



NORMA

NÚMERO: 012/2018

DATA: 12/06/2018

ASSUNTO: Processo Assistencial Integrado da Asma na Criança e no Adulto

PALAVRAS-CHAVE: Asma; técnica inalatória; processo assistencial integrado

PARA: Direções Clínicas e de Enfermagem das Instituições Hospitalares, Conselhos Clínicos e de Saúde dos Agrupamentos de Centros de saúde e Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, ouvida a Diretora do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

NORMA

1. O Diretor Clínico Hospitalar, o Enfermeiro Diretor Hospitalar e o Presidente do Conselho Clínico e de Saúde de cada Agrupamento de Centros de Saúde asseguram nas unidades de saúde:
 - a) A implementação do Processo Assistencial Integrado da Asma na Criança e no Adulto (PAI Asma);
 - b) A formação dos profissionais de saúde envolvidos;
 - c) A monitorização da adesão às Normas e Orientações clínicas e organizacionais e regras de boa prática de segurança e de respeito pelos direitos dos doentes;
 - d) A realização de auditorias internas interpares e sistemáticas.
2. A metodologia geral de implementação dos Processos Assistenciais Integrados encontra-se resumida na Orientação “Processos Assistenciais Integrados” n.º 02/2013, de 18/02/2013, desta Direção-Geral.



3. Faz parte integrante do PAI Asma a versão resumida para uso clínico, disponibilizada em simultâneo e no sítio <https://www.dgs.pt>.
4. A presente Norma revoga a Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 009/2017, de 05/07/2017.

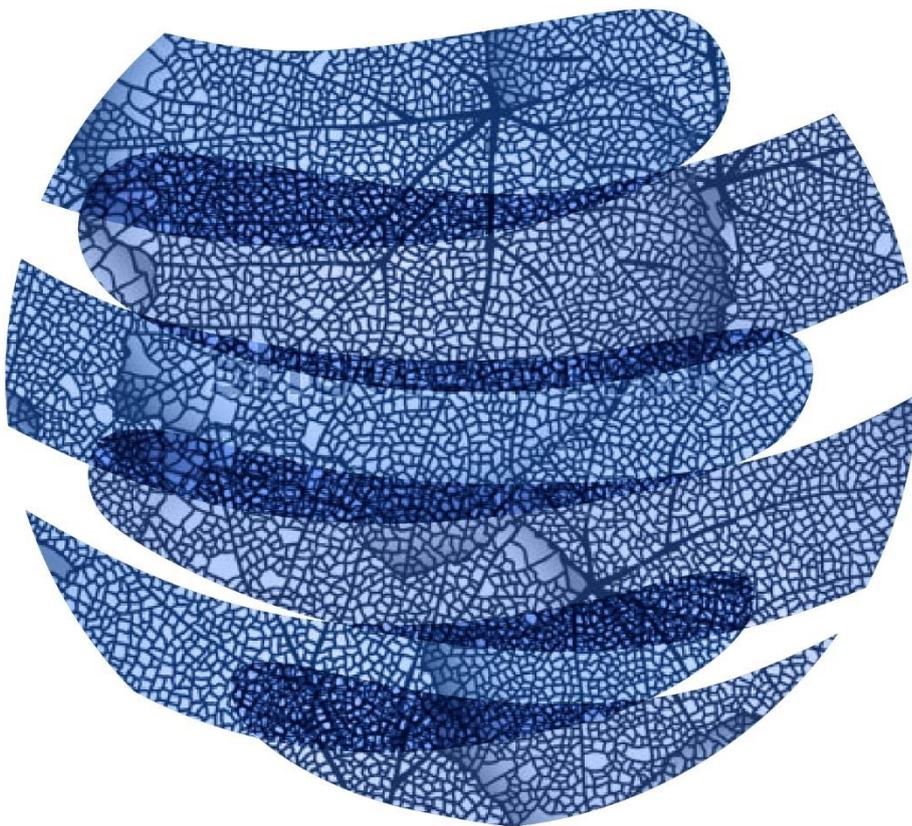


Graça Freitas

Diretora-Geral da Saúde

PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA ASMA NA CRIANÇA E NO ADULTO

Departamento da Qualidade na Saúde



Página intencionalmente em branco

PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA ASMA NA CRIANÇA E NO ADULTO

Departamento da Qualidade na Saúde

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA ASMA NA CRIANÇA E NO ADULTO

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018

ISBN

EDITOR

Direção-Geral da Saúde

Departamento da Qualidade na Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: dqs@dgs.pt

www.dgs.pt

COORDENAÇÃO EXECUTIVA

Carlos Silva Vaz, Departamento da Qualidade na Saúde

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Cristina Bárbara, Diretora do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

Ana Maria Arrobas, Elisabete Ribeiro Amaral, Helena Falcão, João Vaz Ramires, Teresa Bandeira

COLABORAÇÃO INSTITUCIONAL

Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Médicos, Grupo de Estudos das Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (GRESF) e Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

CONTRIBUTOS, VALIDAÇÃO E REVISÃO DE CONTEÚDOS

Ângela Dias, Cristina Ribeiro Gomes, Deolinda Chaves Beça, Laura Marques, Rui Costa, Sérgio Gomes

AGRADECIMENTOS

Filipa Sabino, Jorge Tavares

3.ª edição (versão eletrónica)

Lisboa, junho, 2018

Índice

Recomendações principais	6
Graus de recomendações e níveis de evidência	7
Apresentação	9
1 Introdução	11
2 Definição	17
3 Expectativas	19
4 Descrição geral	21
5 Componentes	23
6 Atividades	45
7 Recursos	51
8 Representação gráfica	53
9 Indicadores	61
10 Anexos	63
Anexo 1 Roteiro de informação à pessoa com asma	65
Anexo 2 Expectativas do cidadão/cuidador e dos profissionais de saúde	67
Anexo 3 Questionários de auto-avaliação para monitorização do controlo e qualidade de vida.....	73
11 Acrónimos e siglas	77
12 Bibliografia	81

RECOMENDAÇÕES PRINCIPAIS

Recomendação

Grau de recomendação/

Nível de evidência

Na suspeita de asma, a espirometria é o exame complementar de diagnóstico de eleição para avaliar a presença, a gravidade e a variabilidade da obstrução brônquica.	I-C
Na criança em idade pré-escolar deve rever-se periodicamente o diagnóstico de asma perante a possibilidade, frequente, de outros diagnósticos. A referenciação a consulta especializada deve ser considerada.	I-B
Na prescrição da terapêutica farmacológica, a pessoa com asma e seu cuidador recebem um plano de ação escrito personalizado, com indicações sobre terapêutica farmacológica de controlo, tratamento de sintomas e alertas para sintomas de perda de controlo.	I-A
Os corticosteróides inalados são os medicamentos mais eficazes no controlo a longo prazo da asma.	I-A
O ensino da técnica inalatória deve ser efetuado e revisto em cada consulta.	I-A
Na pessoa com asma sob terapêutica com corticoides inalados ou sistémicos é recomendada a vacinação contra a gripe.	I-C
Na situação de asma de difícil controlo é obrigatório a identificação e tratamento das comorbilidades, nomeadamente: rinite, obesidade, doença do refluxo gastroesofágico (DRE) e tabagismo.	I-A (Rinite/DRE/ tabagismo) I-B (Obesidade)
Todos os contactos da pessoa com asma com os serviços de saúde devem ser aproveitados para a promoção da educação do autocontrolo, tais como: <ul style="list-style-type: none"> a) Primeira consulta; b) Consultas subsequentes; c) Internamento; d) Consulta de agudização; e) Consulta em urgência; f) Consulta por infeção aguda. 	I-A
Na referenciação ou transferência da pessoa com asma entre serviços (consulta, internamento, urgência) é elaborada nota de alta, nos termos descritos neste PAI.	I-C

Graus de Recomendação e Níveis de Evidência

O PAI da Asma na Criança e no Adulto contem o resumo das recomendações desenvolvidas por um painel de especialistas após a realização de revisão da literatura científica sobre o diagnóstico e monitorização da asma, sobretudo a partir da revisão e adaptação das *guidelines* internacionais mais recentes, sumarizadas na bibliografia deste PAI.

Na Tabela 1 e 2 encontram-se, respetivamente, os Graus de Recomendação e os Níveis de Evidência, adotados por esta Direção-geral, para a emissão das Normas Clínicas e Orientações elaboradas pelo Departamento da Qualidade na Saúde, em parceria com a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros.

Tabela 1: Graus de Recomendação

Grau de recomendação	Descritivo
Grau I	Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento é benéfico, útil e eficaz.
Grau II	Existem evidências contraditórias e/ou divergência de opiniões sobre a utilidade/eficácia de determinado tratamento ou procedimento.
Grau IIa	Evidências/opinião maioritariamente a favor da utilidade/eficácia.
Grau IIb	Utilidade/eficácia pouco comprovada pelas evidências/opinião.
Grau III	Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento não é benéfico/ eficaz e poderá ser em certas situações prejudicial.

Fonte: adaptado e traduzido de www.escardio.org

Tabela 2: Níveis de Evidência

Nível de evidência	Descritivo
A	Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou meta-análises.
B	Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados.
C	Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospectivos e registos.

Fonte: adaptado e traduzido de www.escardio.org

Página intencionalmente em branco

APRESENTAÇÃO

No cumprimento da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com o objetivo de oferecer cuidados de saúde de elevada qualidade aos cidadãos, a Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), iniciou a publicação de Processos Assistenciais Integrados (PAI) relativamente a diversas alterações do estado de saúde, doenças agudas e doenças crónicas.

Os PAI são processos organizacionais que colocam o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema. A continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados, são reconhecidos como elementos essenciais para garantir que o doente recebe de forma atempada e efetiva os melhores cuidados de saúde.

A abordagem dos PAI é uma abordagem multidisciplinar, integral e integrada que pressupõe a reanálise de todas as atuações de que o doente é alvo em qualquer ponto do Sistema de Saúde, do início ao fim do processo assistencial. Por outro lado, as atividades assistenciais baseadas na melhor evidência científica disponível, respeitam o princípio do uso racional de tecnologias da saúde e orientam a adoção de atuações terapêuticas custo-efetivas, ao mesmo tempo que se garante ao cidadão a qualidade clínica que é consagrada como um dos seus principais direitos.

Pretende-se proporcionar a mudança organizacional, com base no envolvimento de todos os profissionais implicados na prestação de cuidados, quer a nível hospitalar, quer a nível dos cuidados primários ou continuados, acreditando na sua capacidade e vontade de melhorar continuamente a qualidade e de centrar os seus esforços nas pessoas.

Os PAI são ainda uma ferramenta que permite analisar as diferentes componentes que intervêm na prestação de cuidados de saúde e ordenar os diferentes fluxos de trabalho, integrando o conhecimento atualizado, homogeneizando as atuações e colocando ênfase nos resultados, a fim de dar resposta às expectativas quer dos cidadãos quer dos profissionais de saúde.

O PAI da Asma na Criança e no Adulto foi elaborado em cooperação ativa com a direção do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, tendo em conta as suas orientações estratégicas, a evidência científica publicada e os consensos da comunidade científica e académica e ainda a cooperação de representantes Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros.

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde

Página intencionalmente em branco

1

INTRODUÇÃO

A Asma no Mundo

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

Habitualmente a asma surge na infância, constituindo uma das doenças crónicas mais frequentes e pode persistir ao longo dos anos, sendo menos frequente o seu início na idade adulta. Tem grande impacto na vida dos seus portadores, cuidadores e na comunidade, estimando a OMS que em termos de anos de vida ajustados à doença (DALYs), 13,8 milhões sejam perdidos anualmente devido à asma, representando 1,8% do total global da doença, colocando-a com um impacto semelhante ao da diabetes. Os dados nacionais, no que diz respeito aos YLD ou anos de vida vividos com incapacidade, decorrentes das doenças respiratórias, aos quais corresponde uma cota de 5,06%, a asma é a grande responsável por essa incapacidade (3,20%), seguindo-se-lhe a DPOC (1,84%).

A maior parte dos doentes apresenta doença ligeira a moderada que pode ser facilmente controlada, estimando-se que 5-10% tenham formas graves, implicando custos totais muito significativos, sejam eles diretos, indiretos ou intangíveis tais como a perda da qualidade de vida, sendo-lhes imputados mais de 50% dos custos globais.

Na Europa, cerca de 30 milhões de crianças e adultos, com idades inferiores a 45 anos, têm asma. As taxas da doença tendem a ser mais elevadas nos países nórdicos e ocidentais, onde a prevalência pode ultrapassar os 10%. Estima-se que, contrariamente à asma na infância, a asma no adulto seja mais comum no sexo feminino.

Asma em Portugal

Em Portugal, e de acordo com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) a prevalência da asma na população residente é de 6,8% (Inquérito Nacional de Prevalência da Asma de 2010). A prevalência é mais elevada na população infantil e juvenil, constituindo causa frequente de internamento hospitalar. Estima-se que a prevalência média de asma atingirá mais de 11% da população no grupo etário dos 6-7 anos, 11,8% no dos 13-14 anos e 5,2% no dos 20-44 anos.

Estima-se que apenas 57% dos asmáticos tenham a sua doença controlada, ou seja, cerca de 300.000 portugueses necessitam de melhor intervenção para controlo da doença. Relativamente ao controlo da doença, (Inquérito Nacional de Controlo da Asma de 2010) 88% dos asmáticos não controlados consideram erradamente a sua doença como controlada.

