado.

Este questionário contém as perguntas relacionadas com os sintomas e os factores de risco da DPOC que foram identificadas na bibliografia como tendo validação científica e sendo as de maior valor diagnóstico. Não produzirá um diagnóstico definitivo, mas pode permitir-lhe determinar se um diagnóstico de DPOC deve ser investigado mais a fundo ou se é improvável.

*Nota: A exposição a outros factores de risco de DPOC (pós e produtos químicos no ambiente de trabalho, ou fumos resultantes da combustão em fogões a lenha/lareiras ou aquecer/queimar combustíveis) também pode causar a DPOC.

Questionário de DPOC		
Pergunta	Respostas possíveis	Pontos
1. Que idade tem (em anos)?	40-49 anos	0
	50-59 anos	4
	60-69 anos	8
	70 anos ou mais	10
2. Quantos cigarros fuma por dia actualmente (se é ex-fumador(a), quantos cigarros costumava fumar por dia)? Qual o nº total de anos que fumou ou há quantos anos fuma? Maços por dia = nº cigarros por dia / 20 (maço) Unidades Maço Ano = nº maços por dia x anos que fumou	0-14 Unidades Maço Ano	0
	15-24 Unidades Maço Ano	2
	25-49 Unidades Maço Ano	3
	Mais de 50 Unidades Maço Ano	7
3. Qual é o seu peso em quilogramas? Qual é a sua altura em metros? $IMC = \text{peso em quilogramas} / (\text{altura em metros})^2$	IMC < 25.4	5
	IMC 25.4-29.7	1
	IMC > 29.7	0
4. As mudanças de tempo afectam a sua tosse?	Sim	3
	Não	0
	Não tenho tosse	0
5. Alguma vez teve tosse com expectoração (mucosidade) quando não está constipado?	Sim	3
	Não	0
6. Normalmente tem tosse com expectoração (escarro) logo de manhã?	Sim	0
	Não	3
7. Com que frequência tem sibilos ("gatos")?	Nunca	0
	Ocasionalmente ou com mais frequência	4
8. Tem ou teve alguma alergia?	Sim	0
	Não	3

REFERÊNCIAS: Price D, Tinkelman D, Nordyke RJ, Isonaka S, Halbert RJ. Utility of a symptom-based questionnaire for identifying COPD in smokers (Session C46; Poster F44). Orlando, Florida, American Thoracic Society 100th International Conference, May 21-26, 2004. [abstract] *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169(7 Suppl): A605.

Avaliação: Some o número total de pontos baseados nas respostas do paciente.

- 17 ou mais pontos: siga para o [Guia de Diagnóstico da DPOC](#), página 12.
- 16 ou menos pontos: considere outros diagnósticos, inclusive a asma (siga para o [Questionário de Asma no Adulto](#), página 9, se a sua opinião clínica for que este diagnóstico deve ser investigado), ou referencie a um especialista.

Guia de Diagnóstico da DPOC

Instruções: Em adultos de idade igual ou superior a 40 anos, cujas respostas ao [Questionário da DPOC](#) ou ao [Questionário para o Diagnóstico Diferencial](#) sugerirem que este diagnóstico deva ser investigado, utilize este guia para averiguar a possibilidade de DPOC. É possível que nem todas as provas diagnósticas mencionadas neste guia estejam disponíveis em todos os centros; na maior parte dos casos, a combinação das provas diagnósticas disponíveis e da apreciação clínica do médico conduzirá a um diagnóstico clínico fiável. Este guia tem como objectivo complementar, e não substituir, uma história clínica exhaustiva e um exame físico completo.

Guia de Diagnóstico da DPOC	
Auxiliar de Diagnóstico	Avaliações que Apoiam o Diagnóstico
Exame físico	Os seguintes sintomas ocorrem frequentemente na DPOC, mas a sua ausência não exclui necessariamente a doença e a sua presença não lhe é específica: <ul style="list-style-type: none">• Sibilos expiratórios na auscultação• Tempo de expiração aumentado• Hiperinsuflação pulmonar
Espirometria (NOTA: O PEF pode subestimar a obstrução das vias aéreas; por isso, um PEF normal não deve ser usado para excluir um diagnóstico de DPOC)	Demonstração da obstrução irreversível+ do fluxo respiratório: <ul style="list-style-type: none">• $FEV_1/FVC < 0,70^*$ após administração do broncodilatador. + A asma e a DPOC podem coexistir em alguns pacientes. Dever-se-á considerar sempre a possibilidade de asma em pacientes em que se investigue um diagnóstico de DPOC e que apresentem também sintomas e uma história clínica compatíveis com um diagnóstico de asma. Esses pacientes terão obstrução do fluxo respiratório com uma componente tanto reversível como irreversível. * Os pacientes com história de exposição a factores de riscos e sintomas crónicos, mas com espirometria normal, são considerados “Em Risco” em relação à DPOC. Apesar de nem todos os pacientes “Em Risco” desenvolverem a DPOC, deveremos intervir intensivamente para reduzir a exposição aos factores de risco e, desta forma, prevenir a progressão da doença.
Prova terapêutica	Melhoria com broncodilatadores

REFERÊNCIA: Adaptado de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). *Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD*. 2004. Disponível em <http://www.goldcopd.org>.

PEF: Débito expiratório máximo instantâneo; FEV₁: Volume Expiratório Forçado no 1º Segundo; FVC: Capacidade Vital Forçada

Avaliação:

- Se estas provas diagnósticas e a sua apreciação clínica apoiam o diagnóstico de DPOC, siga para a [Sequência Terapêutica da DPOC](#), página 25.
- Se as provas diagnósticas e/ou a sua apreciação clínica sugerirem que é improvável que se trate de um caso de DPOC, considere outros diagnósticos (inclusive a asma, se relevante) ou referencie a um especialista.

QUESTIONÁRIO PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Questionário para o Diagnóstico Diferencial

Instruções: Para avaliar a possibilidade de asma ou de DPOC em adultos de idade igual ou superior a 40 anos, que nunca fumaram OU que têm um diagnóstico prévio de doença respiratória ou em tratamento respiratório regular, utilize o seguinte questionário.

Este questionário contém perguntas relacionadas com os sintomas e os factores de risco das doenças das vias respiratórias identificadas na literatura médica e validadas cientificamente como sendo as de maior valor diagnóstico, para distinguir entre asma e DPOC. Não produzirá um diagnóstico de certeza, mas pode-lhe permitir determinar se é maior a probabilidade de um diagnóstico de asma ou de DPOC num paciente concreto; o diagnóstico mais provável pode depois ser investigado mais a fundo.

Questionário de Diagnóstico Diferencial		
Pergunta	Respostas possíveis	Pontos
Que idade tem (em anos)?	40-49 anos	0
	50-59 anos	5
	60-69 anos	9
	70 anos ou mais	11
Quantos cigarros fuma por dia actualmente (se é ex-fumador(a), quantos cigarros costumava fumar por dia)? Há quantos anos fuma? Maços por dia = nº cigarros por dia / 20 (por maço) Unidade Maço Ano = nº maços por dia x anos que fumou	0-14 Unidades Maço Ano	0
	15-24 Unidades Maço Ano	3
	25-49 Unidades Maço Ano	7
	+ 50 Unidades Maço Ano	9
Tem tossido mais nos últimos tempos?	Sim	0
	Não	1
Durante os últimos três anos, teve algum problema respiratório que o impedisse de trabalhar ou que o obrigasse a ficar em casa, sem sair, ou na cama?	Sim	0
	Não	3
Alguma vez foi internado num hospital por problemas respiratórios?	Sim	6
	Não	0
Sentiu falta de ar com mais frequência nos últimos anos?	Sim	1
	Não	0
Em média, quanta expectoração (mucosidade) produz na maior parte dos dias?	Nenhuma, ou menos de uma colher de sopa (15 ml) por dia	0
	1 colher de sopa (15 ml) ou mais por dia	4
Quando se constipa, fica muito afectado ao nível dos brônquios?	Sim	4
	Não	0
Está a fazer algum tratamento para melhorar a sua respiração?	Sim	5
	Não	0

REFERÊNCIAS: Tinkelman D, Price D, Nordyke RJ, Isonaka S, Halbert RJ. Questionnaire for differential diagnosis of obstructive lung disease (Session 295, Poster P2956). Glasgow, Escócia; European Respiratory Society 14th Annual Congress: 4-8 Setembro, 2004. [abstract] *Eur Respir J* 2004;24 (Suppl 48):473s.

Avaliação: Some o número total de pontos baseados nas respostas do paciente.

- 18 pontos ou menos: siga para o [Guia de Diagnóstico de Asma no Adulto](#), página 10.
- 19 pontos ou mais: siga para o [Guia de Diagnóstico da DPOC](#), página 12.
- Nota: A asma e a DPOC podem coexistir em alguns doentes. Esses doentes provavelmente terão um resultado de pelo menos 19 pontos neste questionário e deverão assim ser avaliados utilizando o [Guia de Diagnóstico da DPOC](#). Devemos, também, considerar a possibilidade de asma em pacientes em que se suspeite de DPOC mas que apresentem também uma história clínica e sintomas compatíveis com asma.

