

Aspectos práticos do seguimento do doente com asma

MANUEL LUCIANO SILVA*, JOSÉ FERRAZ DE OLIVEIRA**,
JOSÉ P. MOREIRA DA SILVA**

INTRODUÇÃO

A asma é definida como uma doença inflamatória crónica das vias aéreas na qual várias células e elementos celulares têm um papel importante em particular os mastócitos, eosinófilos, linfócitos T, macrófagos, neutrófilos e células epiteliais.

Em indivíduos susceptíveis, esta inflamação causa episódios recorrentes ou persistentes de sibilância, dificuldade respiratória e tosse, particularmente de noite ou madrugada. Estes episódios estão normalmente associados a uma obstrução variável que se resolve espontaneamente ou após medicação.

É usual o recurso a linhas de orientação consensuais das quais a mais importante e generalizadamente aceite e utilizada é o GINA (*Global Initiative for Asthma*)¹. Estas orientações foram inicialmente difundidas em Portugal pelo Grupo Português do GINA e estão, presentemente, incorporadas no Programa Nacional de Controlo da Asma posto em marcha pela Comissão de Coordenação do Programa da Asma (Despacho Ministerial Nº 6536/99; D.R. Nº 77, II Série, 1/4/99, 4821) da Direcção Geral de Saúde². Deste trabalho, que continua em curso, já resultaram inúmeras iniciativas que, para além de centenas de acções de formação por todo o País, incluem também a elaboração de diverso tipo de material (CD-ROM, Manual de Boas Práticas, Manuais de Ajuda para

os Doentes, etc.)

Na consulta os doentes devem ser avisados relativamente ao uso do tabaco, dos seus efeitos perniciosos, assim como a evicção da frequência de ambientes com fumo devem também ser instruídos quanto à exposição antigénica, agentes sensibilizante ocupacionais e fármacos ou produtos conhecidos que induzam asma. Não devemos esquecer os indutores de asma do dia a dia, tais como o exercício físico, o ar frio, etc. O doente precisa de informação acerca do diagnóstico e tipos de tratamentos disponíveis e diferentes níveis de actuação de cada fármaco; por exemplo, devem ser mostrados diferentes tipos de inaladores para em conjunto se escolher o mais adequado e também deve ser treinado o uso correcto do inalador escolhido, procurando não sermos restritivos, mas fornecendo alternativas ou sugerindo pré medicação.

Deve ser dada a possibilidade de os doentes exprimirem as suas dúvidas e expectativas relativamente à sua doença e tratamento. Devemos também desmistificar os medos e mitos acerca da utilização dos inaladores e corticóides, principalmente no que se refere a aumento de peso, alterações do crescimento e interferência com o aparelho cardiovascular.

Com a informação oral devem ser fornecidos instruções com explicações detalhadas sobre as medidas discutidas. O doente deve ser encorajado a tomar nota das questões que vão aparecendo relativas à sua doença e à leitu-

*USF Horizonte, Matosinhos
**Serviço de Imunoalergologia,
Hospital S. João, Porto

ra dos folhetos fornecidos, respostas estas a colocar nas consultas seguintes. Durante a consulta deve ser executado o PEF, deve ser demonstrado o seu uso correcto e as vantagens da monitorização no domicílio. Instruções escritas e orais relativamente ao uso do PEF devem ser fornecidas, assim como folhetos de monitorização. Devem também ser dadas instruções acerca de indicações que sugiram uma deterioração dos sintomas, com ênfase particular do significado e importância da redução do PEF ou sua grande variabilidade, sintomas nocturnos e aumentos das doses farmacológicas de agonistas β_2 e corticóides inalados.

O doente deve perceber a diferença entre tratamento que rapidamente alivie os sintomas e aqueles que suprimam ou reduzam a inflamação das vias aéreas.

Este capítulo foi escrito com o objectivo de obtermos respostas simples e práticas às perguntas mais comumente feitas pelos médicos quando estão perante um doente com asma.

Que razões me podem fazer suspeitar que um doente tem asma?

Podemos considerar o diagnóstico de asma quando estivermos perante um doente com:

- Pieira e/ou dificuldade respiratória e/ou aperto torácico recorrentes.
- Tosse com agravamento nocturno e/ou com o esforço.
- Sibilância e/ou tempo expiratório prolongado e/ou tiragem.
- Resfriados de repetição.
- Variabilidade e reversibilidade do fluxo das vias aéreas.
- História familiar de doença asmática ou alérgica familiar.
- Antecedentes pessoais de doença alérgica.