A análise da taxa padronizada de internamentos hospitalares aponta Portugal como o país da UE com menor taxa de internamento por asma, em jovens com idade superior a 15 anos e adultos. No entanto, em 2010, ainda se observou uma taxa de internamento de 26,8 por 100.000 habitantes com significativas assimetrias regionais. Cerca de metade dos internamentos por asma verificou-se nas populações com idade inferior a 19 anos, sendo a taxa nacional de 62,9 por 100.000 jovens, constatando-se cerca do dobro de internamentos no sexo masculino. A demora média aumenta proporcionalmente com o aumento da idade. A letalidade hospitalar foi baixa e ocorreu apenas nas faixas etárias a partir dos 65 anos.

Numa avaliação comparativa dos anos 2013 e 2014 de todos os episódios de internamento (por diagnóstico principal ou secundário) associados a asma brônquica, verifica-se uma redução assinalável (16,6%) do número de internamentos.

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

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

Globalmente o número de óbitos decresceu, com uma quase inexistente mortalidade na idade pediátrica. Consta-se apenas, em 2013, uma redução na taxa de mortalidade padronizada a partir dos 65 anos (0,7 por 100.000 habitantes). Este dado é também consubstanciado de óbitos (112 em 2013), sendo predominantemente em meio extra-hospitalar. O seu valor aumenta cerca de 19 vezes a partir dos 85 anos, embora com assimetrias regionais.

A asma é uma doença crónica, mas a gestão adequada pode controlar a doença e habilitar a pessoa com asma a ter uma vida sem restrições e com uma boa qualidade. Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, o registo de utentes inscritos ativos com o diagnóstico de asma tem vindo a aumentar consistentemente desde 2011, contudo ainda com valores muito abaixo dos valores de prevalência conhecidos, para esta patologia. Em 2014, para a asma o seu valor foi de 2,08%, verificando-se um acréscimo de 98% no horizonte temporal de 2011 para 2014.

A maioria das pessoas com asma pode ser orientada e seguida em consulta de Medicina Geral e Familiar, de acordo com as recomendações, no entanto, na presença de um número selecionado de critérios clínicos, requer consultas e intervenções nas unidades hospitalares. A asma é uma doença de comportamento variável, daí que a prevalência seja o dado mais utilizado na definição da carga da doença.

Três termos são usados para descrever o curso da asma: controlo, risco de agudizações ou crises e de perda da função pulmonar e efeitos adversos do tratamento. O controlo da asma é avaliado pelos sintomas e atividades da vida diária. A gravidade da asma é descrita pelo grau de terapêutica farmacológica necessário para controlar os sintomas e a função pulmonar. Agudizações ou crises de asma são episódios de perda de controlo que se manifestam por sintomas que requerem tratamento adicional de alívio.

A qualidade dos cuidados na asma envolve não só o diagnóstico inicial e o tratamento para atingir o controlo dos sintomas, a redução do risco de agudizações e de perda da função pulmonar, mas também o acompanhamento regular a longo prazo para os manter, reforçando a parceria entre o profissional de saúde e o doente/família, e a adesão ao plano de monitorização e tratamento.

O controlo da asma centra-se em dois domínios:

(1) redução de sintomas (controlo sintomático) — frequência e intensidade dos sintomas e limitações das atividades experimentadas pela pessoa, criança ou adulto, portadora de asma; e

(2) redução do risco (controlo do risco) — probabilidade de agudizações de asma, declínio progressivo da função pulmonar, ou efeitos adversos da medicação e outras intervenções terapêuticas não farmacológicas, nomeadamente de intervenção ambiental.

Alcançar e manter o controlo da asma requer medicação adequada e a intervenção possível nos fatores ambientais que causam o agravamento dos sintomas, ajudando a pessoa com asma na capacitação para o autocontrolo e assegurando o acompanhamento a longo prazo para avaliar o controlo e ajustar o tratamento.

Processo Assistencial Integrado na Asma – porquê?

É necessário orientar a prática clínica para os resultados e para a qualidade, tendo também como objetivo a utilização mais efetiva dos recursos. A gestão da prática clínica, tal como definida nos PAI, apela para uma melhor organização dos cuidados prestados às pessoas pelo Sistema de Saúde, centrando-os no cidadão e, neste caso particular, nas necessidades e expectativas da pessoa com asma (ver Anexo 1 - roteiro da informação à pessoa com asma) e na antecipação e planeamento integral da continuidade de cuidados.

No desenvolvimento deste PAI colocou-se especial ênfase nas atividades que se pensa poderem afetar a qualidade dos cuidados (como podem ser os problemas da técnica inalatória e da adesão à terapêutica e de registo clínico) e nas que podem melhorar os cuidados prestados a pessoas com problemas crónicos, como é o caso das consultas periódicas programadas e da sua reconvocação (no caso das pessoas que faltam).

O objetivo destes cuidados é assegurar a coordenação entre profissionais diferentes e a coresponsabilidade dos diferentes profissionais com a pessoa, criança ou adulto, portadora de asma, assegurando as suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais para alcançar uma estabilidade e um controle clínico e funcional que assegure a qualidade de vida e lhe permita desenvolver com bem estar as atividades da sua vida diária.

O PAI da Asma encontra-se em consonância com os objetivos estratégicos e os principais indicadores definidos no PNDR mas tem, especificamente, um âmbito circunscrito: centra-se no circuito da pessoa com asma, como é próprio do desenho geral dos PAI, tal como se descreve nos capítulos seguintes.

Deseja-se que se efetue uma leitura flexível deste documento e do que nele está definido, para que, tendo em conta os recursos disponíveis localmente, possa ser realizada a melhor adaptação possível, com vista ao aperfeiçoamento dos cuidados de saúde prestados às pessoas com asma.

Foi assim que este documento foi pensado: como instrumento de trabalho, adaptável ao âmbito local específico de cada unidade prestadora de cuidados de saúde (consultar Orientação n.º 002/2013, de 18/02/2013), com vista obtenção dos resultados terapêuticos pretendidos.

Finalmente, refere-se que não se descurou a necessidade de o rever periodicamente para garantir a sua atualização e melhoria contínua, pelo que a consulta à última versão disponível no sítio da DGS é indispensável.

Página intencionalmente em branco

2

DEFINIÇÃO

Designação do processo

Processo de prestação de cuidados de saúde à pessoa, criança ou adulto, portadora de asma.

Definição funcional

Conjunto de atividades através das quais se identifica precocemente a pessoa com asma, e em função das quais se programam e planificam, com a pessoa e/ou cuidador, as atividades preventivas, o diagnóstico, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, tratamento ajustado ao controlo e idade, atividades educativas dirigidas à prevenção, estratégias de autocontrolo, monitorização e referência/transferência e/ou alta.

Critérios de admissão

O critério de admissão é a suspeita diagnóstica de asma ou o diagnóstico de asma.

A entrada nos cuidados de saúde pode ocorrer através de múltiplas vias:

- Cuidados de Saúde Primários (CSP): consultas programadas ou não programadas;
- Hospital: consulta externa, Serviço de Urgência (SU) ou internamento;
- Qualquer outro centro de atendimento clínico (ex: Serviço de Atendimento Permanente);
- Linha telefónica SNS 24 808 24 24 24;
- Linha telefónica de emergência 112.

Em geral, a via de entrada lógica e desejável é a consulta de CSP (consultar Capítulo 5).

Critérios de saída

Pessoa com asma controlada durante um período mínimo de 2 anos consecutivos, sem recurso a terapêutica de controlo, sem que tenha havido agudizações durante esse período, sem sintomas espontâneos ou induzidos por exposição a exercício ou outros e com função pulmonar normal (consultar Capítulo 5, Atividade 8.5).

Para a pessoa com asma sintomática ou sob terapêutica, não existe saída da prestação de cuidados, exceto por morte.

Critério de não inclusão

Não é incluída no âmbito deste PAI:

-Asma ocupacional ou agravada pela profissão.

3

EXPECTATIVAS

As necessidades e expectativas da pessoa, criança ou adulto, portadora de asma e dos seus familiares e cuidadores, são o elemento nuclear e o ponto de partida para o desenvolvimento deste PAI.

Essas necessidades e expectativas foram obtidas através de várias fontes de informação, nomeadamente resultados de questionários de satisfação, sugestões, reclamações, desenvolvimento dos programas nacionais e grupos focais. Elas estão presentes nas diferentes componentes deste PAI.

De igual modo, os profissionais de saúde que atendem a pessoa com asma têm as suas próprias expectativas e necessidades, cuja satisfação contribui para a qualidade dos cuidados prestados.

De forma resumida, apresenta-se uma compilação das mesmas no Anexo 2.

Em cada nível de cuidados ou âmbito de atuação os profissionais envolvidos deverão procurar, identificar e respeitar as expectativas específicas da pessoa com asma e dos seus familiares/cuidadores, relacionadas com o momento da prestação de cuidados e o ambiente concreto em que os mesmos se desenvolvem.

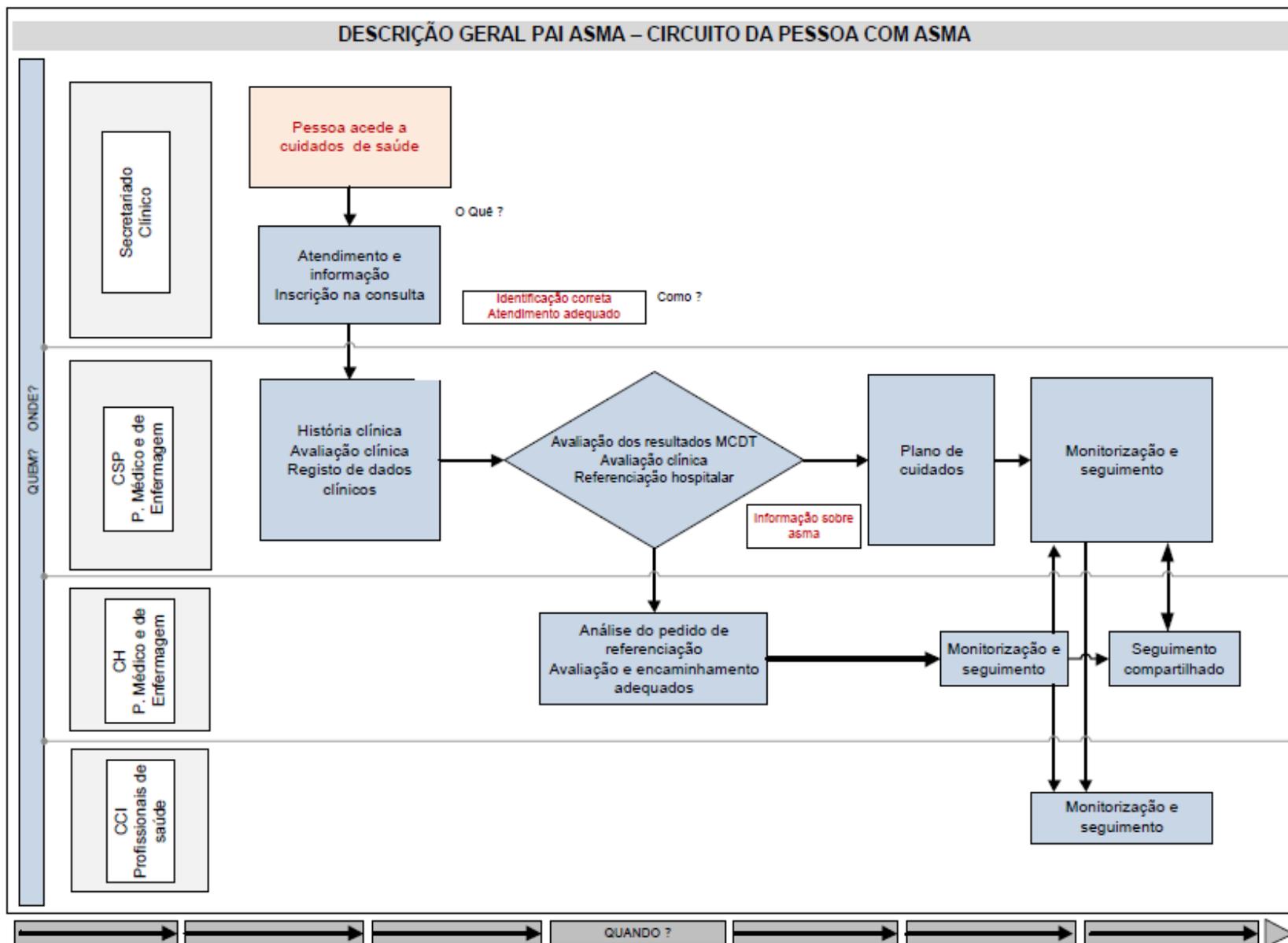
Página intencionalmente em branco

4

DESCRIÇÃO GERAL

A descrição geral do PAI da Asma teve como base o **circuito da pessoa, criança ou adulto, portadora de asma** e seus familiares/cuidadores, nos serviços de saúde, representado graficamente no esquema apresentado na página seguinte.

A sua descrição inclui os seguintes componentes: os profissionais de saúde que desenvolvem as diferentes atividades assistenciais (Quem); o âmbito ou nível de atuação (Onde); a atividade ou o serviço que se presta (O quê); as suas características de qualidade (Como) e a sequência lógica da realização das diferentes atividades (Quando).