TRATAMENTO

Resumo da Abordagem Terapêutica do IPAG

A abordagem aos pacientes com doenças crônicas das vias respiratórias em cuidados de saúde primários requer a avaliação da gravidade da doença e um tratamento adequado, segundo as normas clínicas e da boa prática baseadas na evidência. Existem diversas opções terapêuticas para que se possa realizar um tratamento eficaz numa grande variedade de centros clínicos.

Uma vez que o médico tenha estabelecido o diagnóstico (ver secção de Diagnóstico do IPAG), a gravidade da doença pode ser determinada com base nos sintomas do paciente e em provas da função respiratória, se possível. Para facilitar o tratamento dos pacientes com doenças crônicas das vias respiratórias, prepararam-se módulos de “Sequência de Tratamento”, que cobrem a avaliação e o tratamento das doenças em diferentes grupos de doentes, e que se apresentam na secção de Tratamento do Manual do IPAG. Estas recomendações de avaliação e tratamento foram desenvolvidas a partir das normas, baseadas na evidência, da GINA, da GOLD e da ARIA, para a asma, a DPOC e a rinite alérgica. Essas normas são fundamentais e proporcionam abordagens que podem e devem ser implementadas e aplicadas nos mais diversos centros clínicos.

Este documento apresenta uma série de recomendações básicas para a gestão da doença crónica estável. Recomendamos que o médico consulte as normas originais (disponíveis na Internet: GINA, <http://www.ginasthma.org>; GOLD, <http://www.goldcopd.org>; ARIA, <http://www.whiar.org>) para obter informação aprofundada sobre estes temas. Essas fontes deverão também ser consultadas para obter informação adicional sobre as exacerbações agudas da doença e outras situações clínicas especiais que não estão contempladas no Manual do IPAG. O Manual do IPAG destina-se a proporcionar ao médico de família recomendações diagnósticas e terapêuticas básicas, e não pretende substituir a decisão clínica do médico. O tratamento das doenças crônicas das vias respiratórias é complexo e os pacientes que não respondam à terapêutica ou não melhorem conforme seria de esperar devem ser avaliados por um alergologista, pneumologista ou outro especialista com competência em doenças respiratórias.

Recolha de Dados Clínicos

Para os casos de doenças crônicas das vias respiratórias, dever-se-á realizar uma história clínica completa do paciente, bem como o exame físico e testes laboratoriais, tal como se indica na Secção de Diagnóstico. Estes dados são essenciais para a determinação da gravidade da doença e para a avaliação da resposta à terapêutica. Para além disso é, também, necessária uma revisão completa dos tratamentos médicos efectuados e da terapêutica actual para se estabelecer um nível terapêutico adequado.

Utilização dos Guias Auxiliares de Tratamento do IPAG

O algoritmo da **Figura 3** ajudá-lo-á a seguir o processo de tratamento uma vez que tenha recolhido as informações clínicas necessárias.

Identifique a Sequência Terapêutica Adequada.

Siga os algoritmos com base no diagnóstico e na idade do paciente:

Pacientes com Rinite Alérgica:

Siga para a Sequência Terapêutica da Rinite Alérgica (página 16).

Siga os materiais de tratamento para a rinite alérgica, de cor vermelha.

Pacientes com Asma:

Siga para a Sequência Terapêutica da Asma (página 19).

Siga os materiais de tratamento para a asma, de cor azul.

Pacientes com DPOC:

Siga para a Sequência Terapêutica da DPOC (página 25).

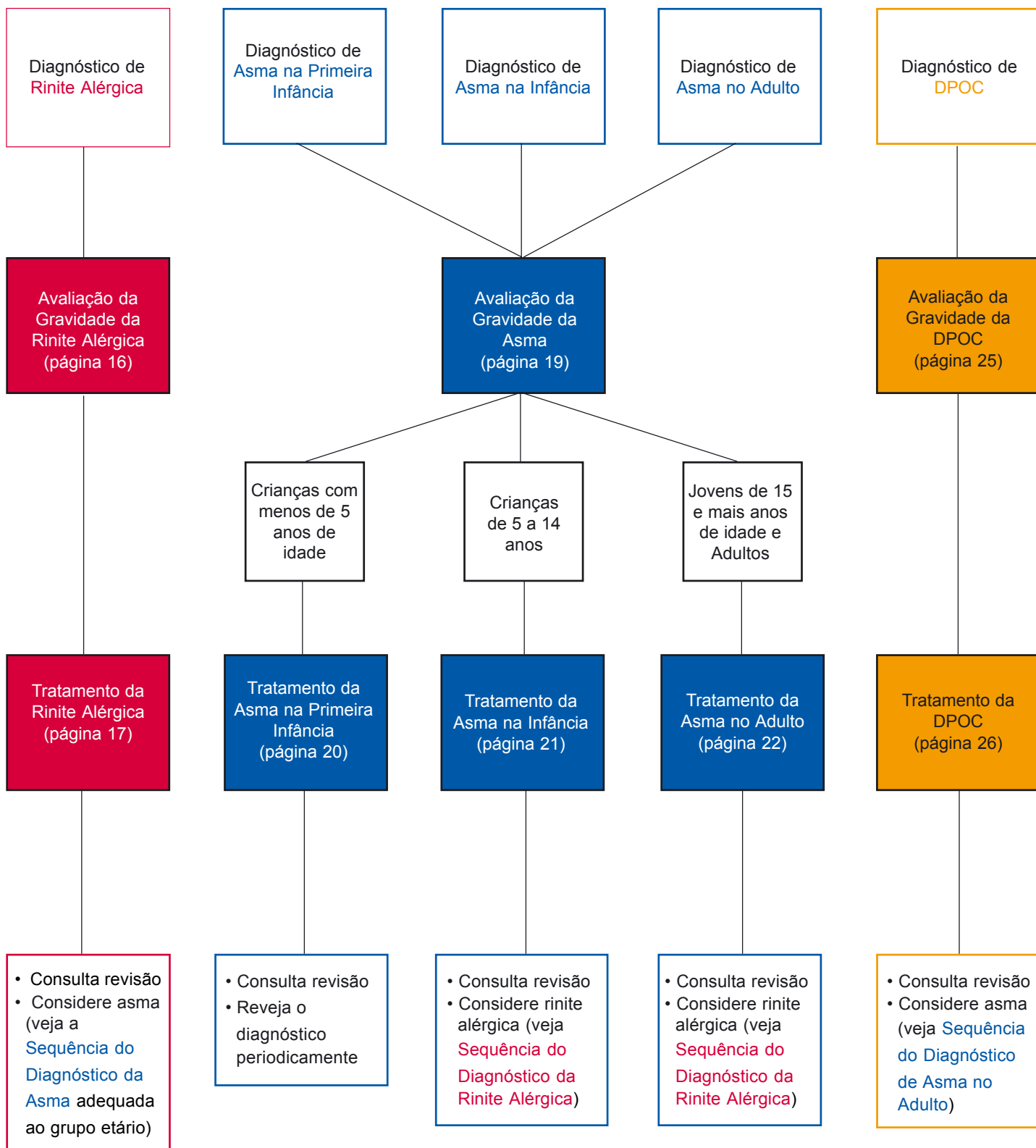
Siga os materiais de tratamento da DPOC, de cor amarela.

Quando realizar o processo de avaliação da gravidade adequado, a informação obtida em cada caso específico ajudá-lo-á a determinar que Guia de Tratamento utilizar.

Com a orientação proporcionada pela Sequência de Tratamento adequada, e no contexto da avaliação clínica global, o médico estará numa melhor posição para iniciar o tratamento apropriado.

Figura 3. Algoritmo de Tratamento das Doenças Crônicas das Vias Respiratórias

Utilize este diagrama quando suspeitar de um diagnóstico de Rinite Alérgica, Asma, ou DPOC.



SEQUÊNCIA TERAPÊUTICA DA RINITE ALÉRGICA

Avaliação da Gravidade da Rinite Alérgica

Instruções: Uma vez diagnosticada a rinite alérgica, esta deverá ser classificada quanto ao tipo, frequência e duração dos sintomas (“Intermitente” ou “Persistente”) e à gravidade e forma como esses sintomas afectam a vida quotidiana (“Ligeiros” ou “Moderados a Graves”). Para classificar e avaliar a gravidade da rinite alérgica, utilize o quadro abaixo.

Sequência do Tratamento da Rinite Alérgica	
Passo 1: Determine se os sintomas da rinite são Intermitentes ou Persistentes:	
Sintomas Intermitentes ≤ 4 dias por semana OU < 4 semanas	Sintomas Persistentes > 4 dias por semana E > 4 semanas
Passo 2: Determine se os sintomas são Ligeiros ou Moderados a Graves:	
Ligeiros <ul style="list-style-type: none">• sono normal• actividades diárias, desporto e lazer sem alterações• sem interferência no desempenho profissional e/ou escolar• sem sintomas incómodos	Moderados a Graves <i>um ou vários dos seguintes:</i> <ul style="list-style-type: none">• alterações do sono• alteração nas actividades diárias, desporto, lazer• interferência no desempenho profissional e/ou escolar• sintomas incómodos e perturbadores

REFERÊNCIA: Adaptado de Rinite Alérgica e o seu Impacto na Asma (ARIA). *Management of Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma: Pocket Guide*. 2001. Disponível em <http://www.whear.org>.