Que devo fazer se suspeito que um doente tem asma?

- Confirmar os sintomas e os sinais

clínicos acima descritos.

- Confirmar a variabilidade e a reversibilidade do fluxo das vias aéreas, através da medição seriada do PEF e da resposta broncodilatadora a um agonista β_2 inalado de acção rápida.
- Procurar factores desencadeantes de asma.

Como confirmo a existência de uma asma?

- Através da determinação do valor seriado do PEF durante duas ou três semanas.
- Através da execução de uma espirometria com prova de broncodilatação positiva.
- Através da execução de um telera-diografia pulmonar que exclua outras patologias – ex. corpo estranho, pneumonia.

Como devo seguir um doente asmático?

O seguimento de um doente asmático deve ser feito através de um plano de consultas regulares programadas de acordo com a gravidade da doença (dois a quatro por ano). Será também considerada imperiosa a disponibilização de consultas não programadas na mesma Unidade de Saúde para a abordagem de situações urgentes (ex. agudizações, infecções respiratórias).

Durante a consulta deverão ser formuladas perguntas que induzam respostas tão objectivas quanto possível.

Devem ser evitadas perguntas do tipo «Tem passado bem, não tem?» ou «Tem feito a medicação que receitei?», privilegiando-se questões do tipo «Na última semana, quantas vezes teve dificuldade respiratória?», «Em que circunstâncias, de dia ou de noite?», «Quantas vezes utilizou o (fármaco de alívio) nos últimos 15 dias?», «Tem usado regularmente o (fármaco controlador)?».

O uso de métodos objectivos para avaliar a função respiratória é especialmente relevante porque as apreciações

subjectivas podem não se correlacionar com a gravidade da obstrução brônquica atendendo à sua grande variabilidade. Pode também haver uma má percepção da gravidade dos sintomas por parte do doente ou do médico, o que pode levar a atrasos no início do tratamento e contribuir para o aumento da morbidade da asma.

PEF.

O método mandatório para avaliação da função pulmonar do doente asmático é o *PEF* (Débito Expiratório Máximo Instantâneo) que corresponde ao débito máximo gerado durante uma manobra de expiração forçada após inspiração máxima. Para a sua determinação é fundamental usar técnicas correctas e equipamentos adequados – *Peak Flow Meter* – Debitómetros. Calcula-se em litros por minuto, requer esforço máximo e boa colaboração do doente, sendo reproduzível quando correctamente executado. É uma medida simples e quantitativa e deverá ser considerada na nossa prática clínica como equivalente à medição da tensão arterial com esfigmomanómetro para monitorização do hipertenso ou à avaliação da glicemia capilar do diabético.

No entanto, é de realçar que sendo um método simples, barato e facilmente exequível (utilizado pelo doente no seu domicílio, pelo médico em todas as consultas, numa agudização), tem as suas limitações, nomeadamente o facto de só avaliar o grau de obstrução das grandes vias aéreas, pelo que será necessário recorrer a outras formas de avaliação.

O *PEF* é importante para avaliar a resposta ao tratamento efectuado. Com medições regulares pode-se detectar asma induzida pelo exercício, avaliar a variação circadiana da função pulmonar que reflecte o grau de hiperreactividade das vias aéreas e efectuar a detecção precoce da deterioração da função pulmonar ainda assintomática

(especialmente importante nos doentes com asma persistente moderada a grave e naqueles com diminuta capacidade de auto-avaliação do nível de obstrução). Fornece dados objectivos para o planeamento da terapêutica – iniciar, aumentar, diminuir ou terminar o tratamento.

É importante estabelecer o melhor *PEF* pessoal para o doente e este valor será referência para medições subsequentes. Durante um período de duas a três semanas, o doente deve registar diariamente o *PEF* de manhã ao acordar e de tarde, antes da utilização do broncodilatador se o estiver a utilizar (asma controlada).

O melhor *PEF* pessoal é o valor mais alto atingido nas medições vespertinas. Este valor deverá ser redefinido pelo menos uma vez por ano, de forma a permitir avaliar a progressão da asma.