5

COMPONENTES

Profissionais de saúde, atividades e características da qualidade

Neste capítulo descrevem-se as atividades a realizar pelos diferentes profissionais de saúde que intervêm no PAI da Asma, em cada fase do circuito da pessoa ao longo de toda a história da doença.

Na descrição das atividades integram-se dimensões e elementos da qualidade considerados necessários, nomeadamente:

- Normas e Orientações Clínicas relacionadas com a efetividade clínica;
- Aspetos da segurança da pessoa com asma identificados com o símbolo **Δ** nos pontos críticos do processo em que existe risco potencial;
- A informação que tem de ser prestada à pessoa com asma, seu familiar ou cuidador, pelo profissional de saúde em momentos específicos de desenvolvimento do PAI e que se identifica com o símbolo **INF** logo no início em cada descrição de atividade;
- As atividades clínicas, incluindo o registo clínico, este, identificado com o símbolo **REG**;
- As recomendações dos peritos que elaboraram este PAI. Sempre que as mesmas constem de uma Norma ou Orientação publicada aparecerá o símbolo **NORMA/ORIENTAÇÃO**, cujo conteúdo é uma referência de leitura completa e obrigatória, na sua versão atualizada, por consulta direta no sítio da Direção-Geral da Saúde.
- No capítulo 10 deste PAI anexa-se informação clínica complementar para consulta.

Neste capítulo, descreve-se de forma sequencial e ao longo de todo o percurso da pessoa com asma: Quem faz o Quê, Quando, Onde, Como e, nos casos aplicáveis, Com Quê.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CSP E CH

Secretariado Clínico CSP e CH, incluindo Serviço de Urgência (SU)

Atividade	Características da Qualidade
<p>1 Atendimento e inscrição na consulta</p>	<p>1.1 Δ A pessoa com asma, criança ou adulto, é devidamente identificada no momento de inscrição para a consulta/atendimento e tem o seu registo administrativo completo e devidamente atualizado.</p> <p>1.2 INF A pessoa com asma, e familiar/cuidador, são atendidos de forma correta e recebem todas as informações ou esclarecimentos de que necessitam ou solicitam (ver Anexos 1 e 2).</p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro (Enf) dos CSP

Atividades	Características da Qualidade
<p>2 Avaliação inicial História clínica</p>	<p>2.1 Δ É confirmada a identidade da pessoa. É assegurada a confidencialidade e privacidade, pelos profissionais de saúde, à pessoa com asma, em todas as suas atividades.</p> <p>2.2 O MF e/ou o Enf procedem à recolha da história clínica sobre a presença de sintomas respiratórios (atuais ou progressos) para o diagnóstico de asma. Utiliza-se para isso o questionário estruturado (ver NORMA publicada pela DGS) e o Manual de Boas Práticas e Orientações para o Controlo da Asma no Adulto e na Criança (PNDR, 2014), nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sintomas diurnos (cansaço e/ou dispneia, opressão torácica, sibilância e tosse, variáveis em frequência e em intensidade, ao longo do tempo); b) frequência semanal de sintomas diurnos; c) sintomas noturnos que interferem com o sono e/ou o despertar (incluindo tosse, sibilância e/ou dispneia); d) limitação de atividade (ex: escola, trabalho, tarefas domésticas, atividades lúdicas e exercício);

<p>Fatores de risco</p>	<p>e) frequência de uso semanal de medicação de alívio, caso se aplique (incluindo para tarefas da vida diária e, na criança, especificamente durante a educação física na escola ou qualquer tipo de atividade);</p> <p>f) fatores desencadeantes ou que agravam os sintomas: infeções virais, alergénios, fumo do tabaco ou exposição passiva, exercício e emoções;</p> <p>g) calendário (sazonalidade) e evolução dos sintomas ao longo do tempo;</p> <p>h) visitas à urgência e internamentos por agudização de asma.</p> <p>2.3 REG O MF pesquisa sistematicamente e regista os sintomas em que baseou o diagnóstico de asma (ver Capítulo 8, algoritmo de diagnóstico), ou que reduzem a probabilidade deste diagnóstico, em todos os grupos etários e particularmente na criança com idade inferior a 6 anos (ver ORIENTAÇÃO publicada pela DGS).</p> <p>2.4 O MF procede à avaliação de fatores de risco e desencadeantes para sintomas e sinais de asma e que aumentam a sua probabilidade diagnóstica e, na criança, o risco de persistência para a idade adulta:</p> <p>a) história familiar de atopia e asma;</p> <p>b) história pessoal de atopia, nomeadamente eczema atópico, alergia alimentar e rinite alérgica;</p> <p>c) relação com exposição alérgica, com localização geográfica e sazonalidade;</p> <p>d) relação com irritantes inalatórios;</p> <p>e) relação com emoções ou exercício;</p> <p>f) hábitos tabágicos, através da quantificação em UMA, caso se aplique, para o adulto ou fumador ativo [UMA= (nº cigarros fumados/dia:20) x número de anos de consumo]] ou qualquer outra exposição ao fumo do tabaco;</p> <p>g) exposição ambiental e ocupacional a agentes sensibilizantes e químicos;</p> <p>h) avaliação de medicamentos que agravem sintomas de asma, nomeadamente para comorbilidades;</p> <p>i) na criança deve pesquisar-se sistematicamente sintomas que:</p> <p>i. aumentam a probabilidade do diagnóstico de asma, nomeadamente:</p> <p>-história familiar de atopia e asma, sobretudo na mãe ou pai;</p>
--------------------------------	---

<p>Exame físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> -suscetibilidade individual (prematividade, baixo peso, eczema, rinite, alergia alimentar); -exposição ambiental (alergénios, fumo do tabaco, incluindo na gravidez); -sazonalidade e associação com fatores desencadeantes (virais, exercício, exposição ambiental); <p>ii. reduzem a probabilidade do diagnóstico de asma, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -tosse persistente produtiva, vômitos persistentes ou ausência de progressão ponderal, hipocratismo digital, estridor, hiperventilação com cefaleias, má adaptação ao exercício. <p>2.5 O MF e/ou o Enf procedem ao exame físico, após higiene adequada das mãos, de acordo com NORMA publicada pela DGS "Precauções Básicas do Controlo da Infecção", nomeadamente:</p> <p>a) avaliação antropométrica, nos termos da ORIENTAÇÃO publicada pela DGS "Avaliação antropométrica no adulto" e do PNSIJ 2013 na criança, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Estatura, em cm; ii. Peso, em kg; iii. IMC ($IMC = \text{peso}(kg) / \text{altura}^2(m)$). <p>b) medição de pressão arterial (PA) sistólica e diastólica (medição e classificação da PA no adulto nos termos de NORMA publicada pela DGS, e na criança, de acordo com o PNSIJ);</p> <p>c) observação da pele e mucosas com pesquisa dos sinais de atopia (xerose, eczema, olheiras, prega de <i>Dennie-Morgan</i>, prega nasal, olho vermelho, lacrimejo, coloração e edema das fossas nasais e orofaringe);</p> <p>d) auscultação pulmonar: normal em período intercrise, não inviabiliza o diagnóstico de asma. Em situação de agudização podem ser audíveis sibilos polifónicos bilaterais ou mesmo silêncio auscultatório, na agudização com maior gravidade. Sinais localizados, nomeadamente sibilos ou ferveores persistentes devem conduzir a diagnósticos diferenciais (ver ORIENTAÇÃO publicada pela DGS).</p>
----------------------------	--

	<p>2.6 O MF pesquisa simultaneamente na história clínica e no exame físico sintomas e sinais de diagnóstico diferencial e de comorbilidades (ver ORIENTAÇÃO publicada pela DGS).</p> <p>2.7 INF O MF informa a pessoa com asma, familiar/cuidador, sobre o resultado da avaliação efetuada e de forma clara e precisa sobre os exames a realizar, os riscos, benefícios e alternativas com atitude facilitadora para responder a dúvidas e expectativas (ver Anexo 2).</p> <p>2.8 REG O MF e o Enf registam no processo clínico, de forma correta e completa toda a informação, na data da avaliação.</p>
--	---

Médico de Família (MF) e Técnico de Cardiopneumologia

Atividades	Características da Qualidade
<p>3 Espirometria</p>	<p>3.1 O MF, na suspeita de asma, solicita espirometria com prova de broncodilatação, na criança e no adulto, consideradas as especificidades ou limitações por grupo etário, nomeadamente no grupo pré-escolar.</p> <p>3.2 Δ Os profissionais de saúde que executam a espirometria confirmam a identidade do utente, e a conformidade da mesma na requisição clínica (ver ORIENTAÇÃO publicada pela DGS).</p> <p>3.3 INF Os profissionais de saúde que executam a espirometria explicam de forma clara, à pessoa e/ou a familiar/cuidador, os procedimentos e o tempo de espera pelos resultados, sempre de forma afável e facilitadora, para responder a dúvidas e expectativas (ver Anexo 2).</p> <p>3.4 Δ Os profissionais de saúde que executam a espirometria procedem às medidas adequadas de higiene das mãos (ver NORMA publicada pela DGS).</p> <p>3.5 Os profissionais de saúde que executam a espirometria cumprem com os procedimentos descritos no PNDR – critérios de qualidade para a realização de uma espirometria – e garantem a privacidade da pessoa durante a realização da prova, a broncodilatação e dos resultados do pedido.</p>

	<p>3.6 Os resultados e relatório da espirometria devem cumprir os critérios definidos em ORIENTAÇÃO publicada pela DGS.</p> <p>3.7 REG O MF regista o resultado da espirometria em “registo de MCDT” e o valor de FEV₁ no campo específico, na ficha individual no sistema informático SClínico, bem como outros parâmetros relevantes de obstrução brônquica, nomeadamente no estudo basal o FEV₁/FVC e pós broncodilatação o Δ FEV₁.</p> <p>3.8 INF O MF informa adequadamente a pessoa com asma, familiar/cuidador sobre os resultados da espirometria e as suas consequências (ver Anexo 2).</p>
--	---

Médico de Família (MF)

Atividades	Características da Qualidade
<p>4 Diagnóstico de asma</p>	<p>4.1 O MF estabelece o diagnóstico de asma com base em:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) história clínica; b) exame físico; e c) espirometria. <p>4.2 São critérios favoráveis ao diagnóstico de asma:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) no adulto e na criança com idade superior ou igual a 6 anos, com base na história clínica, avaliação de fatores de risco para o diagnóstico de asma (conforme em 2.2 a 2.4.) e evidência de obstrução brônquica e/ou hiperreatividade brônquica na espirometria com prova de broncodilatação; b) na criança com idade inferior a 6 anos, com doença sibilante com vários fenótipos e diagnósticos diferenciais, diagnostica-se asma pela valorização dos sinais, sintomas e fatores de risco sugestivos depois de afastados outros diagnósticos para sibilância em idade pré-escolar; c) Na espirometria, a evidência de obstrução brônquica com resposta ao broncodilatador, a variabilidade da obstrução brônquica ao

longo do tempo, a variabilidade do PEF e teste de provocação brônquica ou de exercício positivos; no entanto, uma espirometria normal não afasta o diagnóstico de asma.

4.3 O MF para estabelecer o diagnóstico de asma tem em consideração os diagnósticos diferenciais, nomeadamente os definidos em **ORIENTAÇÃO** publicada pela DGS e Capítulo 8, algoritmo de diagnóstico.

4.4 O MF só deve prescrever radiografia do tórax quando houver necessidade de excluir outros diagnósticos ou complicações.

4.5 O MF procede à avaliação do estadió inicial da doença com base na frequência dos sintomas para decisão terapêutica, nos termos de **NORMA** publicada pela DGS.

4.6 Na pessoa previamente medicada com terapêutica farmacológica para a asma, o MF confirma o diagnóstico de asma e avalia o controlo de acordo com o degrau terapêutico, nos termos de **NORMA** publicada pela DGS.

4.7 REG Toda a informação recolhida é registada no processo clínico da pessoa com asma, de forma correta e completa.

4.8 REG O MF procede ao registo do código de diagnóstico de asma (R96) através da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC).

4.9 INF A pessoa com asma e/ou seu familiar/cuidador é informada de forma clara sobre o seu diagnóstico, o resultado de MCDT e terapêutica instituída (ver Anexo 2).