Avaliação: A classificação da rinite determina o tipo de tratamento necessário; siga para o [Tratamento da Rinite Alérgica](#), página 17.

Tratamento da Rinite Alérgica

Instruções: O tratamento farmacológico da rinite alérgica depende tanto da classificação da gravidade como dos sintomas do paciente. Em portadores de rinite alérgica, utilize o quadro anexo para eleger a opção terapêutica apropriada ao nível de gravidade da doença. A escolha do tratamento farmacológico pode ser individualizada com base nos sintomas específicos do doente. A posologia, os efeitos secundários e outros pormenores sobre a terapêutica da rinite alérgica encontram-se na página 18. Além do tratamento farmacológico descrito, é fundamental educar o paciente sobre a evicção de alergênicos e de outros desencadeantes de sintomas (incluindo os ácaros do pó da casa e o fumo de cigarro; ver o Anexo, página 28, para mais informação sobre a cessação tabágica), entre outros temas que possam contribuir para o tratamento da rinite alérgica.

Tratamento da Rinite Alérgica*	
Classificação	Tratamento
Rinite Alérgica Intermitente Ligeira	<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueadores H1 Oraís • Bloqueador H1 Intranasal • Descongestionante E/OU • Solução salina intranasal <p>Reveja o paciente ao fim de 2-4 semanas. Se melhorar: Considere diminuir as doses ou até interromper o tratamento. Se for ineficaz: Reveja o diagnóstico, reveja a adesão, averigúe sobre infeções e outras causas, e considere experimentar diferentes tratamentos ou aumentar a dose (Veja Rinite Alérgica Intermitente Moderada/Grave mais abaixo).</p>
Rinite Alérgica Intermitente Moderada/Grave	<p>Bloqueadores H1 Oraís</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bloqueador H1 intranasal E/OU • Descongestionante • Solução salina intranasal • Glucocorticóide intranasal • Cromona • Anti-leucotrieno (preferível em pacientes com asma concomitante) • Considere referenciar para um especialista para eventual imunoterapia específica <p>Reveja o paciente ao fim de 2-4 semanas. Se melhorar: Considere diminuir as doses ou até interromper o tratamento. Se for ineficaz: Reveja o diagnóstico, reveja a adesão, averigúe sobre infeções e outras causas, e considere experimentar diferentes tratamentos ou referencie o paciente para um especialista.</p>
Rinite Alérgica Persistente Ligeira	<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueadores H1 Oraís • Bloqueador H1 intranasal E/OU • Descongestionante • Glucocorticóide intranasal • Solução salina intranasal • Cromona • Anti-leucotrieno (preferível em pacientes com asma concomitante) • Considere a referenciação para um especialista para eventual imunoterapia específica <p>Reveja o paciente ao fim de 2-4 semanas. Se melhorar: Continue o tratamento até, pelo menos, 1 mês após o desaparecimento dos sintomas. Considere reduzir a dose. Se for ineficaz: Reveja o diagnóstico, reveja a adesão, averigúe sobre infeções e outras causas, e considere experimentar diferentes tratamentos ou aumentar a dose (Veja Rinite Alérgica Persistente Moderada/Grave mais abaixo).</p>
Rinite Alérgica Persistente Moderada/Grave	<p>Glucocorticosteróide intranasal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bloqueadores H1 Oraís • Descongestionante • Solução salina intranasal • Anti-leucotrieno (preferível em pacientes com asma concomitante) • Considere referenciar para um especialista para eventual imunoterapia específica <p>Reveja o paciente ao fim de 2-4 semanas. Se melhorar: Continue o tratamento até, pelo menos, 1 mês após o desaparecimento dos sintomas. Considere reduzir a dose. Se for ineficaz: Reveja o diagnóstico, reveja a adesão à terapêutica, averigúe infeções e outras causas e, depois: <ul style="list-style-type: none"> • Aumente a dose do esteróide nasal, considere associar diferentes tipos de tratamentos, ou considere a referenciar para um especialista. • Se houver prurido/espirros: adicione um Bloqueador H1 • Se houver rinite: adicione ipratrópio • Se houver congestão: adicione o descongestionante ou um tratamento de curta duração com esteróides orais. • Se for ineficaz: considere a referenciação para um especialista (inclusive um Otorrino). </p>

REFERÊNCIA: Adaptado de "Rinite Alérgica e o seu Impacto na Asma (ARIA)". Management of Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma: Pocket Guide. 2001. Disponível em: <http://www.whiar.org>.

*Consulte o [Guia de tratamento farmacológico da rinite alérgica](#), na página 18, para conhecer a posologia, os efeitos secundários e outros pormenores sobre a terapêutica da rinite alérgica. As opções terapêuticas indicadas na tabela não estão ordenadas por ordem de preferência.

Seguimento e cuidado contínuo: Realize o seguimento conforme se indica na figura acima. Consulte o [Guia de Tratamento Farmacológico da Rinite Alérgica](#) (página 18) para conhecer os pormenores das opções terapêuticas.

Além disso, considere que o doente pode ter, concomitantemente, asma. Assim, os pacientes com rinite devem ser avaliados quanto a sintomas e sinais de asma. Se o seu parecer clínico for que este diagnóstico deva ser investigado, siga para a [Seqüência do Diagnóstico da Asma](#) relevante para o grupo etário do seu paciente.

Guia de Tratamento Farmacológico da Rinite Alérgica

Nome e Outras Designações Comuns	Nome Genérico	Mecanismo de Acção	Efeitos Secundários	Comentários
Anti-histamínicos Bloqueadores H1 Oraís	<p>2ª geração Cetirizina Ebastina Fexofenadina Loratadina Mizolastina Acrivastina Azelastina Novos produtos Desloratadina Levocetirizina Rupatadina</p> <p>1ª geração Clorfeniramina Clemastina Hidroxizina Cetotifeno Oxatomida Outros Cardiotóxicos Astemizole Terfenadina</p>	<ul style="list-style-type: none"> - bloqueio dos receptores H1 - alguma actividade anti-alérgica - os fármacos de nova geração podem ser administrados numa toma única diária - ausência de desenvolvimento de taquifilaxia 	<p>2ª geração</p> <ul style="list-style-type: none"> - ausência de sedação com a maior parte dos fármacos - ausência de efeito anticolinérgico - ausência de cardiotoxicidade - a acrivastina tem efeitos sedativos - a azelastina oral pode induzir a sedação e um gosto amargo <p>1ª geração</p> <ul style="list-style-type: none"> - a sedação é comum - e/ou efeito anticolinérgico 	<ul style="list-style-type: none"> - a nova geração de bloqueadores H1 oraís é preferível pela sua relação eficácia/segurança favorável e pela sua farmacocinética - rapidamente eficaz (menos de 1 hora) sobre sintomas nasais e oculares - pouco eficaz sobre congestão nasal - os fármacos cardiotóxicos devem ser evitados
Anti-histamínicos Bloqueadores H1 locais (Intranasal, intra-oculares)	Azelastina Levocabastina	<ul style="list-style-type: none"> - bloqueio dos receptores H1 - alguma actividade anti-alérgica da azelastina nasal 	<ul style="list-style-type: none"> - efeitos secundários locais menores - Azelastina: gosto amargo em alguns pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - rapidamente eficaz (< 30 min) sobre sintomas nasais e oculares
Glucocorticosteróides intranasais	Beclometasona Budesonida Flunisolida Fluticasona Mometasona Triamcinolona	<ul style="list-style-type: none"> - reduzem a hiperreactividade - reduzem de forma potente a inflamação da mucosa nasal 	<ul style="list-style-type: none"> - efeitos secundários locais menores - ampla margem para efeitos secundários sistémicos - dúvidas quanto aos efeitos sobre o crescimento com algumas moléculas; nas crianças pequenas considere a combinação de fármacos intranasais e inaláveis 	<ul style="list-style-type: none"> - o tratamento farmacológico mais eficaz da rinite alérgica - eficaz sobre a congestão nasal - efeito sobre o olfacto - efeito observado ao fim de 6-12 horas, mas intensidade máxima ao fim de alguns dias - os doentes devem ser aconselhados sobre o método adequado de administrar os glucocorticóides intranasais, incluindo a importância de dirigir o spray lateralmente e não medialmente (em direcção ao septo) dentro do nariz
Glucocorticosteróides oraís/IM (intramusculares)	Dexametasona Hidrocortisona Metilprednisolona Prednisolona Prednisona Triamcinolona Betametasona Deflazacort	<ul style="list-style-type: none"> - reduzem de forma potente a inflamação nasal - reduzem a hiperreactividade nasal 	<ul style="list-style-type: none"> - efeitos secundários sistémicos comuns, especialmente para fármacos IM - os injectáveis depot podem causar atrofia dos tecidos no local de aplicação 	<ul style="list-style-type: none"> - sempre que possível, deverão usar-se glucocorticosteróides intranasais em vez de fármacos oraís ou IM - contudo, pode ser necessário administrar um tratamento curto com glucocorticóides oraís se houver sintomas graves
Cromonas locais (intranasal, intra-ocular)	Cromoglicato Nedocromil	<ul style="list-style-type: none"> - mecanismo de acção pouco conhecido 	<ul style="list-style-type: none"> - efeitos secundários locais menores 	<ul style="list-style-type: none"> - as cromonas intra-oculares são muito eficazes - as cromonas intranasais são menos eficazes e a sua duração é curta - segurança em geral excelente
Descongestionantes por via oral	Efedrina Fenilefrina Pseudoefedrina <i>Outros</i>	<ul style="list-style-type: none"> - fármacos simpaticomiméticos - aliviam os sintomas da congestão nasal 	<ul style="list-style-type: none"> - hipertensão - palpitações - irritabilidade - agitação - tremor - insónia - cefaleia - secam membranas mucosas - retenção urinária - exacerbação do glaucoma ou de tireotoxicose 	<ul style="list-style-type: none"> - use descongestionantes oraís com prudência em pacientes com doença cardíaca - As combinações de bloqueadores H1 oraís e descongestionantes podem ser mais eficazes que qualquer dos dois em separado, mas os efeitos secundários também se combinam
Descongestionantes Intranasais	Epinefrina Naftazolina Oximetazolina Fenilefrina Tetrahidrozolina Xilometazolina <i>Outros</i>	<ul style="list-style-type: none"> - fármacos simpaticomiméticos - aliviam os sintomas da congestão nasal 	<ul style="list-style-type: none"> - os mesmos efeitos secundários que os descongestionantes oraís, mas menos intensos - rinite medicamentosa (um fenómeno de recidiva que ocorre com o uso prolongado durante mais de 10 dias) 	<ul style="list-style-type: none"> - actuam mais rápida e efectivamente do que os descongestionantes oraís - limite a duração do tratamento a menos de 10 dias para evitar uma rinite medicamentosa
Anticolinérgicos intranasais	Ipratrópio	<ul style="list-style-type: none"> - Os anticolinérgicos bloqueiam quase exclusivamente a rinorreia 	<ul style="list-style-type: none"> - efeitos secundários locais menores - quase nenhuma actividade anticolinérgica sistémica 	<ul style="list-style-type: none"> - eficaz em pacientes alérgicos e não alérgicos com rinorreia
Anti-leucotrienos	Montelukast Pranlukast Zafirlukast	<ul style="list-style-type: none"> - bloqueiam o receptor CystLT 	<ul style="list-style-type: none"> - bem tolerados 	<ul style="list-style-type: none"> - isolados ou em combinação com Bloqueadores H1 oraís.