As medições regulares, de preferência diárias, em especial em doentes com asma persistente moderada e grave, podem ser utilizadas na monitorização e tratamento da asma. Os doentes deverão ser educados sobre as atitudes que devem tomar para melhor tratar a asma em ambulatório. Este plano de tratamento é previamente acordado com o doente. A este são dadas as instruções que lhe permitem ter um maior controlo sobre a sua doença. Pode-se utilizar um sistema de zonas, que correlaciona o valor do *PEF* com a medicação utilizada. As zonas são estabelecidas em relação ao melhor valor pessoal ou ao valor preditivo (o maior dos dois). O importante é a variação entre medições e /ou em relação ao melhor *PEF* e não o valor de uma medição isolada.

Uma forma muito utilizada consiste na adaptação das cores de um semáforo:

Zona Verde (80 a 100% do preditivo ou do melhor valor pessoal): indica que está tudo bem, a asma está bem controlada, não há sintomas, é de manter a medicação habitual.

Zona Amarela (50 a 80% do preditivo ou do melhor valor pessoal): implica atenção. Pode estar a iniciar-se uma crise que necessite de um aumento transitório da medicação. Ou a asma não está bem controlada e precisa de uma alteração na terapêutica de manutenção. Deve ser contactado o médico.

Zona Vermelha (inferior a 50% do preditivo ou do melhor valor pessoal): indica alerta médico. Deve ser utilizado um agonista β_2 inalado imediatamente; deve recorrer ao médico (consulta ou serviço de urgência) se o valor do *PEF* não melhorar, passando a colocar-se na zona verde ou amarela.

Este sistema permite que o doente tome a medicação precocemente (antes dos sintomas), podendo encurtar ou prevenir uma crise grave.

Deve ser recomendado um registo diário de sintomas e medicação usada e também do DEMI feito pelo doente, nas duas semanas anteriores à visita seguinte, o qual poderá ajudar a identificar os problemas e ajuizar da aderência à medicação recomendada.

As três zonas (Verde, Amarela e Vermelha) como guia de tratamento do doente devem ser explicadas e exemplificadas. Um plano escrito deve ser fornecido com as seguintes informações: instruções acerca da medicação crónica, critérios para o reconhecimento de um tratamento a longo prazo insuficiente, instruções para a valorização dos sintomas de deterioração da asma (incluindo medições do DEMI), lista de degraus para o manuseamento de episódios agudos, critérios para iniciar ou modificar a terapêutica e para recorrer ao médico ou ao Serviço de Urgência.

Espirometria.

Na avaliação inicial de um doente asmático deve ser sempre executada uma espirometria, que deverá ser repetida com periodicidade aproximadamente anual. Sendo actualmente um método menos acessível (só disponível em laboratórios

de exploração funcional respiratória mais ou menos apetrechados), deve ser generalizado a unidades de saúde no âmbito dos cuidados primários, dada a sua cada vez maior simplicidade de execução (ao alcance de qualquer médico ou enfermeiro) e menor custo.

A espirometria permite avaliar o grau de obstrução das vias aéreas e as características das curvas débito-volume. As grandes vias aéreas são avaliadas essencialmente pelo *FEV1* (Volume Expiratório Máximo no Primeiro Segundo) e *FVC* (Capacidade Vital Forçada), sendo as pequenas vias aéreas melhor avaliadas pelo *FEF*₂₅₋₇₅. Estes elementos permitem informação mais detalhada da função pulmonar, por exemplo, a detecção, através da morfologia das curvas débito-volume (concavidade do ramo descendente), de formas de obstrução brônquica que se manifestem apenas ao nível das pequenas vias aéreas.

Em casos mais complexos ou quando há necessidade de efectuar diagnósticos diferenciais, será de recorrer a estudos da mecânica ventilatória – pletismografia, com ou sem estudo da difusão do CO, que são métodos de âmbito hospitalar.

Nas consultas de seguimento, devem ser discutidas as perguntas colocadas pelos doentes, os problemas surgidos com a medicação, podendo ser necessário revê-la.

É também fundamental a demonstração/verificação do uso correcto dos dispositivos inalatórios prescritos (aerossóis pressurizados, *turbohaler*, *diskus*, *rotahaler*, *aerolizer*, etc), com eventual re-ensino/demonstração.

A determinação do *PEF*, com verificação do uso correcto do debitómetro pelo doente, deve ser feita sistematicamente em cada consulta.

Devem ser formuladas recomendações gerais para evitar exposições ambientais prejudiciais.