Médico de Família (MF)

Atividades	Características da Qualidade
<p>5 Diagnóstico de comorbilidades</p>	<p>5.1 O MF com base na história clínica, exame físico e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, procede à identificação de comorbilidades, mais frequentemente associadas à asma (ver ORIENTAÇÃO publicada pela DGS), nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Rinite, rinosinusite crónica e polipose nasosinusal; b) Eczema atópico, alergia alimentar, anafilaxia; c) Doença do refluxo gastroesofágico; d) Obesidade; e) Infecções respiratórias; f) Patologia cardiovascular; g) Tromboembolismo pulmonar; h) Aspergilose broncopulmonar alérgica; i) Síndrome de apneia obstrutiva do sono; j) Perturbações hormonais; k) Distúrbios psíquicos; l) Tabagismo. <p>5.2 O MF procede à identificação de eventuais efeitos secundários da terapêutica que possam agravar a asma (exemplos : anti-inflamatórios não esteroides, fármacos inibidores da enzima de conversão da angiotensina, beta-bloqueantes).</p> <p>5.3 REG O MF procede ao registo no processo clínico de toda a informação adequada sobre comorbilidades, nomeadamente o respetivo código da ICPC2.</p> <p>5.4 INF A pessoa com asma e/ou seu familiar/cuidador é informada de forma clara sobre o(s) diagnóstico(s) de comorbilidades confirmados e o respetivo plano terapêutico e de monitorização (ver Anexo 2).</p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro (Enf) dos CSP

Atividades	Características da Qualidade
<p>6</p> <p>Tratamento</p> <p>Terapêutica não farmacológica e farmacológica</p> <p>Plano de ação escrito</p>	<p>6.1 Δ É confirmada a identidade da pessoa com asma.</p> <p>6.2 O MF e/ou o Enf informam a pessoa com asma e/ou seu familiar/cuidador de forma clara dos objetivos do tratamento de controlo da asma:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Controlo dos sintomas e manutenção de níveis normais de atividade; b) Redução do risco futuro de agudizações, de obstrução brônquica persistente e/ou progressiva, e de efeitos adversos da medicação. <p>6.3 O MF considera os tratamentos não farmacológico e farmacológico mais ajustado à pessoa com asma, ao ciclo de monitorização e ao controlo das comorbilidades, conforme plasmado em NORMA e ORIENTAÇÃO publicadas pela DGS).</p> <p>6.4 O MF e/ou o Enf asseguram o ensino por demonstração prática dos diferentes dispositivos de terapêutica inalatória, com a avaliação subsequente e confirmação da sua correta utilização (ver ORIENTAÇÃO publicada pela DGS).</p> <p>6.5 INF O MF fornece um plano de ação escrito e individualizado na primeira consulta, com revisão/atualização nas consultas subsequentes, nos termos de NORMA publicada pela DGS, tendo como objetivo capacitar a pessoa com asma para a gestão do autocontrolo, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Reduzir a probabilidade de recorrer ao hospital ou a uma consulta de recurso; b) Reduzir os dias de ausência à escola ou ao trabalho; c) Melhorar a função pulmonar; d) Melhorar a qualidade de vida. <p>6.6 INF O MF e o Enf asseguram à pessoa com asma a possibilidade de esclarecer dúvidas, nomeadamente no que se refere ao uso dos fármacos, dos dispositivos inalatórios e da necessidade de recurso aos serviços de saúde.</p>

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro (Enf) dos CSP

Atividades	Características da Qualidade
<p>7 Educação da pessoa com asma</p> <p>Gestão para o autocontrolo</p> <p>Estilos de vida saudáveis e prevenção</p> <p>Tabagismo</p>	<p>7.1 Confirmado o diagnóstico de asma, o MF e o Enf estabelecem uma parceria com a pessoa com asma e/ou família para definir a melhor estratégia para capacitar e motivar, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Conhecimento sobre processo da doença, sinais e sintomas, reconhecimento precoce dos sinais de agudização; b) Adesão ao plano de ação escrito, nomeadamente, tratamento farmacológico, consultas e outras recomendações; c) Aquisição de competências para: <ul style="list-style-type: none"> i. cumprir a terapêutica de controlo; ii. minimizar os riscos para a perda de controlo e/ou agudização; iii. utilizar de forma efetiva os dispositivos de terapêutica inalatória (ver ORIENTAÇÃO publicada pela DGS); iv. reconhecer os efeitos adversos da terapêutica farmacológica. <p>7.2 Os profissionais de saúde asseguram na gestão da pessoa com asma:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Entrega do plano de ação escrito, atualizado em cada consulta; b) Treino de competências para utilização de dispositivos de inalação (ver ORIENTAÇÃO publicada pela DGS); c) Incentivo para adesão à terapêutica e consultas de seguimento; d) Ensino para a autoavaliação periódica de: <ul style="list-style-type: none"> i. Sintomas, pela utilização do plano de ação escrito e/ou de questionários de controlo da asma (ver Anexo 3); ii. Utilização de monitorização por debitómetro (<i>peak-flow meter</i>), em situações particulares. <p>7.3 O MF e o Enf implementam, de forma personalizada, intervenções dirigidas à modificação do estilo de vida, que são tão importantes como as medidas farmacológicas para o controlo da asma.</p> <p>7.4 Em cada consulta, o MF e/ou o Enf:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Avaliam sobre os hábitos tabágicos e/ou exposição passiva ao fumo do tabaco, em ambiente doméstico ou laboral;

Vacinação	<ul style="list-style-type: none">b) Avaliam a carga tabágica, através da quantificação em UMA (ver Atividade 2.4) bem como aconselham sobre a prevenção e a cessação tabágica;c) O MF prescreve terapêutica farmacológica dirigida ao apoio à cessação tabágica;d) Marcam consulta de seguimento (ver Capítulo 8 – cronograma de seguimento) ou asseguram o encaminhamento para consulta de cessação tabágica;e) Avaliam a necessidade de referenciar a outros profissionais de saúde, nomeadamente, Nutrição, Psicologia e Assistente Social;f) Avaliam a integração social, na escola, na família e no emprego. <p>7.5 O MF define clinicamente:</p> <ul style="list-style-type: none">a) A necessidade de vacinação anual contra a gripe, de acordo com a Orientação publicada anualmente pela DGS;b) A oportunidade de vacinação anti-pneumocócica, nos termos de NORMAS publicadas pela DGS, atendendo ao estado vacinal prévio. <p>7.6 REG Toda a informação recolhida é registada no processo clínico do utente pelo MF e Enf de forma correta e completa.</p>
-----------	--

Médico de Família (MF) e/ou Enfermeiro (Enf) dos CSP

Atividades	Características da Qualidade
<p>8 Monitorização</p>	<p>8.1 A monitorização da pessoa com asma é essencial para manter o controlo e estabelecer o degrau mais baixo de dose de fármacos com a finalidade de reduzir o risco de efeitos adversos e maximizar a segurança. São objetivos da monitorização da pessoa com asma:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Avaliação do controlo dos sintomas e da função pulmonar e prevenção do risco futuro por aplicação de questionários de auto-preenchimento (ver Anexo 3), adequados ao grupo etário; b) Ensino e avaliação da técnica inalatória (ver ORIENTAÇÃO publicada pela DGS); c) INF Entrega do plano de ação escrito, atualizado em cada consulta; d) Periodicidade da avaliação em consultas subsequentes, da função pulmonar, a definir caso a caso (ver Capítulo 8, cronograma de seguimento). <p>8.2 O MF e/ou o Enf avaliam e monitorizam em cada consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sintomas respiratórios diurnos e noturnos nas últimas 4 semanas e/ou resultado de questionário de sintomas, adaptados e validados para a língua portuguesa e para a idade da pessoa com asma (ver Anexo 3); b) Episódios de agudização, necessidade de corticosteróides sistémicos, visitas à urgência, hospitalizações, incluindo em UCI, ausências laborais ou à escola, desde a última consulta; c) Crescimento na criança, com e sem corticoterapia inalada, pelo menos, anualmente (percentis de altura e peso de acordo com o PNSIJ); d) Pressão arterial (PA) na pessoa com asma com corticoterapia inalada, pelo menos, anualmente, nos termos de NORMA publicada pela DGS, no adulto, e do PNSIJ, na criança); e) REG O MF regista, pelo menos, anualmente, o resultado da espirometria, com registo dos valores de FEV₁ e FEV₁/FVC antes e após a prova de broncodilatação, a ajustar individualmente;

<p>Cronograma de seguimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> f) Utilização de terapêutica de alívio com β_2 agonistas de curta duração de ação e/ou escalada da terapêutica de controlo; g) A execução da técnica inalatória (ver ORIENTAÇÃO publicada pela DGS); h) Adesão ao regime terapêutico, através do número de prescrições ou outra; i) Adesão ao plano de ação escrito; j) Tabagismo ativo ou exposição ao fumo de tabaco, ou combustível de biomassa; k) Os efeitos adversos dos medicamentos e estabelecimento de doses mínimas de terapêutica para atingir o controlo, com o mínimo de efeitos secundários; l) O risco para progressão de doença, através de: <ul style="list-style-type: none"> m) exposição alérgica, relação com área geográfica e sazonalidade; n) exposição ambiental e/ou ocupacional e a agentes sensibilizantes; o) exposição a irritantes químicos inalatórios; p) ocorrência de infeções respiratórias recorrentes; q) persistência de obesidade e de excesso de peso. <p>8.3 Na pessoa com asma, a periodicidade do plano de seguimento é ajustado individualmente (ver Capítulo 8, cronograma de seguimento), a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Se asma estável, sem terapêutica farmacológica de controlo, cada 6 a 12 meses; b) Se asma controlada, com terapêutica farmacológica de controlo, cada 3 a 6 meses; c) Nas alterações de degrau de terapêutica farmacológica a consulta seguinte deve ocorrer até 4 meses; d) Em caso de agudização com recurso a consulta em Serviço de Urgência ou após internamento, a pessoa com asma deve ser avaliada nos CSP entre 1 a 4 semanas, após a ocorrência. <p>8.4 REG Toda a informação recolhida é registada pelo MF e/ ou Enf no processo clínico da pessoa com asma, de forma correta e completa.</p>
--	---

<p>Critérios de cessação da monitorização</p>	<p>8.5 O MF assegura a cessação da monitorização (saída no âmbito deste PAI) à pessoa com asma que cumprir, após um período de estabilização de 24 meses, os seguintes critérios cumulativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sem terapêutica de controlo; e b) Sem agudizações; e c) Sem sintomas espontâneos ou induzidos por exposição ao exercício ou outros desencadeantes; e d) Com função pulmonar normal. <p>8.6 REG O MF, na data da consulta da saída acima descrita, procede à alteração da codificação do problema de saúde R96 para “inativo”.</p> <p>8.7 INF A pessoa com asma é devidamente informada pelo MF e Enf relativamente à sua situação clínica, terapêutica e monitorização adequadas, havendo oportunidade em cada consulta para o esclarecimento de quaisquer dúvidas ou questões apresentadas (ver Anexo 2).</p>
--	---

Médico de Família (MF)

Atividades	Características da Qualidade
<p>9 Referenciação hospitalar</p>	<p>9.1 O MF referencia a pessoa com asma para consulta hospitalar nas situações clínicas descritas em NORMA publicada pela DGS.</p>

Médico (MH) e/ou Enfermeiro (EH) hospitalares

Atividade	Características da Qualidade
<p>10 Consulta hospitalar</p>	<p>10.1 Δ É confirmada a identidade da pessoa com asma. É assegurada a confidencialidade e privacidade pelos profissionais de saúde à pessoa com asma, em todas as suas atividades.</p> <p>10.2 O MH procede à avaliação clínica e dos MCDT que acompanham a pessoa com asma e solicita, eventualmente, outros MCDT adequados a cada situação.</p>

10.3 O MH, após a avaliação inicial e nas consultas subsequentes:

- a) reequaciona o diagnóstico de asma, avaliando a necessidade de MCDT;
- b) identifica eventuais comorbilidades (ver **ORIENTAÇÃO** publicada pela DGS);
- c) se adequado, com apoio do EH, aplica questionários de qualidade de vida, especialmente nos casos clínicos dos degraus 4 e 5;
- d) verifica a adesão à terapêutica;
- e) avalia a execução da técnica inalatória (ver **ORIENTAÇÃO** publicada pela DGS);
- f) atualiza o plano de ação escrito, de acordo com a terapêutica instituída nos termos de **NORMA** publicada pela DGS.

10.4 O MH estabelece o planeamento de monitorização através de:

- a) Agendamento de consulta subsequente (ver Capítulo 8, cronograma de seguimento);
- b) Alta da consulta hospitalar, se o grau de controlo da asma, evicção alérgica e sazonalidade dos sintomas, se adequar à vigilância assegurada nos CSP, acompanhada de relatório clínico detalhado a enviar ao MF.

10.5 O MH referencia, sempre que se justifique, a pessoa com asma para uma ou mais especialidades hospitalares, garantindo informação adequada aos profissionais de saúde dos CSP.

10.6 REG O MH regista no processo clínico toda a informação, incluindo a prescrição de MCDT, a sua justificação, resultados e interpretação no contexto clínico da pessoa com asma, de forma correta e completa.

10.7 REG O MH procede ao registo correto do código de diagnóstico e procedimentos, através da Classificação Internacional das Doenças (CID-9 / CID-10) ou outra em vigor.

10.8 INF A pessoa com asma é devidamente informada pelo MH e EH relativamente ao(s) relatório(s) enviado(s) aos profissionais dos CSP, havendo oportunidade em cada etapa descrita para esclarecimento de dúvidas ou questões apresentadas.