REFERÊNCIA: Adaptado de Rinite Alérgica e o seu Impacto na Asma (ARIA). *Management of Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma: Pocket Guide*. 2001. Disponível

SEQUÊNCIA TERAPÊUTICA DA ASMA

Avaliação da Gravidade da Asma

Instruções: Uma vez diagnosticada a asma, esta deverá ser classificada como Intermitente, Persistente Ligeira, Persistente Moderada ou Persistente Grave, com base na avaliação combinada dos sintomas e da função pulmonar, como se indica no quadro seguinte.

O quadro anexo mostra como a presença dos sintomas e/ou da variabilidade do FEV₁ (ou do PEF) serve para colocar um doente no grau de gravidade respectivo. É importante recordar que os pacientes de qualquer nível de gravidade – incluindo a Asma Intermitente – podem ter ataques graves que podem colocar o paciente em risco de vida.

A avaliação da função pulmonar pode não ser possível de se efectuar em todos os centros clínicos. As crianças pequenas têm dificuldades, não conseguem realizar estas provas correctamente. Nesses casos, deverá determinar-se a gravidade da asma com base na história clínica cuidadosa, na avaliação dos sintomas existentes e no exame físico.

Avaliação da Gravidade de Asma: Pacientes não Tratados*			
Gravidade	Sintomas diurnos	Sintomas nocturnos	PEF ou FEV ₁ (% previsto)± Variabilidade do PEF ou FEV ₁
Intermitente	< 1 vez por semana Nenhum sintoma, PEF normal entre as crises	≤ 2 vezes por mês	≥ 80% _____ < 20%
Persistente Ligeira	> 1 vez por semana mas < 1 vez por dia Os ataques podem afectar a actividade diária	> 2 vezes por mês	≥ 80% _____ 20%-30%
Persistente Moderada	Diários Os ataques afectam a actividade diária	> 1 vez por semana	60-80% _____ > 30%
Persistente Grave	Contínuos Actividade física limitada	Frequentes	≤ 60% _____ > 30%

REFERÊNCIA: Adaptado de Global Initiative for Asthma (GINA). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. 2004. Disponível em <http://www.ginasthma.org>.

*Os pacientes devidamente tratados devem ter poucos sintomas e uma função pulmonar quase normal. Quando o paciente está já em tratamento, a avaliação da gravidade deve basear-se nos aspectos clínicos presentes e no estado do regime de medicação diário actual do paciente. Se a gravidade da asma for superior ao nível para o qual o paciente está a ser tratado, justifica-se a intensificação do tratamento.

+ As medições de espirometria são avaliadas por comparação com valores de referência baseados na idade, altura, sexo e raça (uso de valores de referência apropriados, por ex., ver Standardization of spirometry, 1994 update. *Am JR espir Crit Care Med* 1995;152: 1107-36).

PEF: Débito expiratório máximo instantâneo; FEV₁: Volume Expiratório Forçado no 1º Segundo

Avaliação: A gravidade da asma e a idade do paciente determinam o tratamento necessário.

- Crianças com menos de 5 anos de idade: siga para o [Tratamento da Asma na Primeira Infância](#), página 20.
- Crianças de 5 a 14 anos: siga para o [Tratamento da Asma na Infância](#), página 21.
- Jovens de mais de 15 anos e adultos: siga para o [Tratamento da Asma no Adulto](#), página 22.

Tratamento das crises asmáticas

As exacerbações da asma (crises asmáticas) são episódios em que ocorre um aumento progressivo de falta de ar, tosse, sibilos ou aperto no peito, ou de uma combinação destes sintomas. O tratamento inicial de uma crise asmática implica um aumento da dose da medicação de alívio (por ex., inalação de beta2-agonistas de acção rápida, até 3 administrações em 1 hora). Os glucocorticóides orais só se devem acrescentar ao tratamento nas crises moderadas a graves. O internamento hospitalar deverá ser considerado quando: o paciente apresentar um alto risco de morte relacionado com a asma; a exacerbação é grave (por ex., se o PEF se mantiver abaixo de 60 por cento do valor previsto ou do melhor valor pessoal após o início do tratamento com beta2-agonistas); a resposta ao broncodilatador não for rápida e estável durante pelo menos 3 horas; não houver qualquer melhoria no prazo de 2 a 6 horas após o início do tratamento com glucocorticóides; ou se houver agravamento da situação clínica. Para mais informação sobre o tratamento das crises asmáticas, consulte a *Global Initiative for Asthma (GINA) Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, disponível em <http://www.ginasthma.org>.

Tratamento a Longo Prazo da Asma na Primeira Infância

Instruções: A asma é tratada de um modo gradual – em degraus – e em função da gravidade da doença. O número de fármacos e a frequência da terapêutica aumentam quando a gravidade aumenta, e diminuem quando a asma está controlada. Use a seguinte tabela para verificar se o tratamento é o apropriado para crianças com menos de 5 anos de idade, com asma. A posologia, os efeitos secundários e outros pormenores sobre a terapêutica da asma encontram-se na página 23. As instruções para o uso de vários inaladores, dispositivos e câmaras expansoras estão disponíveis online em <http://www.ginasthma.org>.

Em crianças pequenas, é difícil prever e controlar a necessidade da utilização da terapêutica de alívio, pelo que se dá maior ênfase e se opta, precocemente, pela introdução de terapêutica de controlo, em vez de nos limitarmos aos tratamentos “ só quando for necessário”. Embora nas crianças pequenas exista a possibilidade de tratamento excessivo, os episódios de sibilos podem ser encurtados e aliviados em intensidade através do uso eficaz de fármacos anti-inflamatórios e de broncodilatadores e nunca através da utilização, abusiva, de antibióticos.

Além da terapêutica farmacológica indicada deverá recomendar-se a vacinação contra a gripe. Finalmente, as crianças e os seus cuidadores devem ser educados e aconselhados sobre como evitar a exposição a factores de risco ou agentes provocadores (alergénios e irritantes, incluindo o fumo de cigarro, que agravam a asma).