A auscultação pulmonar é, nesta patologia, uma componente do exame fisi-

co que deve ser sempre contemplada.

A co-morbilidade com a rino-sinusite pode comprometer a eficácia do tratamento em curso, pelo que devemos estar atentos e tratar adequada e atempadamente estas situações.

Que fazer perante um asmático que nos chega à consulta e está na mesma ou piorou?

Nessas circunstâncias, várias hipóteses poderão ser equacionadas:

- O doente não usa correctamente os dispositivos inalatórios;
- O doente não cumpre o plano terapêutico estabelecido com rigor (este plano deverá ter sido escrito e estar sempre presente na consulta);
- O doente está condicionado pelo custo dos fármacos que pode comprometer a sua aderência;
- A existência de uma infecção respiratória;
- O agravamento da doença.

Auto-controlo da doença – porquê e para quê?

A importância da educação e ensino do doente, para que possa participar no controlo do seu problema, é fundamental.

Um doente que entenda bem os mecanismos e os sintomas precoces de agravamento, as plataformas terapêuticas sugeridas, explicadas e acordadas com o seu médico, ficará mais capaz de controlar a doença. Pode dizer-se que o objectivo do controlo de um asmático é um processo contínuo de troca de informações a diferentes níveis entre o doente, os profissionais de saúde envolvidos (médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos/psiquiatras) e os cuidadores. Para que esta troca de informações funcione é necessário que todos entendam que a asma é uma doença crónica, que requer actuações diversas, que motiva consultas programadas e disponibili-

dade para atendimento em situações de urgência, devendo haver uma grande empatia das pessoas envolvidas nesta relação. O doente deve ser encorajado a discutir as suas expectativas e frustrações em todos os contactos.

Os asmáticos precisam de desenvolver um grau de confiança e confiança e seguirem os conselhos dos profissionais envolvidos no tratamento, relativos à sua doença, à medicação e ao ambiente a que estão expostos, nomeadamente em casa, no local de trabalho e na escola.

A informação, que deve ser personalizada, terá em conta a educação e os conhecimentos de cada um, gerando responsabilidades maiores ou menores de actuação nos diferentes níveis.

A compreensão da informação, assim como os ensinamentos relativos à doença, devem ser periodicamente revidos e reavaliados.

Que registos clínicos são desejáveis em cada consulta?

Variável de acordo com os hábitos e as disponibilidades de cada um. Contudo, devem ser considerados indispensáveis os seguintes:

- Registo resumido de sintomas, de agudizações e de infecções intercorrentes.
- Registo do PEF, da auscultação pulmonar e do exame da orofaringe/nariz/ouvidos.
- Diagnóstico, com indicação do grau de gravidade da asma reavaliado.
- Plano terapêutico.

Que exames complementares se devem pedir na rotina de seguimento de um doente asmático?

Para além de uma espirometria anual, não é necessário qualquer outro pedido de exame que não decorra do critério clínico aplicado, em cada momento, à situação clínica.

Conforme se vai explicar adiante o

doente deve levar o plano terapêutico escrito e a terapêutica em curso, bem como análises de rotina geral, exame parasitológico de fezes, IgE total e IgE específica em multidisco para inalantes, imunoglobulinas (A, M e G), α_1 anti-tripsina, e se for uma criança, IgE específica em multidisco para alimentos.

Como classifico a doença asmática?

A doença asmática está consensualmente classificada com base em critérios assumidos nacional e internacionalmente (PNCA/GINA).

A classificação da gravidade estabelece-se em quatro degraus em função dos sintomas, dos sintomas nocturnos e da avaliação do PEF ou FEV₁, conforme o Quadro I.

É de realçar que, para a inclusão de um doente num degrau superior, basta a presença de um dos itens considerados.

Quais são os objectivos a atingir com o tratamento?

É justo pensar que doentes e médicos esperam sempre o melhor controlo da doença, que se atinge com sintomas crónicos mínimos (idealmente ausentes) não condicionando limitação nas actividades diárias, incluindo o exercício; com agudizações raras e conse-

quente redução/ausência de idas ao serviço de urgência; com recurso mínimo a agonistas β_2 utilizados em recurso; com ausência de efeitos adversos aos fármacos; com PEF tão próximo quanto possível do normal e com uma variação circadiana inferior a 20%.

Como devo tratar um doente com asma?