Médico hospitalar (MH)

Atividade	Características da Qualidade
<p>11 Meios complementares de diagnóstico de intervenção diferenciada</p> <p>Estudo de alergia</p> <p>Estudos funcionais respiratórios</p>	<p>11.1 O MH avalia a necessidade de prescrever outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica de acordo com as indicações para a pessoa com asma, a relevância clínica e o potencial para diagnóstico diferencial, solicitando, quando adequado e de forma individualizada, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Biomarcadores de inflamação (FeNO - Fração exalada do Óxido Nítrico): o uso não pode ser recomendado por rotina, mas em conjunto com outras medidas de monitorização do controlo da asma, pode ter interesse para ajuste de terapêutica anti-inflamatória em doentes com asma moderada a grave; b) Eosinofilia sérica deve ser efetuada nos casos com asma grave: o uso não pode ser recomendado por rotina, mas em conjunto com outras medidas de monitorização do controlo da asma, pode ter interesse para ajuste de terapêutica anti-inflamatória e/ou agentes biológicos; c) Diagnóstico da doença alérgica a toda a pessoa com manifestações clínicas suspeitas, de acordo com NORMA publicada pela DGS . d) Outros exames de função respiratória: <ul style="list-style-type: none"> i) pletismografia corporal para avaliação do volume residual e pulmonar total e resistências das vias aéreas e/ou oscilometria de impulso e/ou DLCO, sobretudo em asma grave ou não controlada; ii) Provas de broncorreatividade. <p>11.2 REG O MH regista no processo clínico toda a informação da pessoa com asma, incluindo a prescrição de MCDT, a sua justificação, resultados e interpretação no contexto clínico, de forma correta e completa.</p>

Médico hospitalar (MH)

Atividades	Características da Qualidade
<p>12 Intervenções terapêuticas diferenciadas</p>	<p>12.1 O MH avalia a necessidade de prescrição terapêutica diferenciada nos termos de NORMA publicada pela DGS.</p> <p>12.2 REG O MH cumpre com os critérios de prescrição e monitorização nos termos de NORMA publicada pela DGS, registando-os no processo clínico toda a informação relevante.</p>

Médico (MH), Enfermeiro hospitalar (EH), Fisioterapeuta e Profissionais de Saúde dos CSP

Atividades	Características da Qualidade
<p>13 Internamento hospitalar</p>	<p>13.1 O MH e EH trabalham em equipa, garantindo a continuidade assistencial da pessoa com asma em ambiente adequado, consideradas as especificidades, incluindo o atendimento à criança.</p> <p>13.2 A avaliação clínica inicial da pessoa com asma referenciada inclui, entre outros: frequências respiratória e cardíaca, sinais de dificuldade respiratória, esforço respiratório, dispneia, auscultação pulmonar, saturação periférica de O₂, e se necessário, gasometria sanguínea (arterial ou capilar arterializada).</p> <p>13.3 REG O MH e EH registam no processo clínico toda a informação clínica e resultados dos MCDT, no âmbito da monitorização e tratamento da pessoa com asma.</p> <p>13.4 Os profissionais de saúde asseguram à pessoa com asma um estudo clínico adequado, valorizando os sintomas atuais e a história anterior, incluindo adesão à terapêutica e prescrição de MCDT que se justifiquem e garantem o tratamento adequado.</p>

Alta hospitalar

13.5 O MH referencia a pessoa com asma com necessidade de reabilitação respiratória ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), Fisioterapeuta ou ao Serviço de Fisiatria, quando apresenta alterações significativas da função pulmonar e/ou hipersecreção brônquica.

13.6 O MH e/ou EH assegura à pessoa com asma na data da alta:

- a) O MH, a prescrição de corticosteroides orais e de terapêutica de alívio, nos termos de **NORMA** publicada pela DGS, conforme a frequência dos sintomas e a melhoria obtida;
- b) A prescrição de corticosteroides inalados que deverão ser iniciados antes da alta ou, em caso de uso regular, proceder ao aumento da dose, durante 2-4 semanas (assegurar a toma diária) e a verificação e ensino da técnica inalatória;
- c) Identificação de fatores de risco para o agravamento da agudização e implementação de estratégias para reduzir os fatores modificáveis (gripe, exposição ao fumo do tabaco, exposição a irritantes, alergénios, tratamento inadequado, incluindo a incorreta utilização dos dispositivos e técnica inalatória, ausência de adesão à terapêutica - ver **ORIENTAÇÃO** publicada pela DGS);
- d) Capacitação para o auto-controlo da asma com entrega do plano de ação escrito;
- e) Agendamento de consulta (ver Capítulo 8, cronograma de seguimento):
 - i. Nos termos da Atividade 8, para assegurar a continuação do tratamento, o controlo dos sintomas e a melhor função pulmonar;
 - ii. No momento da alta de internamento hospitalar, mesmo que a pessoa se mantenha em consulta hospitalar, é obrigatório a emissão de relatório clínico escrito de retorno, dirigido aos profissionais de saúde dos CSP.
 - iii. O Enfermeiro hospitalar deve contactar o Enfermeiro dos CSP e assegurar-se que é transmitida toda a informação, assim como o agendamento de consulta de seguimento nos CSP.
- f) A entrega das notas de alta médica e de enfermagem, tendo em conta a legislação em vigor.

13.7 INF A pessoa com asma recebe, bem como o familiar/cuidador, toda a informação necessária, por escrito, relativa à sua situação clínica bem como

	<p>plano de ação escrito atualizado, eventuais resultados de MCDT e demais informações inerentes à monitorização e evolução da sua situação clínica (ver NORMA publicada pela DGS).</p> <p>13.8 Os profissionais de saúde dos CSP asseguram a continuidade de cuidados descritos nas notas de alta médica e de enfermagem, monitorizando os cuidados de saúde em articulação com eventuais consultas hospitalares entretanto agendadas.</p>
--	---

Médico de Família (MF), Enfermeiro (ENF) dos CSP e Profissionais hospitalares

Atividades	Características da Qualidade
<p>14 Agudização de asma Cuidados de Saúde Primários</p> <p>Referenciação ao Serviço de Urgência Hospitalar</p>	<p>14.1 O MF e/ou o Enf avaliam na pessoa com asma os parâmetros clínicos de forma ajustada ao grupo etário (ver Capítulo 8).</p> <p>14.2 INF O MF e/ou o Enf informam a pessoa com asma e/ou seu familiar do nível de gravidade da agudização da asma e da necessidade do tratamento a realizar.</p> <p>14.3 O MF e/ou o Enf procedem ao tratamento da pessoa com agudização de asma, que poderá incluir a necessidade de referenciação para unidade hospitalar (ver NORMA publicada pela DGS e Capítulo 8).</p> <p>14.4 O MF assegura a referenciação da pessoa com agudização de asma ao Serviço de Urgência hospitalar sempre que exista:</p> <ol style="list-style-type: none"> Paragem respiratória patente ou eminente; Ausência de controlo da agudização com terapêutica prescrita, no período de 1-2 horas; Reagravamento de sintomas 48 horas após a agudização inicial; Aumento da frequência respiratória valorizada de forma ajustada ao grupo etário e/ou prolongamento do tempo expiratório depois de 3 ciclos (20/20 minutos na 1ª hora) de beta2 agonistas de curta duração de ação; Tiragem supraesternal; Incapacidade para falar, beber ou dispneia marcada;

- g) Cianose;
- h) Saturação de $O_2 \leq 92\%$, avaliada por oximetria de pulso, em ar ambiente;
- i) Presença de fatores de risco de mau prognóstico (ver Atividade 14.6);
- j) Ausência de supervisão no domicílio ou incapacidade dos prestadores de cuidados em administrar terapêutica durante a agudização.

14.5 No Hospital, o médico e/ou o enfermeiro procedem à avaliação e classificação da gravidade e ao respetivo tratamento na pessoa com asma, que poderá incluir a necessidade de internamento hospitalar/unidade de cuidados intensivos adequada ao grupo etário e à situação clínica (ver Capítulo 8).

14.6 O Médico e/ou o Enfermeiro, no CS e no H:

- a) Avaliam o risco de vida por agudização de asma nas situações de:
 - i. Episódio quase fatal requerendo entubação ou ventilação mecânica;
 - ii. Episódios de hospitalização ou ida ao Serviço de Urgência no último mês;
 - iii. Número ≥ 2 hospitalizações no último ano;
 - iv. Número ≥ 3 deslocações ao Serviço de Urgência por asma no último ano;
 - v. Utilização atual ou interrupção recente de terapêutica com corticosteróide oral;
 - vi. Não adesão à terapêutica com corticosteróide inalado;
 - vii. Dependência excessiva da utilização de β_2 agonistas de curta duração de ação (≥ 1 embalagem/mês).
- b) Estabelecem o plano de vigilância e o tratamento adequado, que pode incluir seguimento hospitalar e em cuidados domiciliários, a definir caso a caso.

Nota de Alta do Serviço de Urgência	<p>14.7 O Médico e o Enfermeiro elaboram as respetivas notas de alta/transferência, que devem conter toda a informação nos termos legalmente definidos.</p> <p>14.8 REG O Médico procede ao registo correto do código de diagnóstico e procedimentos, através da ICPC2 / CID-10 ou outra em vigor, no processo clínico.</p>
-------------------------------------	---

Médico de Família (MF), Enfermeiro (ENF) dos CSP, Profissionais Hospitalares e da RNCCI

Atividades	Características da Qualidade
<p>15 Critérios de referência aos CCI e visita domiciliária</p> <p>Rede Nacional CCI</p>	<p>15.1 A pessoa com asma é referenciada à rede nacional de CCI pelos CSP ou pela equipa de gestão de alta dos CH, tendo em conta a legislação em vigor.</p> <p>15.2 INF A pessoa com asma recebe, bem como o familiar/cuidador, relatório clínico escrito e detalhado, relativo à sua situação clínica bem como plano de ação escrito e, eventual prescrição de MCDT necessários à monitorização da sua situação clínica, no momento da referência aos CCI.</p> <p>15.3 Os profissionais de saúde dos CCI asseguram à pessoa com asma a continuidade de cuidados de que necessita, em seguimento compartilhado com os CSP e/ou CH, caso se aplique, nos termos das atividades acima descritas (ver Capítulo 8 e Anexos 2 e 3) e do seu plano individual de intervenção.</p>

Página intencionalmente em branco

6

ATIVIDADES

Para efeitos do PAI da Asma sintetizaram-se as principais atividades em que a atitude do profissional de saúde e a sua capacidade de integrar os conhecimentos associados às boas práticas da profissão na sua atividade diária e na resolução de problemas são determinantes para a obtenção de resultados de qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Neste contexto, a abordagem aos comportamentos observáveis (eventualmente mensuráveis e suscetíveis de melhoria), diretamente relacionados com o desempenho desejável, está centrada naquilo que o profissional faz e na forma como integra os seus conhecimentos, capacidades e atitudes.

Neste capítulo indicam-se apenas atividades específicas, técnicas ou funcionais, relacionadas com fatores críticos de sucesso e indispensáveis para garantir o desenvolvimento e implementação do mesmo, não se descrevendo atividades profissionais de carácter geral.

ATIVIDADE 1 Informação ao Cidadão	Evidências Específicas Informação - PAI ASMA	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde proporciona a informação necessária para promover a participação e decisão da pessoa com asma (incluindo o familiar/cuidador), permitindo-lhe que exerça os seus direitos	Informação clara e precisa fornecida à pessoa com asma (familiar/cuidador) ou em risco.	•	•	•	• 1,2,3, 4,5
	Formulário de consentimento Informado, se aplicável.	•	•		
	Registo adequado no processo clínico/individual das informações e orientações prestadas à pessoa com asma ou em risco.	•	•		• 1,2,3, 4,5

1- Técnico de Cardiopneumologia; 2- Nutricionista/dietista; 3- Assistente Social;
4 - Psicólogo; 5 - Fisioterapeuta

ATIVIDADE 2 Educação para a Saúde, aconselhamento e medidas de prevenção	Evidências Específicas Educação para a Saúde - PAI Asma	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde assegura a realização de atividades educativas, a avaliação da asma e medidas preventivas no sentido de se promover a saúde e a prevenção do desenvolvimento de complicações	Informação clara e orientações compreensíveis fornecidas à pessoa com asma (familiar/cuidador) ou em risco, preferencialmente por escrito.	•	•		• 1,2,3, 4,5
	Avaliação do risco de desenvolver complicações e comorbilidades.	•			
	Informação à pessoa sem risco atual de complicações e comorbilidades. Registo adequado no processo clínico/individual.	•	•		• 2
	Estimulação para a modificação dos estilos de vida, nomeadamente para a alimentação saudável e prática de atividade física a cada pessoa com asma ou risco de desenvolver complicações e comorbilidades.	•	•		• 1,2,5
	Informação e promoção do abandono do hábito tabágico.	•	•		• 1,4
	Participação em ações de formação e reflexão crítica e ativa sobre o desempenho para melhorar a intervenção profissional.	•	•	•	• 1,2,3, 4,5

1- Técnico de Cardiopneumologia; 2- Nutricionista/dietista; 3- Assistente Social;
4 - Psicólogo; 5 - Fisioterapeuta

ATIVIDADE 3 Comunicação/entrevista/ consulta clínica	Evidências Específicas Entrevista clínica - PAI ASMA	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde assegura a comunicação mais eficaz a cada pessoa com asma, aplicando as técnicas de comunicação próprias do seu âmbito profissional	Informação clara e precisa à pessoa com asma sobre a necessidade e plano de monitorização e fatores determinantes e de risco.	•	•		• 2
	Negociação com a pessoa com asma sobre os objetivos individuais no controlo de fatores determinantes e de risco.	•	•		• 2
	Informação à pessoa com asma sobre os efeitos secundários da medicação em curso e sobre a necessidade do adequado cumprimento terapêutico.	•	•		• 1
	Registo no processo clínico/individual do plano de cuidados e orientações fornecidas.	•	•		• 1,2,3, 4,5