Tratamento da Asma na Primeira Infância*	
Terapêutica de Alívio (utilize sempre que necessário, para aliviar os sintomas, mas não mais que 3-4 vezes ao dia)	
Todos os degraus	• Beta2-agonista de acção rápida por via inalatória (OU: Teofilina de acção curta OU anticolinérgicos inalados OU beta2-agonistas orais de acção rápida)
Medicação de controlo (tomar diariamente, independentemente dos sintomas)	
Degrau 1 Asma Intermitente	• Nenhum (NOTA: Os doentes com asma intermitente mas com exacerbações graves devem ser tratados como tendo Asma Persistente Moderada)
Degrau 2 Asma Persistente Ligeira	• Glucocorticóides por via inalatória, em doses baixas (OU: Teofilina de libertação controlada OU cromona OU anti-leucotrieno)
Degrau 3 Asma Persistente Moderada	• Glucocorticóides por via inalatória, em doses médias OU: Glucocorticóides por via inalatória, em doses médias, e teofilina de libertação controlada; OU glucocorticóides por via inalatória, em doses médias, e beta2-agonistas de acção prolongada por via inalatória; OU glucocorticóides por via inalatória, em doses altas; OU glucocorticóides por via inalatória, em doses médias, e anti-leucotrieno)
Degrau 4 Asma Persistente Grave	• Glucocorticóides por via inalatória, em altas doses E • Um ou vários dos seguintes, se necessário: teofilina de libertação controlada; beta2-agonista de acção prolongada por via inalatória; anti-leucotrieno; glucocorticóide oral

REFERÊNCIA: Adaptado de Global Initiative for Asthma (GINA)“. Pocket Guide for Asthma Management and Prevention in Children. 2004. Disponível em: <http://www.ginasthma.org>.

*Consulte o [Guia de tratamento farmacológico da asma](#), na página 23, para conhecer a posologia, os efeitos secundários e outros pormenores do tratamento da asma.

As outras opções de tratamento, indicadas entre parênteses na tabela anterior, são enumeradas por ordem crescente de preço. Os preços relativos dos medicamentos podem variar de país para país.

Na página 24, encontra-se um Guia posológico dos glucocorticosteróides por via inalatória.

Seguimento e Cuidados Continuados: Uma vez conseguido o controlo deveremos manter a terapêutica durante, pelo menos, 3 meses e, depois, dever-se-á experimentar uma redução gradual da terapêutica de manutenção, para se poder encontrar o tratamento mínimo necessário para manter o controlo da doença. Como a gravidade da asma também se pode modificar ao longo do tempo, o tratamento poderá ter de ser aumentado ou reduzido, periodicamente. Consulte o [Guia de Tratamento Farmacológico da Asma](#) (página 23) para conhecer detalhadamente as várias opções terapêuticas. As técnicas inalatórias deverão ser verificadas e revistas em todas as consultas.

Em crianças muito pequenas, o diagnóstico de asma pode não ser definitivo, pelo que o médico deverá estar muito atento e considerar a possibilidade de outros diagnósticos diferenciais.

Tratamento a Longo Prazo da Asma na Infância

Instruções: A asma deve ser tratada de um modo gradual, em degraus, e em função da sua gravidade. O número de fármacos e a sua frequência aumentam quando existe agravamento (subir um degrau) e/ou diminuem quando a asma está controlada (descer um degrau). Use a seguinte tabela para ajudá-lo a encontrar o tratamento apropriado para crianças entre 5-14 anos de idade com asma. A posologia, os efeitos secundários e outros pormenores sobre a terapêutica utilizada na asma encontram-se na página 23. As instruções para a utilização dos vários inaladores e câmaras expansoras estão disponíveis online em <http://www.ginasthma.org>.

Além da utilização da terapêutica farmacológica descrita deverá recomendar a vacinação contra a gripe. Finalmente, as crianças e os seus cuidadores devem ser aconselhados e educados como evitar a exposição a factores de risco ou agentes provocadores (alergénios e irritantes, incluindo o fumo de cigarro, que agravam a asma).

Tratamento da Asma na Infância*	
Terapêutica de Alívio (utilize sempre que necessário, para aliviar os sintomas, mas não mais que 3-4 vezes ao dia)	
Todos os degraus	<ul style="list-style-type: none">• Beta2-agonista de acção rápida por via inalatória (OU: Teofilina de acção curta OU anticolinérgicos inalados OU beta2-agonistas orais de acção rápida)
Medicação de controlo (tomar diariamente, independentemente dos sintomas)	
Degrau 1 Asma Intermitente	<ul style="list-style-type: none">• Nenhum (NOTA: Os doentes com asma intermitente mas com exacerbações graves devem ser tratados como tendo Asma Persistente Moderada)
Degrau 2 Asma Persistente Ligeira	<ul style="list-style-type: none">• Glucocorticóides por via inalatória, em doses baixas (OU: Teofilina de libertação controlada OU cromona OU anti-leucotrieno)
Degrau 3 Asma Persistente Moderada	<ul style="list-style-type: none">• Glucocorticóides por via inalatória, em doses médias• Beta2-agonista de acção prolongada por via inalatória OU: Glucocorticóides por via inalatória, em doses médias, e teofilina de libertação controlada; OU glucocorticóides por via inalatória, em doses médias, e beta2-agonista oral de acção prolongada; OU glucocorticóides por via inalatória, em doses altas; OU glucocorticóides por via inalatória, em doses médias, e anti-leucotrieno)
Degrau 4 Asma Persistente Grave	<ul style="list-style-type: none">• Glucocorticóides por via inalatória, em altas doses E• Beta2-agonista de acção prolongada por via inalatória E• Um ou vários dos seguintes, se necessário: teofilina de libertação controlada; anti-leucotrieno; beta2-agonista oral de acção prolongada; glucocorticóide oral

REFERÊNCIA: Adaptado de Global Initiative for Asthma (GINA). *Pocket Guide for Asthma Management and Prevention in Children*. 2004. Disponível em: <http://www.ginasthma.org>.

* Consulte o [Guia de tratamento farmacológico da asma](#), na página 23, para conhecer a posologia, os efeitos secundários e outros pormenores do tratamento da asma.

As outras opções de tratamento, indicadas entre parêntesis na tabela anterior, são enumeradas por ordem crescente de preço. Os preços relativos dos medicamentos podem variar de país para país.

Na página 24, encontra-se um Guia Posológico dos Glucocorticosteróides por via inalatória.

Seguimento e Cuidados Continuados: Uma vez conseguido o controlo deveremos manter a terapêutica durante, pelo menos 3 meses, e, depois, dever-se-á experimentar uma redução gradual da terapêutica de manutenção, para se poder encontrar o tratamento mínimo necessário para manter o controlo da doença. Como a gravidade da asma também se pode modificar ao longo do tempo, o tratamento poderá ter de ser aumentado ou reduzido, periodicamente.

Consulte o [Guia de Tratamento Farmacológico da Asma](#) (página 23) para conhecer detalhadamente as várias opções terapêuticas. As técnicas inalatórias deverão ser verificadas e revistas em todas as consultas.

Devemos ainda pensar que a criança poderá ter, também, rinite alérgica. Um tratamento correcto da rinite alérgica pode melhorar uma asma coexistente. Se houver suspeita clínica que este diagnóstico deva ser investigado, siga para a [Sequência do Diagnóstico da Rinite Alérgica](#).

Tratamento a Longo Prazo da Asma no Adulto

Instruções: Para facilitar o tratamento dos doentes com asma optou-se pela utilização de um esquema “em degraus”, em função da gravidade da doença. O número e a dose dos fármacos aumentam quando a necessidade de tratamento da asma aumenta, e diminuem quando a asma está controlada. Utilize a tabela anexa para o ajudar a efectuar o tratamento apropriado nos adultos (com mais de 15 anos de idade) com asma. A posologia, os efeitos secundários e outros pormenores sobre a terapêutica da asma encontram-se na página 23. As instruções para a uso correcto dos vários inaladores, dispositivos e câmaras expansoras estão disponíveis online em <http://www.ginasthma.org>.

Além da terapêutica farmacológica indicada deverá ainda recomendar, anualmente, a vacinação contra a gripe. Os doentes devem, ainda, ser educados e aconselhados a evitar a exposição a factores de risco ou provocadores (alergénios e irritantes, incluindo o fumo de cigarro, que piora a asma). O tratamento da asma deve incluir uma intervenção intensiva para promover a evicção tabágica, se necessário (para mais informação sobre a cessação tabágica, consultar o Anexo, página 28).