O tratamento de um doente com asma depende de diversos factores, como por exemplo, o seu nível económico, a gravidade da sua doença, os fármacos e outros procedimentos terapêuticos disponíveis no mercado local, e também das preferências e hábitos de prescrição do médico.

Baseados nas determinações do Programa Nacional do Controlo da Asma/GINA, seguem-se quadros que permitem uma leitura simplificada das opções de tratamento farmacológico dos vários degraus de gravidade da asma subdivididos em crianças com menos de cinco anos de idade e adultos (inclui crianças com mais de cinco anos).

Importa considerar como notas complementares válidas para todos os quadros:

1. Para além da terapêutica controladora diária regular, β_2 agonistas inalados devem ser utilizados quando necessário

QUADRO I

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA ASMA

	Sintomas	Sintomas nocturnos	
Degrau 4 Persistente Grave	Contínuos Actividade física limitada	Frequentes	≤60% valor teórico Variabilidade >30%
Degrau 3 Persistente Moderada	Diários Agonistas- β_2 diários afectam actividade diária	>1 x por semana	>60% - <80%, valor teórico Variabilidade >30%
Degrau 2 Persistente Ligeira	≥1 x por semana mas <1 x por dia	>2 x por mês	≥80% valor teórico Variabilidade 20-30%
Degrau 1 Intermitente	<1 x por semana Assintomático e PEF normal entre as crises	≤2 x por mês	≥80% valor teórico Variabilidade <20%

para aliviar sintomas, mas nunca mais de três a quatro vezes por dia.

2. Quando o controlo da doença é atingido e mantido pelo menos durante três meses, deve ser tentada uma redução gradual da terapêutica controladora.

Os esquemas terapêuticos presentemente recomendados encontram-se descritos nos Quadros II a V.

Degrau 1 (Intermitente);
 Degrau 2 (Persistente ligeira);
 Degrau 3 (Persistente moderada);
 Degrau 4 (Persistente grave)

Qual a equivalência de doses entre os corticosteróides inalados?

Esta equivalência está descrita no

QUADRO II

FÁRMACOS RECOMENDADOS NA ASMA DEGRAU 1: ADULTOS

Gravidade	Medicação diária controlada	Outras opções (por ordem de custos)
Degrau 1: Intermitente	Nenhuma	Nenhuma

Medicação de alívio: agonista- β_2 inalados de acção rápida quando necessário, nunca mais de três-quatro vezes por dia. Uma vez atingido o controlo e mantido por, pelo menos, dois meses, deve ser tentada uma redução gradual de terapêutica

quadro abaixo, que permite uma mais fácil leitura

Quais são os critérios de referência dos doentes asmáticos?

O doente asmático deve ser sempre referenciado se tiver antecedentes de crises asmáticas graves, se tiver uma asma persistente alternando entre o moderado a grave, se houver complicações durante o tratamento e/ou co-morbilidades, se houver ausência ou incompleta resposta ao tratamento, se for perspectivada a necessidade de intervenção ambiental ou de imunoterapia específica, se houver dificuldades no diagnósti-

QUADRO III

FÁRMACOS RECOMENDADOS NA ASMA DEGRAU 2: ADULTOS

Gravidade	Medicação diária controlada	Outras opções (por ordem de custos)
Degrau 2: Persistente Ligeira	Corticóides inalados (<500 de BPD ou equivalente)	Teofilina de libertação ou Cromona ou Anti-leucotrieno

Medicação de alívio: agonista- β_2 inalados de acção rápida quando necessário, nunca mais de três-quatro vezes por dia. Uma vez atingido o controlo e mantido por, pelo menos, três meses, deve ser tentada uma redução gradual de terapêutica

QUADRO IV

FÁRMACOS RECOMENDADOS NA ASMA DEGRAU 3: ADULTOS

Gravidade	Medicação diária controlada	Outras opções (por ordem de custos)
Degrau 3: Persistente Moderada	Corticóides inalados (200 a 1.000 μ g de BDP ou equivalente) Adicionar agonista- β_2 de longa acção inalado	Corticóides inalados (500 a 1.000 μ g BDP ou equivalente e teofilina de libertação lenta, ou Corticóides inalados (500 a 1.000 μ g BDP ou equivalente e agonista- β_2 de longa acção, ou Corticóide inalado em doses elevadas (>1.000 μ g de BDP ou equivalente), ou Corticóide inalado (500 a 1.000 μ g BDP ou equivalente) e anti-leucotrieno