1- Técnico de Cardiopneumologia; 2- Nutricionista/dietista; 3- Assistente Social;
4 - Psicólogo; 5 - Fisioterapeuta

ATIVIDADE 4 Capacidade para a tomada de decisões clínicas, de diagnóstico e terapêutica	Evidências Específicas Decisão clínica - PAI ASMA	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde assegura cuidados clínicos de qualidade em asma, atualizados e baseados na melhor evidência científica, no âmbito profissional da sua especialidade	Realização de avaliação clínica correta, pedido e interpretação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.	•			
	Estabelecimento de juízo/conclusão clínica adequados e definição de um plano de atuação e de cuidados de acordo com a situação clínica da pessoa com asma a cada momento.	•			
	Realização do ensino e avaliação regular da técnica inalatória	•	•		
	Cumprimento e monitorização do Programa Nacional de Vacinação e outras vacinas.	•	•		
	Cumprimento das Normas e Orientações específicas para as diferentes atividades de monitorização da pessoa com asma.	•	•		
	Registos de todas as intervenções e do plano de cuidados no processo clínico/individual, bem como entrega de plano de ação escrito.	•	•		•1,2,4,5
	Definição de terapêutica nutricional individualizada, de acordo com a situação clínica da pessoa com asma, se tiver co-morbilidades (ex: obesidade, alergia alimentar).	•			•2

1- Técnico de Cardiopneumologia; 2- Nutricionista/dietista; 3- Assistente Social;
4 - Psicólogo; 5 - Fisioterapeuta

ATIVIDADE 5 Continuidade assistencial	Evidências específicas Continuidade assistencial - PAI ASMA	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde assegura continuidade de cuidados assistenciais à pessoa com asma no cumprimento deste PAI	Continuidade assistencial assegurada e apoiada nos registos do processo clínico: notas de alta de internamentos hospitalares e diagnósticos clínicos, plano individual de intervenção, orientações terapêuticas, entre outros.	•	•		•1,2,3,4,5
	Difusão de recomendações para a vigilância clínica domiciliária, distribuição de informação em suporte papel.	•	•		
	Promoção do trabalho de equipa em ambiente domiciliário, elaboração de um plano multidisciplinar de cuidados adequado de molde a evitar deslocações desnecessárias e/ou repetitivas.	•	•		•1,2,3,5

1- Técnico de Cardiopneumologia; 2- Nutricionista/dietista; 3- Assistente Social;
4 - Psicólogo; 5 - Fisioterapeuta

7

RECURSOS E UNIDADES DE SUPORTE

Para a implementação deste PAI é necessário que os serviços onde se prestam os cuidados de saúde identifiquem, para as diferentes atividades, os recursos necessários, tanto em termos de recursos humanos (equipas multidisciplinares), como de sistemas de informação e comunicação, como de instalações (que respeitem os direitos da pessoa com asma à privacidade, intimidade, conforto e segurança e de acordo com o grupo etário e com o Despacho n.º 9871/2010, Diário da República n.º 112, Série II, de 11-06-2010) e de materiais e equipamentos.

Na seleção/aquisição dos equipamentos, incluindo os instrumentos de medição/avaliação, devem ser elaboradas especificações de desempenho, sempre que aplicável, de acordo com o nível de desempenho e/ou de precisão exigível. Todos os dispositivos médicos devem respeitar as determinações da diretiva dos dispositivos médicos.

Os equipamentos de medição e monitorização devem ser sujeitos a manutenção preventiva de acordo com as instruções que os acompanham e, se aplicável, verificados/calibrados por forma a garantir a fiabilidade e exatidão das medições.

Para o sucesso deste PAI é imprescindível que os serviços de suporte (tais como espirometria, testes cutâneos de alergia, serviços de imagiologia, laboratório, manutenção de instalações e equipamentos, serviços de informática, e outros) tenham também os seus processos controlados e, sempre que aplicável, garantam a conformidade com requisitos de controlo da qualidade e/ou requisitos legais.