Tratamento da Asma no Adulto*	
Terapêutica de Alívio (utilize sempre que necessário, para aliviar os sintomas, mas não mais que 3-4 vezes ao dia)	
Todos os degraus	<ul style="list-style-type: none"> Beta2-agonista de acção rápida por via inalatória (OU: Teofilina de acção curta OU anticolinérgicos inalados OU beta2-agonistas orais de acção rápida)
Medicação de controlo (tomar diariamente, independentemente dos sintomas)	
Degrau 1 Asma Intermitente	<ul style="list-style-type: none"> Nenhum (NOTA: Os doentes com asma intermitente mas com exacerbações graves devem ser tratados como tendo Asma Persistente Moderada)
Degrau 2 Asma Persistente Ligeira	<ul style="list-style-type: none"> Glucocorticóides por via inalatória, em doses baixas (OU: Teofilina de libertação controlada OU cromona OU anti-leucotrieno)
Degrau 3 Asma Persistente Moderada	<ul style="list-style-type: none"> Glucocorticóides por via inalatória, em doses médias Beta2-agonista de acção prolongada por via inalatória OU: Glucocorticóides por via inalatória, em doses médias, e teofilina de libertação controlada; OU glucocorticóides por via inalatória, em doses médias, e beta2-agonista oral de acção prolongada; OU glucocorticóides por via inalatória, em doses altas; OU glucocorticóides por via inalatória, em doses médias, e anti-leucotrieno)
Degrau 4 Asma Persistente Grave	<ul style="list-style-type: none"> Glucocorticóides por via inalatória, em altas doses E Beta2-agonista de acção prolongada por via inalatória E Um ou vários dos seguintes, se necessário: teofilina de libertação controlada; anti-leucotrieno; beta2-agonista oral de acção prolongada; glucocorticóide oral

REFERÊNCIA: Adaptado de Global Initiative for Asthma (GINA). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. 2004. Disponível em <http://www.ginasthma.org>.

* Consulte o [Guia de tratamento farmacológico da asma](#), na página 23, para conhecer a posologia, os efeitos secundários e outros pormenores do tratamento da asma.

As outras opções terapêuticas, indicadas entre parênteses na tabela anterior, são enumeradas por ordem crescente de preço. Os preços relativos dos medicamentos podem variar de país para país.

Na página 24, encontra-se um Guia Posológico dos Glucocorticóides por via inalatória.

Seguimento e Cuidados Continuados: Uma vez conseguido o controlo da asma deverá manter-se a medicação durante, pelo menos, 3 meses e, depois, efectuar-se uma redução gradual da terapêutica de manutenção, até se encontrar a dose mínima necessária e eficaz para manter o controlo. Como a gravidade da asma pode sofrer alterações ao longo do tempo, o tratamento pode ter que ser alterado e as doses aumentadas (subir um degrau) ou reduzidas (descer um degrau) periodicamente.

Consulte o [Guia de Tratamento Farmacológico da Asma](#) (página 23) para conhecer melhor as várias opções terapêuticas. As técnicas inalatórias deverão ser verificadas em todas as consultas de seguimento.

Deverá ainda questionar-se se o doente tem, também, rinite alérgica. Um tratamento eficaz para a rinite pode melhorar uma asma coexistente. Se suspeitar de rinite alérgica deverá investigar esta patologia, siga para a [Sequência do Diagnóstico da Rinite Alérgica](#).

Guia de Tratamento Farmacológico da Asma - Terapêutica de Controlo

Nome e outra designação comum	Doses habituais	Efeitos secundários	Comentários
Glucocorticóides Adrenocorticóides Corticosteróides Glucocorticóides Inalados: Beclometasona Budesonida Circlesonida Flunisolida Fluticasona Mometasona furoato Triamcinolona Comprimidos ou xaropes: Hidrocortisona Metilprednisolona Prednisolona Prednisona	Inalados: Dose inicial dependente da gravidade da asma, e diminuída ao longo de 2-3 meses até se atingir a dose mínima eficaz uma vez obtido o controlo da doença. Comprimidos ou xaropes: Para o controlo diário, use a dose mínima eficaz, 5-40 mg do equivalente de prednisona, todas as manhãs ou de dois em dois dias. Para crises agudas, 40-60 mg diários divididos em 1 ou 2 doses para adultos, ou 1-2 mg/kg diários em crianças.	Inalados: Doses diárias muito altas podem causar fragilidade cutânea e vascular, e raramente a supressão adrenérgica. Os efeitos secundários locais são a rouquidão e a candidíase orofaríngea. As doses médias e altas produziram um pequeno atraso ou a supressão do crescimento (1 cm em média) em crianças. O crescimento normal até à altura prevista para o adulto não parece ser afectado. Comprimidos ou xaropes: Usados a longo prazo podem conduzir a osteoporose, hipertensão, diabetes, cataratas, supressão adrenérgica, supressão do crescimento, obesidade, finura da pele ou fraqueza muscular. Considere patologias coexistentes que podem ser agravadas pelos glucocorticóides orais, tais como as infecções pelo vírus do herpes, varicela, tuberculose e hipertensão.	Inalados: O risco potencial dos efeitos secundários é compensado pela sua eficácia. A utilização de MDI's com câmaras expansoras e a utilização de elixires bucais após a utilização de DPI's diminuem a candidíase oral. Preparações não equivalentes em quantidade por nebulização ou µg (veja Guia Posológico de Utilização de Glucocorticóides Inalados, página 24). Comprimidos ou xarope: Uso a longo prazo: Uma dose de manhã em dias alternados produz menos toxicidade. Uso a curto prazo: os tratamentos de choque de 3-10 dias são eficazes para controlar rapidamente a doença.
Cromoglicato de sódio Cromolín Cromonas	Inalador de Dose Calibrada (MDI) de 2 mg ou 5 mg, 2-4 inalações, 3-4 vezes ao dia. Nebulizador 20 mg, 3-4 vezes ao dia	Efeitos secundários mínimos. Pode haver tosse ao inalar.	Pode demorar 4-6 semanas a obter o efeito máximo. São necessárias múltiplas doses diárias.
Nedocromil Cromonas	MDI 2 mg/dose, 2-4 inalações, 2-4 vezes ao dia.	Pode haver tosse ao inalar.	Alguns pacientes são incapazes de tolerar o gosto.
Beta2-agonistas de acção prolongada Beta-adrenérgicos Simpaticomiméticos Inalados: Formoterol (F) Salmeterol (Sm) Comprimidos de libertação controlada: Salbutamol (S) Terbutalina (T)	Inaláveis: DPI-F: 1 inalação (12µg) de 12 em 12 horas. MDI-F: 2 nebulizações de 12 em 12 horas. DPI-Sm: 1 inalação (50 µg) de 12 em 12 horas. MDI-Sm: 2 nebulizações de 12 em 12 horas. Comprimidos: S: 4 mg de 12 em 12 horas T: 10 mg de 12 em 12 horas	Inalados: menos efeitos secundários, e menos importantes, do que os comprimidos. Comprimidos: podem causar taquicardia, ansiedade, trémulo muscular, dores de cabeça, hipocalcemia.	Inalados: Use sempre como complemento do tratamento anti-inflamatório. A combinação com doses médias/baixas de glucocorticóides inalados é mais eficaz do que o aumento isolado da dose dos glucocorticóides inalados. Comprimidos: Tão eficaz como a teofilina de libertação controlada. Nenhum dado sobre o uso como tratamento complementar com glucocorticóides inalados.
Teofilina de libertação controlada Aminoilina Metilxantina	Dose inicial 10 mg/kg/dia, com um máximo habitual de 800 mg, dividida em 1 ou 2 doses.	As náuseas e os vómitos são muito comuns. Se concentrações plasmáticas mais altas podem surgir convulsões, taquicardia e arritmias.	A monitorização dos níveis de teofilina é habitualmente necessária. A absorção e o metabolismo podem ser afectados por muitos factores, incluindo doença febril.
Anti-leucotrienos Anti-leucotrienos Montelukast (M) Pranlukast (P) Zafirlukast (Z) Zileuton (Zi)	Adultos: M 10 mg à noite. P 450 mg de 12 em 12 horas. Z 20 mg de 12 em 12 horas. Zi 600 mg 4 vezes ao dia. Crianças: M 5 mg à noite (6-14 anos). M 4 mg à noite (1-5 anos). Z 10 mg de 12 em 12 horas. (7-11 anos).	Os dados são limitados mas não ocorreu nenhum efeito adverso específico, até à data, com as doses recomendadas. Elevação das enzimas hepáticas com Z e Zi e alguns casos, raros, de hepatite hiperbilirrubinemia, reversíveis, com Zi.	Os anti-leucotrienos proporcionam benefícios complementares quando associados aos glucocorticosteróides inalados; são especialmente eficazes em pacientes com rinite concomitante.
Combinação de beta2-agonistas de longa duração de acção e glucocorticóides num só inalador Formoterol/Budesonida (F/B) Salmeterol/F luticasona (S/F)	F/B (µg): 4,5/80, 160; 9/320 (DPI) S/F (µg): 50/100, 250, 500 (DPI) 25/50, 125, 250 (MDI)	Os mesmos que com os fármacos administrados individualmente.	A administração de um broncodilatador de longa duração e de um glucocorticóide num inalador único é mais conveniente e pode melhorar a aderência terapêutica; contudo, os inaladores combinados podem ser mais caros do que os dois fármacos separadamente.