Medicação de alívio: agonista- β_2 inalados de acção rápida quando necessário, nunca mais de três-quatro vezes por dia. Uma vez atingido o controlo e mantido por, pelo menos, três meses, deve ser tentada uma redução gradual de terapêutica

QUADRO V

FÁRMACOS RECOMENDADOS NA ASMA
DEGRAU 4: ADULTOS

Gravidade	Medicação Diária Controlada	Outras Opções
Degrau 4: Persistente Grave	Corticóide inalado (>1.000 µg de BDP ou equivalente) e, se necessário, um ou mais dos seguintes - teofilina de libertação lenta - anti-leucotrieno - agonista-β ₂ de acção longa - corticóide oral	

Medicação de alívio: agonista-β₂, inalados de acção rápida quando necessário, nunca mais de 3-4 vezes por dia. Uma vez atingido o controlo e mantido por, pelo menos, 3 meses, deve ser tentada uma redução gradual de terapêutica

co diferencial, no auto-controlo e na adesão ao tratamento.

Como devo referenciar bem (que informação e exames devem acompanhar um doente)?

Com o diagnóstico de asma cumprindo os critérios descritos em 1, 2 e 3, com a classificação do grau de gravidade da doença actualizada, explicando a razão da referenciação tendo em conta os critérios descritos em 12, o doente deve levar o plano terapêutico escrito e a terapêutica em curso, bem como análises de rotina geral, exame parasitológico de fezes, IgE total e IgE específica em multidisco para inalantes, imunoglobulinas (A, M e G), α₁ anti-tripsina, e se for uma criança, IgE específica em multidisco para alimentos.

Também é importante facultar os elementos da avaliação funcional respiratória e, se houver, telerradiografia pulmonar.

Devo esperar uma informação de retorno da especialidade e devo eu próprio fazer uma informação de retorno ao especialista?

Sim, para ambas as situações, mas não necessariamente em cada consulta.

No caso de não haver retornos de informação, estes devem ser activamente solicitados.

Só assim será possível otimizar o seguimento do doente, pela partilha da informação, complementando atitudes clínicas em cumplicidade cruzada e contribuindo para a racionalização de custos.

O que é uma exacerbação?

Entende-se por exacerbação uma situação em que o doente, apesar de manter a sua medicação de rotina, começa a ficar sintomático e necessita com mais frequência de medicação de alívio. As principais causas de exacerbações são as infecções respiratórias, o exercício e a hiperventilação, a exposição aguda a alergénios, as alterações climatéricas, a exposição ao dióxido sulfuroso, a ingestão de certos alimentos e aditivos e, finalmente, o uso de certos fármacos.

Onde se tratam as exacerbações?

As formas mais ligeiras podem ser tratadas em consultório convenientemente apetrechado e mesmo em ambulatório pelo próprio doente desde que capaz e devidamente instruído.

Nas Unidades de Saúde Familiares/Centros de Saúde, em Clínicas e Hospitais Privados no âmbito da abordagem dos CSP.

Quando não solucionados e/ou em casos mais graves, através do recurso a Serviços de Urgência Hospitalares.

Como se tratam as exacerbações?

Deve ser primeiramente avaliada a gravidade da crise de asma e imediatamente referenciadas as que se apresentem como graves ou muito graves.

O tratamento inicial consiste na utilização de agonistas β₂ inalados de acção rápida em doses adequadas (ajustar as doses conforme o peso em crianças) (ex. 0,5 ml de solução respiratória de salbutamol associada ou não a uma unidose de brometo de ipratrópio diluído em

soro fisiológico sob a forma nebulizada), que pode ser repetido até três vezes numa hora.

Se os sintomas e os sinais cessarem ou regredirem, sendo de esperar um efeito de pelo menos quatro horas, poderemos enviar o doente com reajuste terapêutico para o seu domicílio ou mantê-lo sob vigilância por mais algumas horas.

Se não houver melhoria da crise, considerar a utilização de corticosteróides (inalados ou sistêmicos) e o eventual envio a Serviços de Urgência Hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. Global Strategy for Asthma. In URL: <http://www.ginasthma.com/ginawr20clean.pdf>.
2. Comissão de Coordenação do Programa da Asma. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Controlo da Asma. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2000. In URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005992.pdf>.

Endereço para correspondência

Unidade de Saúde Familiar Horizonte
Rua Alfredo Cunha, 367
4450 Matosinhos