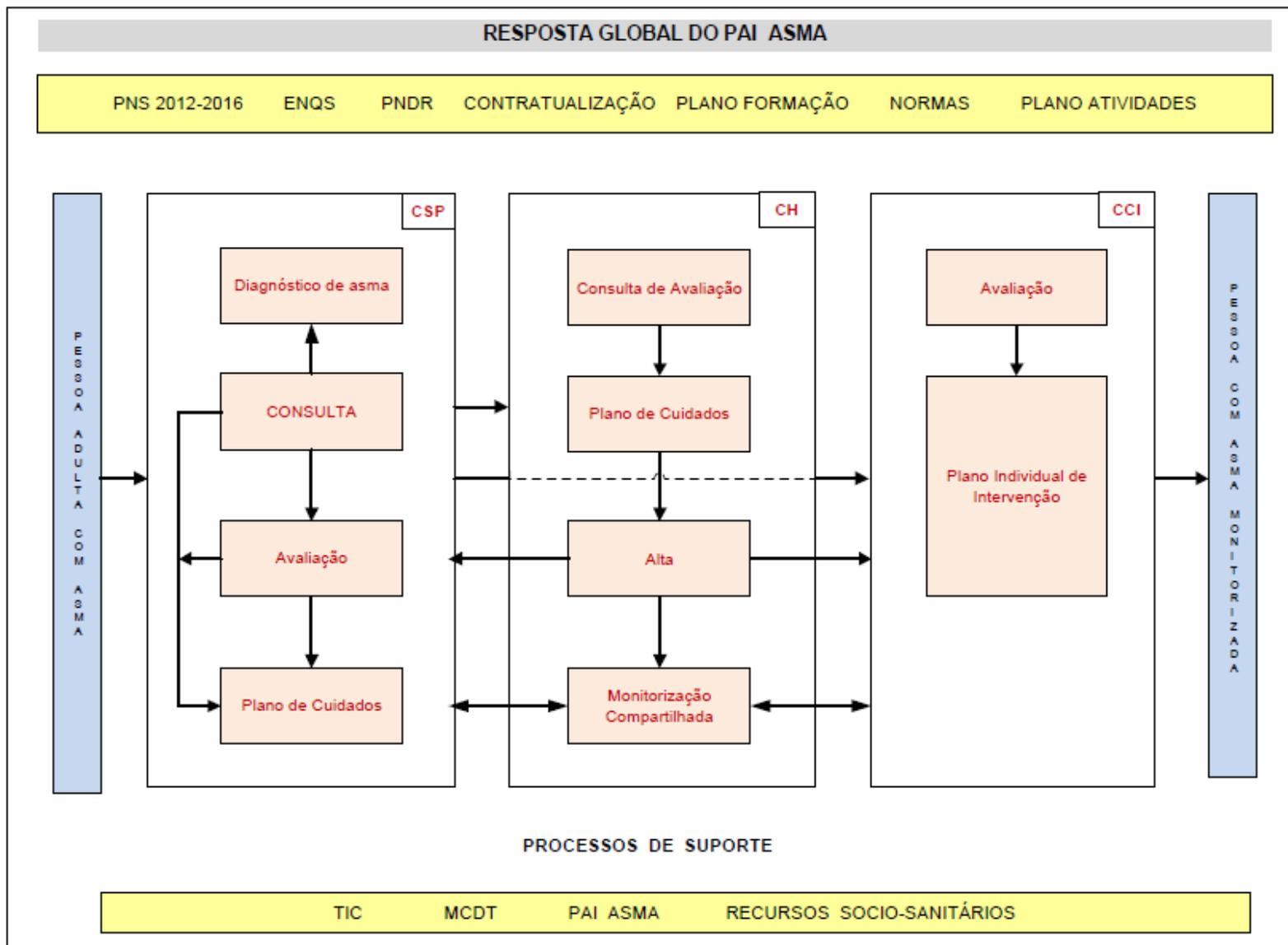
Página intencionalmente em branco

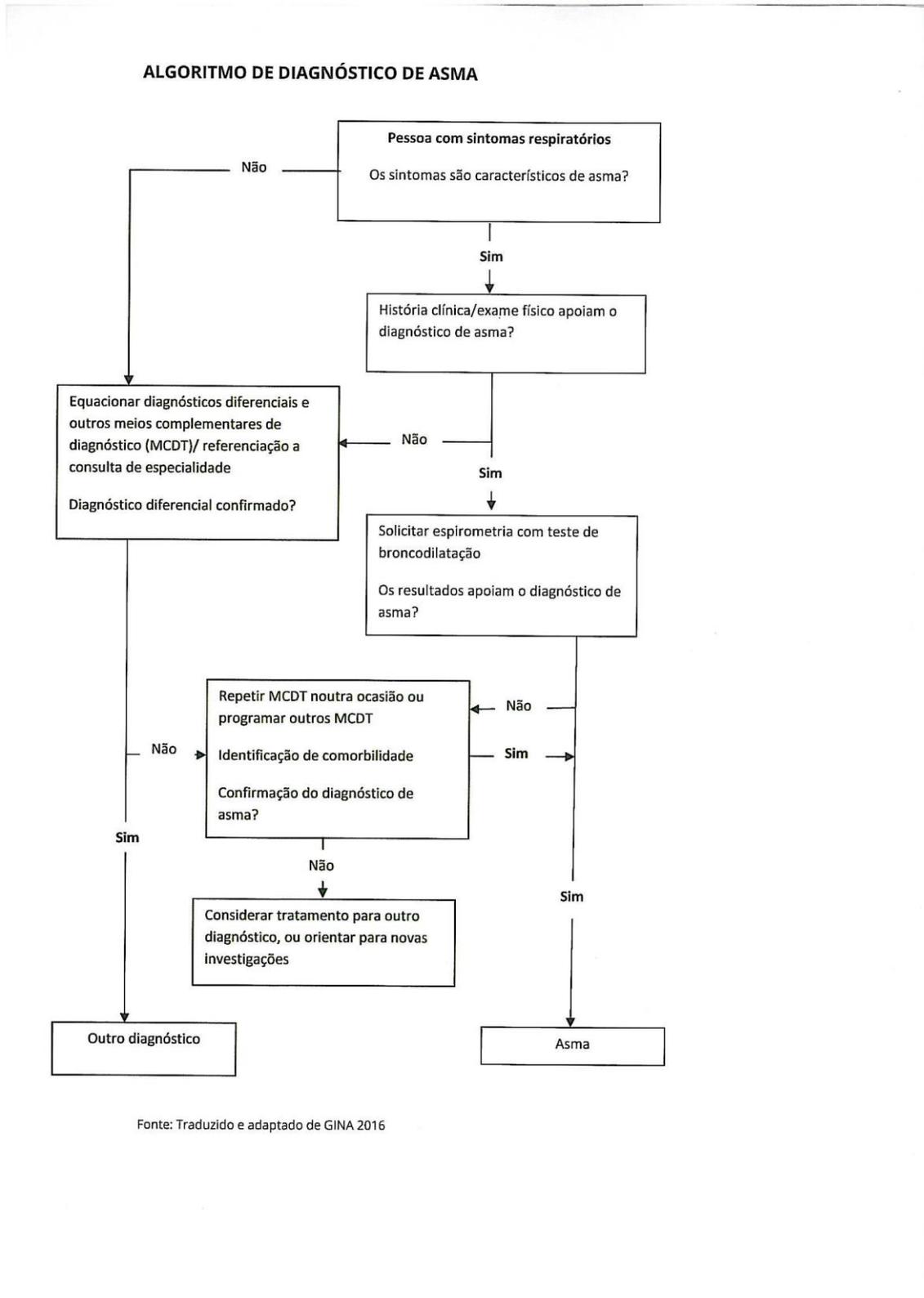
8

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

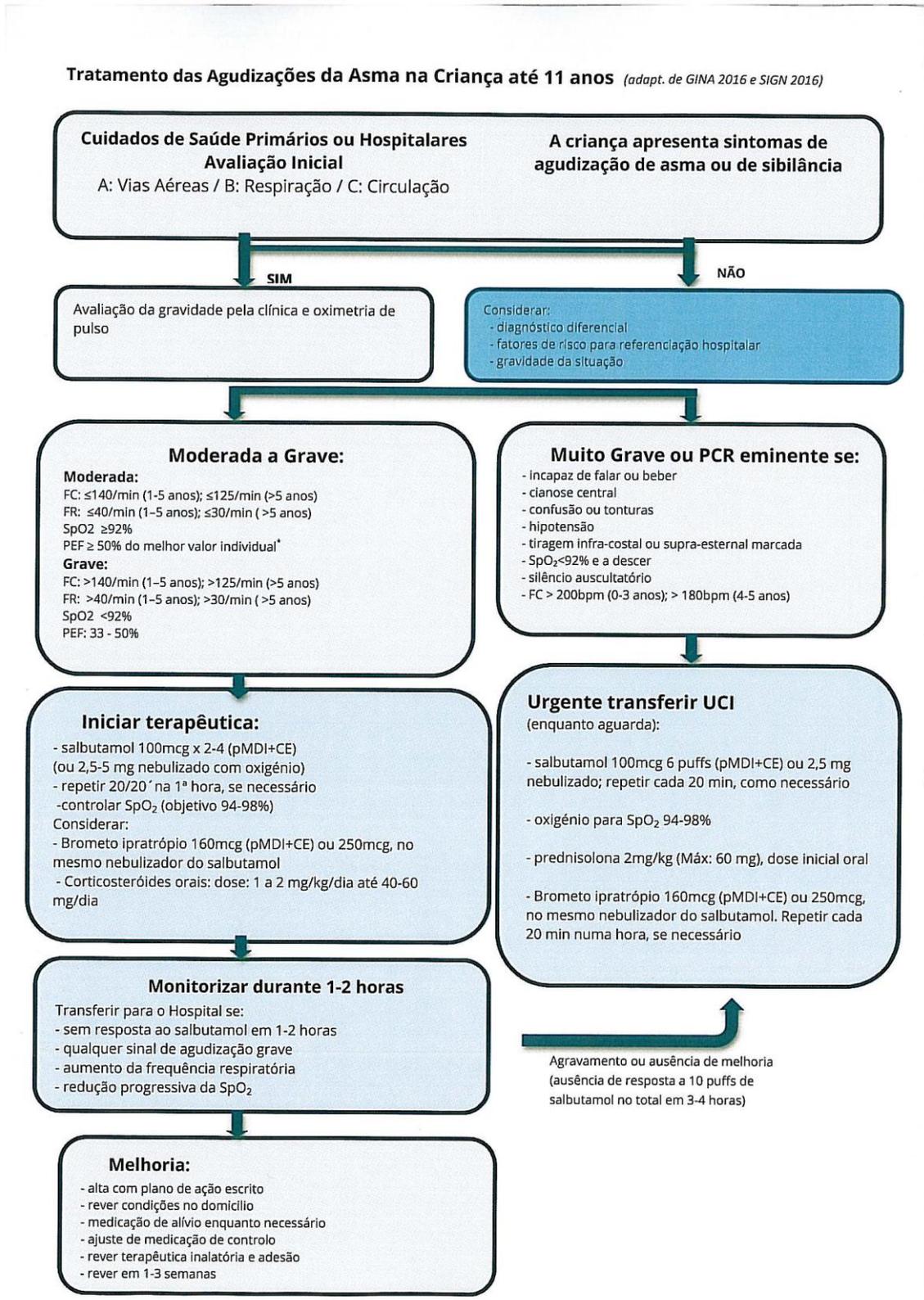
A representação gráfica do PAI da Asma permite visualizar a sua abrangência.

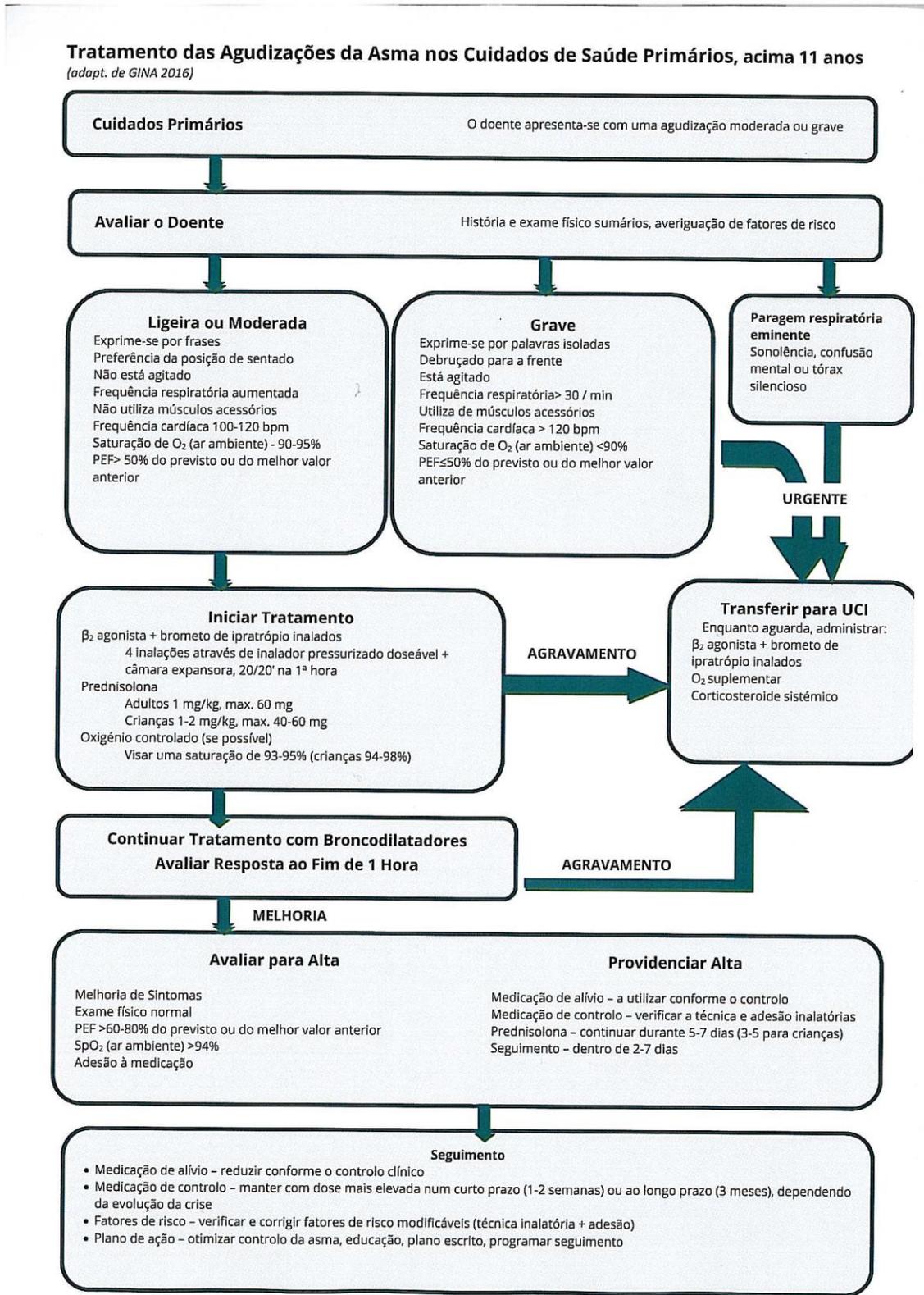
Depois do contato de qualquer pessoa com o Sistema de Saúde e de se confirmar ser portadora de asma, inicia-se o processo clínico-assistencial nos diferentes níveis de cuidados de saúde, incluindo todos os seus suportes, garantido os profissionais de saúde a continuidade assistencial à pessoa com asma, familiar e/ou cuidador (conforme resposta global do PAI da Asma, ver seguir).

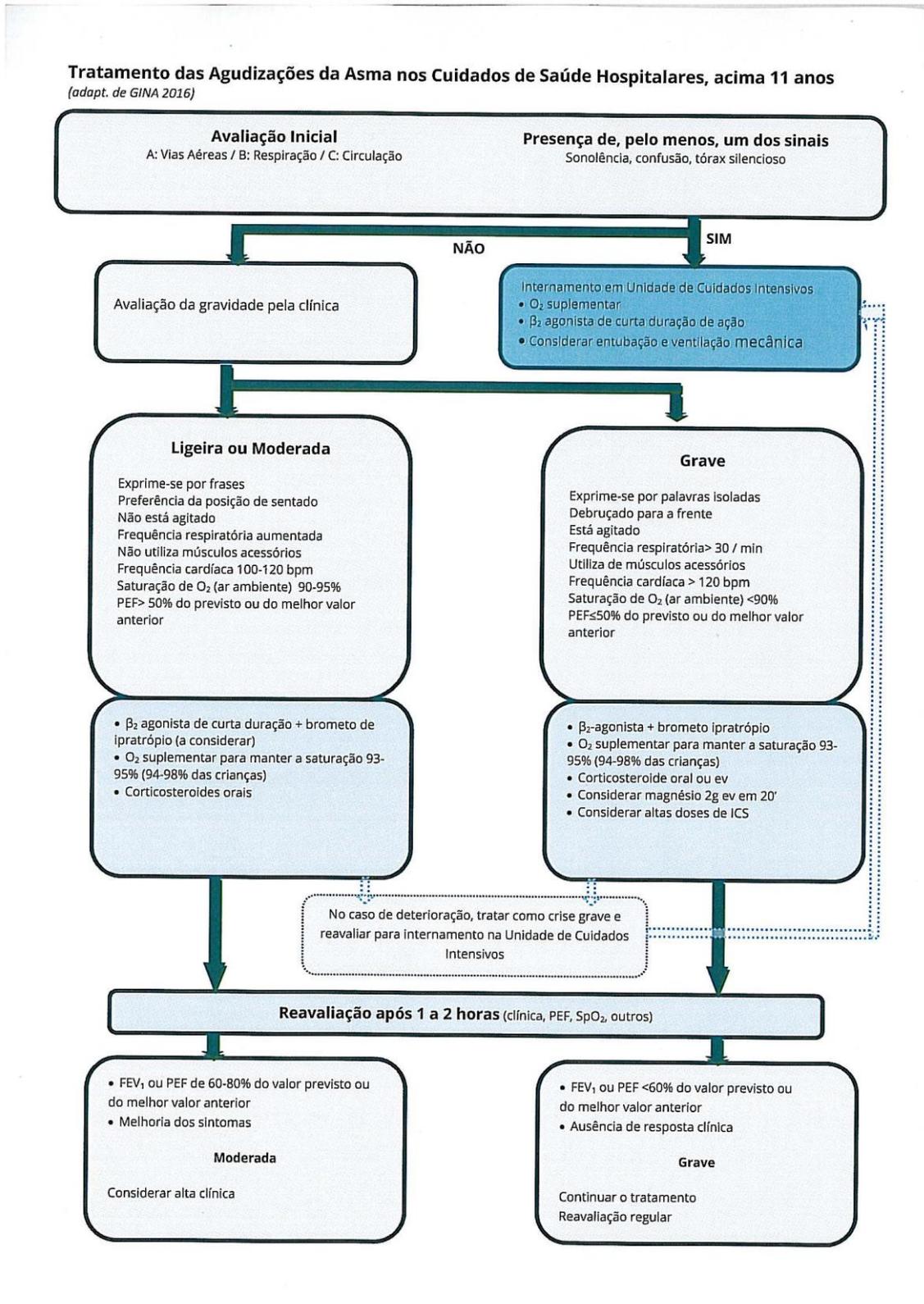




Fonte: Traduzido e adaptado de GINA 2016







Cronograma de seguimento da pessoa com asma

	Frequência (meses)			Local	
	Habitual	Mínima	Máxima	Cuidados de Saúde Primários	Cuidados Hospitalares / Secundários
Observação Clínica					
Consulta Médica	3	1	12	S	S
Enfermagem* / Técnicos*	3	1	12	S	S
Questionários Validados					
Controlo	3	1	12	S	S
Qualidade de vida	6			N	S
Função respiratória e inflamação das vias aéreas					
Espirometria com broncodilatador**	3	1	12	S	S
Mecânica ventilatória**	12			N	S
FeNO**	12			N	S
Outros meios complementares de diagnóstico					
SpO ₂ %	3	1	12	S	S
Monitorização entre observações					
Registo Sintomas /agudizações	3	1	12	S	S
Uso medicação de alívio					
Registo FEV ₁ / PEF**	3	1	12	S	S
Reavaliação telefónica/Web		1	12	S	S

S- Sim ; N-Não

* Indicações das medidas de evicção alérgica, ensino da técnica inalatória, avaliação do PEF no adulto e avaliação da adesão à terapêutica.