Guia de Tratamento Farmacológico da Asma - Terapêutica de Alívio

Beta2-antagonistas de acção rápida Adrenérgicos β2-estimulantes Simpaticomiméticos Albuterol Bitolterol Fenoterol Formoterol Isoetarina Metaproterenol Piroterol Salbutamol Terbutalina	Existem diferenças quanto à potência, mas os medicamentos são essencialmente comparáveis quanto à sua dose por nebulização. Para alívio sintomático sempre que necessário e tratamento preventivo antes do exercício físico, 2 nebulizações de MDI (1-2 nebulizações em crianças) ou 1 inalação de DPI.	Inalados: taquicardia, tremor da musculatura esquelética, dores de cabeça e irritabilidade. Com doses muito altas: hiperglicemia e hipocalcemia. A administração sistémica sob a forma de comprimidos ou xarope aumentam o risco de efeitos secundários.	Fármaco de primeira escolha no broncoespasmo agudo. A via inalatória tem um efeito mais rápido e é mais eficaz do que os comprimidos ou o xarope. O aumento do uso, a ausência do efeito esperado ou a utilização de mais de 1 embalagem por mês indica um mau controlo da asma; Corrija e ajuste a terapêutica a longo prazo. O uso de ≥ 2 embalagens por mês associa-se a um risco aumentado de ataques de asma graves e que podem pôr a vida em risco. O Formoterol tem um rápido início de acção e um efeito prolongado.
Anticolinérgicos Brometo de Ipratrópio (BI) Brometo de Oxitrópio	2-3 nebulizações de 6 em 6 horas em adultos. 1-2 nebulizações de 6 em 6 horas em crianças.	Secura da boca ou mau sabor (ligeiros)	Podem proporcionar efeitos adicionais aos beta2-agonistas mas têm um início de efeito mais retardado. São uma alternativa para os pacientes com intolerância aos beta2-agonistas.
Teofilina de acção curta Aminoilina	Bolus de 7 mg/kg durante 20 min, seguido de uma infusão contínua de 0,4 mg/Kg/h	Náuseas, vómitos, cefaleias. Se concentrações plasmáticas mais altas: convulsões, taquicardia e arritmias.	A monitorização dos níveis de teofilina é imprescindível. Obtenha níveis plasmáticos após 12 e 24 horas de infusão. Mantenha-os entre 10-15 µg/ml.

REFERÊNCIA: Adaptado de Global Initiative for Asthma (GINA). *Pocket Guide for Asthma Management and Prevention*. 2004. Disponível em <http://www.ginasthma.org>. National Asthma Education and Prevention Program. *Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma—Update on Selected Topics 2002*. 2002. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/>.

MDI = Inalador de Dose Calibrada; DPI = Pó Seco para Inalação.

Guia Posológico de Glucocorticóides por Via Inalatória

Fármaco	Dose diária baixa (µg)		Dose diária média (µg)		Dose diária alta (µg)	
	Adulto	Criança	Adulto	Criança	Adulto	Criança
Beclometasona-CFC	200-500	100-250	500-1000	250-500	> 1000	> 500
Beclometasona-HFA	100-250	50-200	250-500	200-400	> 500	> 400
Budesonido-PSI	200-400	100-200	400-800	200-400	> 800	> 400
Budesonido-Suspensão para inalação por nebulizador	500-1000	250-500	1000-2000	500-1000	> 2000	> 1000
Ciclesonida-HFA	80-160		160-320		> 320	
Flunisolida	500-1000	500-750	1000-2000	750-1250	> 2000	> 1250
Fluticasona	100-250	100-200	250-500	200-400	> 500	> 400
Furoato de Mometasona	100-250		250-500		> 500	
Acetonido de triamcinolona	400-1000	400-800	1000-2000	800-1200	> 2000	> 1200

REFERÊNCIA: Adaptado de Global Initiative for Asthma (GINA). *Pocket Guide for Asthma Management and Prevention*. 2004. Disponível em <http://www.ginasthma.org>.

O mais importante na determinação da dose apropriada é a resposta clínica do doente à terapêutica farmacológica. O médico deverá controlar a resposta do paciente em função dos vários parâmetros clínicos e ajustar as doses. A abordagem terapêutica "em degraus" mostra-nos que uma vez que se atinge o controlo da asma, a dose da medicação deve ser cuidadosamente reduzida até à dose mínima necessária para se manter o controlo, reduzindo-se assim o risco de efeitos adversos.

CFC:clorofluorcarbonetos; HFA: hidrofluoroalcanos; DPI = pó seco para inalação

Como as preparações de CFC's foram retiradas do mercado, os prospectos dos medicamentos de preparações de HFA devem ser cuidadosamente revistos pelo médico para determinar o nível posológico adequado.

SEQUÊNCIA TERAPÊUTICA NA DPOC

Avaliação da Gravidade da DPOC

Instruções: Uma vez diagnosticada a DPOC, esta deverá ser classificada como Ligeira, Moderada, Grave, ou Muito Grave, com base nos sintomas do paciente e na avaliação da função pulmonar (após broncodilatador). Se não for possível realizar-se uma espirometria, a gravidade da doença deverá ser determinada com base nos sintomas do paciente e no nível de desempenho em actividades diárias.

A tosse crónica e a produção de expectoração surgem, frequentemente, muitos anos antes do aparecimento das alterações respiratórias traduzidas por uma limitação do fluxo aéreo. É por isso, muito importante, dar uma atenção especial a todos os pacientes que apresentam esses sintomas - pacientes "Em Risco" de DPOC, mas que ainda não apresentam alterações na função pulmonar (Contudo, nem todos os indivíduos com tosse e expectoração acabam por desenvolver a DPOC).

Tratamento a Longo Prazo da DPOC Estável		
Estadio	Tratamento	Comentários
0: Em risco	<ul style="list-style-type: none">Espirometria* normalSintomas crónicos (tosse, produção de expectoração).	A tosse e a produção de expectoração precedem frequentemente e por vários anos o desenvolvimento da limitação do fluxo respiratório. A motivação para deixar de fumar (ver Anexo, página 28) é a forma mais importante de evitar o aparecimento da DPOC.
I: DPOC Ligeira	<ul style="list-style-type: none">$FEV_1/FVC < 70\%$$FEV_1 \geq 80\%$ do previstoCom ou sem sintomas crónicos (tosse, produção de expectoração).	Nesta etapa, o paciente pode não estar consciente de que a sua função pulmonar é anormal.
II: DPOC Moderada	<ul style="list-style-type: none">$FEV_1/FVC < 70\%$$50\% \leq FEV_1 < 80\%$ do previstoCom ou sem sintomas crónicos (tosse, produção de expectoração).	Os sintomas normalmente progridem nesta fase, com o aparecimento da falta de ar, sentida tipicamente após um esforço físico, mesmo que pequeno.
III: DPOC Grave	<ul style="list-style-type: none">$FEV_1/FVC < 70\%$$30\% \leq FEV_1 < 50\%$ do previstoCom ou sem sintomas crónicos (tosse, produção de expectoração).	A falta de ar normalmente piora nesta fase e, muitas vezes, limita as actividades diárias dos pacientes. As exacerbações aparecem tipicamente nesta fase da doença.
IV: DPOC Muito Grave	<ul style="list-style-type: none">$FEV_1/FVC < 70\%$$FEV_1 < 30\%$ do previsto ou $FEV_1 < 50\%$ do previsto mais insuficiência respiratória crónica	Nesta fase a qualidade de vida está muito prejudicada e as exacerbações podem colocar o paciente em perigo de vida.

REFERÊNCIA: Adaptado de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). *Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD*. 2004. Disponível em <http://www.goldcopd.org>.

* Todos os valores da função pulmonar foram medidos após a administração de um broncodilatador. As medições de espirometria são avaliadas por comparação com valores de referência baseados na idade, altura, sexo e raça (uso de valores de referência apropriados, por ex., ver Standardization of spirometry, 1994 update. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:1107-36.).

FEV_1 : Volume Expiratório Forçado no 1º Segundo; FVC: Capacidade Vital Forçada

Avaliação: A gravidade da DPOC determina o tratamento necessário; siga para o **Tratamento da DPOC**, página 26.

Tratamento das Exacerbações da DPOC

Na DPOC ocorrem, frequentemente, exacerbações ou agravamento dos sintomas, tais como a tosse, produção de expectoração e falta de ar. Os principais fármacos utilizados no tratamento das exacerbações da DPOC são os broncodilatadores, os glucocorticóides (em alguns doentes) e os antibióticos (quando se suspeitar de uma infecção bacteriana). Os critérios para hospitalização são: aumento marcado da intensidade dos sintomas, incluindo o aparecimento súbito de dispneia em repouso; DPOC grave; aparecimento de novos sinais físicos, como cianose ou edema periférico; ausência de resposta ao tratamento inicial; comorbilidades associadas; presença de arritmias; incerteza quanto ao diagnóstico; idade avançada; ausência de suporte familiar. Para mais informação sobre o tratamento das exacerbações da DPOC, consulte o documento da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) *Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD*, disponível em <http://www.goldcopd.org>.

Tratamento a Longo Prazo da DPOC Estável

Instruções: O tratamento da DPOC deverá realizar-se de forma gradual e escalonada, “por estádios”, em função da gravidade da doença de cada indivíduo; utilize o quadro anexo para sua orientação. A posologia, os efeitos secundários e outros dados sobre os medicamentos utilizados no tratamento da DPOC encontram-se na página 27. Os pormenores sobre a reabilitação e oxigenioterapia encontram-se no documento da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease *Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD*, disponível em <http://www.goldcopd.org>. As instruções para o uso dos vários inaladores e câmaras expansoras estão também disponíveis online em <http://www.goldcopd.org>.

Tratamento da DPOC*	
Estádio	Tratamento
0: Em risco	<ul style="list-style-type: none">• Evitar os factores de risco (incluindo promover activamente a cessação tabágica; para mais informação, ver Anexo, página 28)• Vacinação contra a gripe
I: DPOC Ligeira	<ul style="list-style-type: none">• Todos os anteriores E administrar broncodilatador de acção rápida quando necessário
II: DPOC Moderada	<ul style="list-style-type: none">• Todos os anteriores E adicionar tratamento regular com um ou mais broncodilatadores (os broncodilatadores de acção prolongada são mais eficazes mas mais caros do que os broncodilatadores de acção rápida)• Realizar reabilitação respiratória (incluindo exercício físico orientado e <i>aconselhamento nutricional</i>)
III: DPOC Grave	<ul style="list-style-type: none">• Além das anteriores, administrar glucocorticóides inaláveis em doses médias ou altas - se houver exacerbações repetidas (por exemplo, três nos últimos três anos) com necessidade de tratamento com glucocorticóides por via oral ou com antibióticos
IV: DPOC Muito Grave	<ul style="list-style-type: none">• Além dos anteriores, administrar oxigenioterapia de longa duração se insuficiência respiratória crónica• Considerar tratamento cirúrgico

REFERÊNCIA: Adaptado de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). *Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD*. 2004. Disponível em <http://www.goldcopd.org>.

*Consulte o [Guia de Tratamento Farmacológico da DPOC](#) (página 27) para conhecer a posologia, os efeitos secundários e outros dados sobre os medicamentos para tratamento da DPOC.

Na página 24, encontra-se um Guia Posológico dos Glucocorticóides por via inalatória.

Seguimento e cuidados continuados: A DPOC é uma doença de evolução tipicamente lenta e progressiva; por esse motivo, o tratamento deve ser mantido, durante longos períodos de tempo e, sempre que há qualquer agravamento, aumentadas as doses e/ou acrescentando outros fármacos, de acordo com a terapêutica por “estádios”.

O tratamento da DPOC não produz necessariamente uma melhoria do FEV1, apesar de se poderem observar pequenas alterações nas determinações do volume pulmonar, tais como a capacidade inspiratória e o volume residual, que são indicadores de hiperinsuflação pulmonar. No entanto, estes testes não se podem realizar facilmente nas nossas consultas. Por isso, deveremos realizar avaliações subjectivas adicionais, inquirindo sobre a variabilidade dos sintomas, as alterações na qualidade de vida e a tolerância ao exercício físico, para podermos aquilatar sobre a eficácia do tratamento.

Consideremos ainda a possibilidade do doente ter, também, asma e esta poderá coexistir em doentes com DPOC. Se o seu parecer clínico for que este diagnóstico deve ser investigado, siga para a [Sequência do Diagnóstico da Asma no Adulto](#). Os doentes aos quais se diagnostique asma e DPOC deverão receber tratamento para as duas doenças, como por exemplo terapêutica regular com broncodilatadores para aliviar os sintomas da DPOC, e glucocorticóides inalados para controlar a inflamação pulmonar produzida pela asma.

Guia de Tratamento Farmacológico da DPOC

Fármaco	Inalador (µg)	Solução para nebulizador (mg/ml)	Oral	Soluções injectáveis (mg)	Duração do efeito (horas)
beta2-agonistas					
Ação rápida					
Fenoterol	100-200 (MDI)	1	0.05% (Xarope)		4-6
Formoterol	4.5-12 (MDI & DPI)	-	-	-	12+
Salbutamol (albuterol)	100, 200 (MDI & DPI)	5	5 mg (Comprimidos) Xarope 0.024%	0.1, 0.5	4-6
Terbutalina	400, 500 (DPI)	-	2.5, 5 (Comprimidos)	0.2, 0.25	4-6
Ação prolongada					
Formoterol	4.5-12 (MDI & DPI)				12+
Salmeterol	25-50 (MDI & DPI)				12+
Anticolinérgicos					
Curta duração					
Brometo de ipatrópio	20, 40 (MDI)	0.25-0.5			6-8
Brometo de oxitrópio	100 (MDI)	1.5			7-9
Ação prolongada					
Tiotrópio	18 (DPI)				24+
Combinação de beta2-agonistas de ação rápida e anticolinérgicos num só inalador					
Fenoterol/Ipatrópio	200/80 (MDI)	1.25/0.5			6-8
Salbutamol/Ipatrópio	75/15 (MDI)	0.75/4.5			6-8
Metilxantinas					
Aminofilina			200-600 mg (Comprimidos)	240 mg	Variável, até 24
Teofilina (LC)			100-600 mg (Comprimidos)		Variável, até 24
Glucocorticóides inalados					
Beclometasona	40, 80 (MDI) 100, 250, 400 (MDI & DPI)	0.2-0.4			
Budesonido	100, 200, 400 (DPI)	0.20, 0.25, 0.5			
Fluticasona	50-500 (MDI & DPI)	0.5/2, 2.0/2			
Flunisolida	250 (MDI)				
Mometasona	200, 400 (DPI)				
Triamcinolona	100 (MDI)	40		40	
Combinação de beta2-agonistas de ação prolongada e glucocorticóides num só inalador					
Formoterol/Budesonido	4.5/80, 160 (DPI) (9/320) (DPI)				
Salmeterol/Fluticasona	50/100, 250, 500 (DPI) 25/50, 125, 250 (MDI)				
Glucocorticóides sistémicos					
Prednisona			5-60 mg (Comprimidos)		
Metilprednisona	10-2000 mg		4, 8, 16 mg (Comprimidos)		

REFERÊNCIA: Adaptado de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). *Pocket Guide for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD*. 2004.

Disponível em <http://www.goldcopd.org>.

MDI = Inalador de dose calibrada; DPI = Pó seco para inalação.

Anexo: Cessação tabágica

Deixar de fumar é claramente a forma de intervenção mais eficaz – e de menor custo – para reduzir o risco de desenvolver DPOC e retardar a sua progressão. O fumo de cigarro é também um factor desencadeador da asma e da rinite alérgica; por isso, a cessação tabágica é um componente importantíssimo no controlo e tratamento dessas doenças.

- Mesmo um breve período de 3 minutos de aconselhamento para motivar e encorajar um fumador a abandonar o hábito tabágico pode ser eficaz e deverá ser feito com cada fumador e em todas as consultas. As estratégias mais intensivas aumentam a probabilidade de um abandono permanente (**Figura 4**).
- Quando o aconselhamento não for suficiente para ajudar o doente a deixar de fumar, recomenda-se o recurso à terapêutica farmacológica (terapêutica de substituição com nicotina e/ou bupropiona). Deverá ter-se uma especial atenção, antes de se iniciar a terapêutica farmacológica com terapêutica substitutiva da nicotina às pessoas que fumam menos de 10 cigarros por dia, às mulheres grávidas, adolescentes, e aquelas com contra-indicações médicas (doença das artérias coronárias instável, úlcera péptica não tratada, enfarte do miocárdio ou acidente cardiovascular recentes, ou história de convulsões associadas à bupropiona).

Figura 4. Estratégia para Ajudar um Doente a Deixar de Fumar
1. AVERIGUAR: Identificar sistematicamente todos os fumadores em cada consulta. <i>Implementar um sistema de forma a que, para CADA doente em CADA consulta, seja inquirida e documentada a utilização de tabaco.</i>
2. ACONSELHAR: Insistir convictamente para que todos os utilizadores de tabaco deixem de fumar. <i>De forma clara, incisiva e personalizada, insistir para que o fumador deixe de fumar.</i>
3. AVALIAR: Determinar a disposição do doente para fazer uma tentativa de deixar de fumar. <i>Perguntar ao consumidor de tabaco se está disposto a fazer uma tentativa para deixar de fumar naquela altura (por exemplo, nos próximos 30 dias).</i>
4. AJUDAR: Ajudar o doente a deixar de fumar. <i>Apoiar o doente com um plano; fornecer um aconselhamento prático; diligenciar apoio psicológico durante o tratamento; ajudar o doente a obter apoio social extra-tratamento; recomendar a utilização de uma terapêutica farmacológica aprovada, se adequado; fornecer materiais suplementares de suporte.</i>
5. AGENDAR: Planear contacto de acompanhamento. <i>Marcar contacto posterior, quer pessoalmente, quer pelo telefone.</i>

Para mais informação sobre cessação tabágica, consultar o documento da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) *Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD*, disponível em <http://www.goldcopd.org>

REFERÊNCIA: Adaptado de: GOLD. *Pocket Guide to DPOC Diagnóstico, Tratamento, e Prevention*. 2004. Disponível em <http://www.goldcopd.org>.