** Criança com idade acima dos 5 anos e adultos.

Página intencionalmente em branco

9

INDICADORES

Indicadores de Avaliação e de Monitorização

- 1. Prevalência de asma em CSP**
(Número de pessoas com registo do diagnóstico de asma/ Número de utentes inscritos nos CSP) x 100
- 2. Percentagem de pessoas com asma referenciadas em CSP**
(Número de pessoas com diagnóstico de asma referenciadas a consulta médica especializada/ Número de pessoas inscritas com o diagnóstico de asma) x 100
- 3. Percentagem de pessoas com asma vacinadas contra a gripe**
(Número de pessoas com asma vacinadas com a vacina da gripe nos últimos 12 meses/ Número de pessoas com o diagnóstico de asma nos últimos 12 meses) x 100
- 4. Percentagem de pessoas com asma prescritas com corticosteróides inalados**
(Número de pessoas com diagnóstico de asma e prescrição de corticosteróides inalados/Número de pessoas com diagnóstico de asma) x 100
- 5. Percentagem de pessoas com asma prescritas com corticosteróides orais**

(Número de pessoas com diagnóstico de asma e prescrição de corticosteróides orais/ Número de pessoas com diagnóstico de asma) X 100

6. Percentagem de pessoas fumadoras com asma

(Número de pessoas fumadoras com asma/ Número de pessoas com o diagnóstico de asma) x 100

7. Percentagem de pessoas com asma em consulta de cessação tabágica

(Número de pessoas com asma em consulta de cessação tabágica/ Número de pessoas com o diagnóstico de asma) x 100

8. Percentagem de pessoas (fumadoras) internadas por asma exacerbada nos últimos 12 meses

(Número de pessoas internadas por asma exacerbada nos últimos 12 meses/ Número de pessoas fumadoras com o diagnóstico de asma) x 100

9. Percentagem de pessoas com asma que apresentam ensino ou revisão da técnica inalatória

(Número de pessoas com asma com ensino ou revisão da técnica inalatória/ Número de pessoas com o diagnóstico de asma medicadas com terapêutica inalada) x 100

10. Percentagem de pessoas com asma que apresentaram reclamação no último ano

(Número de pessoas com asma que apresentaram reclamação nos últimos 12 meses/ Número de pessoas com o diagnóstico de asma) x 100

10

ANEXOS

Página intencionalmente em branco

Anexo 1

O roteiro de informação à pessoa com asma

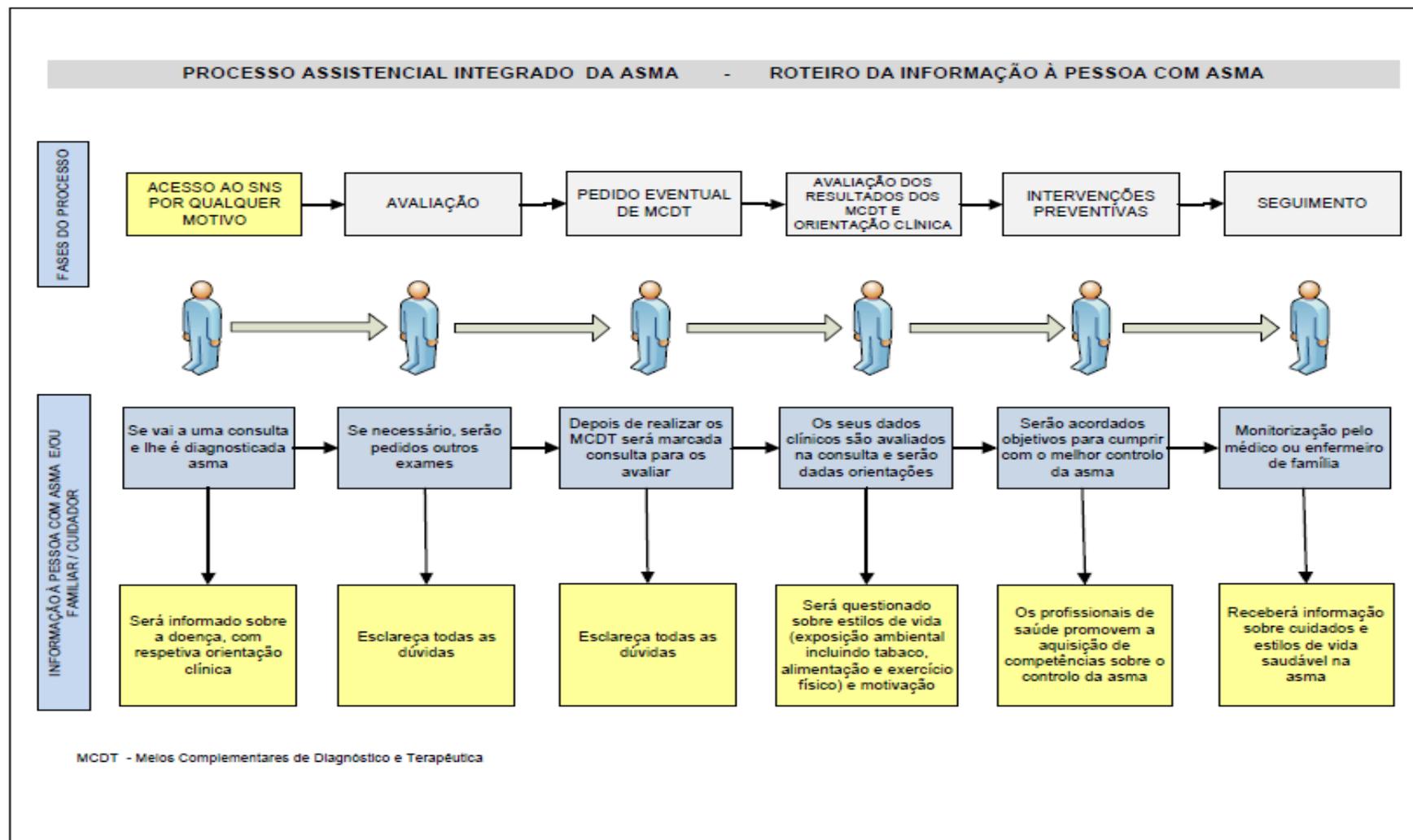
O roteiro de informação descreve a informação que deve ser fornecida à pessoa com asma) e/ou familiar/cuidador em diferentes momentos do seu contacto com os serviços de saúde.

O seu objetivo é facilitar um melhor conhecimento do que a pessoa com asma tem a esperar da informação que lhe deve ser facultada ao longo da continuidade de cuidados, no âmbito deste PAI.

No roteiro encontra-se indicada qual a informação-tipo a ser prestada em cada momento nas diferentes fases do processo de cuidados de saúde e no âmbito da intervenção dos diferentes profissionais de saúde e das atividades que se vão desenvolver.

Anexo 1

O Roteiro de Informação à Pessoa com Asma



Anexo 2

Expectativas do Cidadão/Cuidador e dos Profissionais de Saúde

PESSOA COM ASMA

- Que haja acesso fácil nas marcações de consultas médicas ou de enfermagem.
- Que possa dispor de uma linha telefónica para o esclarecimento de dúvidas e apoio da unidade de saúde ou linha SNS 24.
- Que possa solicitar essa marcação de consultas através de terceira pessoa/cuidador, por linha telefónica, por fax ou por e-mail, ou via e-agenda, através da plataforma de dados da saúde - portal do utente (PDS-PU).

Tangibilidade

- Que haja facilidade na obtenção de toda a medicação necessária, incluindo a renovação do receituário.

Capacidade da resposta

- Que exista facilidade e planificação nas marcações das consultas no Centro de Saúde (CS) e no Hospital (H).
- Que possa obter as marcações de consultas hospitalares de forma fácil, programada e articuladas com as consultas do CS.

Cortesia

- Que os médicos disponham do tempo adequado na consulta médica para ouvir e comunicar eficazmente com a pessoa.
- Que todos os profissionais de saúde a tratem com cortesia em todas as situações.

Direitos

- Que sejam respeitados os seus direitos de decisão e de livre opção; direito de confidencialidade dos dados e da informação fornecida; direito à privacidade e à intimidade; direito ao acompanhamento; direitos específicos da criança.

Compreensão

- Que encontre empatia nos diferentes profissionais de saúde e que estes saibam perceber a pessoa com asma (perceções e representações).

Comunicação

- Que comuniquem o diagnóstico de forma clara, cuidada e não alarmante.

- Que atendam sem pressa e com humanidade.
- Que prestem informação sobre a doença e a sua evolução, numa linguagem simples e compreensível.
- Que prestem informação sem pressa, com trato agradável e próximo, sem comentários inoportunos.
- Que informem adequadamente sobre as indicações terapêuticas, como sejam, a medicação, a técnica inalatória, o exercício físico e a alimentação adequadas.
- Que não seja fornecida informação contraditória (mensagens de conteúdo diferente) pelos diferentes profissionais de saúde intervenientes.
- Que se possa obter uma informação escrita sobre a sua situação clínica atual, de forma completa, e as alterações que se vão produzindo, sempre que solicitado.

Competência

- Que possa contar com a competência dos profissionais de saúde e que cada profissional atue corretamente no seu âmbito profissional.
- Que o processo clínico esteja adequadamente preenchido, atualizado e sempre que possível, informatizado.
- Que os profissionais de saúde valorizem e reconheçam os seus conhecimentos.

Segurança

- Que se prestem cuidados de elevado nível de segurança.
- Que só sejam efetuados os meios complementares de diagnóstico e terapêutica estritamente necessários e nos momentos adequados.
- Que a pessoa com asma possa ter sempre, preferencialmente, a mesma equipa de saúde de referência.
- Que possa dispor de uma linha telefónica para esclarecer quaisquer dúvidas.
- Que os equipamentos utilizados estejam devidamente controlados.

FAMILIARES/CUIDADORES

Acessibilidade

- Que exista um horário programado e tempos de espera mínimos para aceder à consulta.
- Que tenha acesso no CS e H a profissionais com conhecimentos sobre asma para poder esclarecer dúvidas ou problemas relativos à sua evolução.

- Que possa dispor de uma linha telefónica de apoio para orientação dos problemas e dúvidas que surjam no acompanhamento do seu familiar.

Comunicação

Que seja fornecida a informação adequada sobre a doença, técnica inalatória, o seu controlo e a sua evolução, preferencialmente por escrito.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE MÉDICO/ENFERMEIRO CSP

Condições ambientais

- Que exista espaço e tempo planificado para prestar cuidados apropriados à pessoa com asma, assim como para as atividades de Educação para a Saúde (EPS).
- Que existam os equipamentos básicos e necessários para a monitorização dos sintomas da asma /obstrução brônquica (debitómetro, miniespirómetro, oxímetro).
- Que se disponha de um sistema de classificação de prioridade e gravidade no atendimento.
- Que seja planeada formação específica e contínua orientada para as atividades incluídas neste processo.
- Que haja possibilidade e facilidade de avaliar inter-pares a prática clínica (sistema informático de registo clínico com módulo estatístico agregado) e monitorizar o desempenho da sua Unidade de Saúde.

Comunicação

- Que os profissionais de saúde sintam que a pessoa com asma/cuidador confiam no seu desempenho.
- Que haja boa comunicação/cooperação entre todos os profissionais da equipa multidisciplinar de saúde implicados no processo.
- Que se promovam os cuidados de saúde em ambiente de cortesia e respeito.
- Que se possa trabalhar em coordenação/cooperação com outros níveis de cuidados (médicos especialistas e enfermeiros de CH e outros profissionais intervenientes).
- Que tenham sempre acesso aos relatórios clínicos, do atendimento por outros médicos especialistas, nomeadamente no SU.
- Que a pessoa com asma/cuidador recebam informação pertinente, clara e coerente.

- Que a pessoa com asma/cuidador receba educação e ensino regular do correto uso do dispositivo inalatório.
- Que se evite a duplicidade de meios complementares de diagnóstico.
- Que no âmbito das consultas de vigilância ou por doença aguda ou em situações oportunas, as famílias com filhos recebam EPS sobre asma, nomeadamente através da entrega do plano de ação.
- Que os critérios ou normas de atuação clínica sejam uniformes e consensualizados por todas as partes implicadas.
- Que seja possível a interoperabilidade entre os diferentes sistemas informáticos.

Competência

- Que sejam definidas competências específicas tanto do médico de família/pediatra e enfermeiro/EESIP dos CSP como dos outros profissionais de saúde que intervêm para prestarem cuidados à pessoa com asma/cuidador.

Capacidade da resposta

- Que a pessoa com asma e/ou cuidador se envolvam e responsabilizem na monitorização e tratamento, incluindo a identificação de sinais de alerta e o recurso aos serviços de saúde em caso de indicação dos profissionais ou de agravamento da situação.

MÉDICO/ENFERMEIRO CH

Comunicação

- Que exista comunicação fluida e cordial entre os profissionais.
- Que os critérios ou normas de atuação clínica sejam uniformes em todos os níveis de cuidados e consensualizados por todas as partes implicadas.
- Que a relação com os familiares e cuidadores seja caracterizada pelo respeito mútuo com correção e cordialidade, sem pressões nem conflito.
- Que se disponha de um sistema de classificação de prioridade e gravidade no atendimento.
- Que exista corresponsabilidade na prescrição e administração de terapêutica.
- Que a pessoa com asma/cuidador recebam informação pertinente, clara e coerente.
- Que a pessoa com asma/cuidador receba educação e ensino regular do correto uso do dispositivo inalatório.

- Que os médicos e enfermeiros cooperem, em todo o percurso, de modo que a alta hospitalar seja planeada pela equipa médica e pela equipa de enfermagem.
- Que exista acessibilidade de comunicação com os enfermeiros e médicos dos CSP permitindo a coordenação/cooperação/articulação, sobretudo no que respeita ao plano global de cuidados e demais orientações clínicas.

SECRETARIADO CLÍNICO

Comunicação

- Que haja condições para que o atendimento se processe de forma empática, disponível e em ambiente de cortesia, respeito e privacidade.
- Que se promova uma informação, clara e coerente em todos os níveis de cuidados para que o atendimento seja o mais adequado possível.

Capacidade de resposta

- Que os procedimentos administrativos sejam estabelecidos com clareza, procurando-se a melhor gestão de recursos humanos, por forma a satisfazer as necessidades da pessoa com asma/cuidador.
- Que cada pessoa com asma esteja inequivocamente identificada no sistema informático da saúde (nome completo, data de nascimento, morada, telefone e número nacional de utente devidamente atualizados).
- Que se divulguem e implementem os circuitos e procedimentos adequados para a marcação de consultas/meios complementares de diagnóstico que respeitem a menor burocracia possível, eliminando-se deslocações desnecessárias da pessoa com asma/cuidador.

OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (CSP, CH, CCI)

Capacidade da resposta

- Que todos os profissionais de saúde implicados disponham de informação completa onde constem os motivos/resultados da consulta por parte dos restantes profissionais, preferencialmente por via informática em processo único.
- Que haja trabalho em equipa de todos os profissionais de saúde implicados no processo.
- Que se evitem registos duplicados sobre a mesma avaliação/monitorização.
- Que se promova entre todos a simplificação burocrática, minimizando-se eventuais transtornos à pessoa com asma/cuidador, e garantindo-se a permuta adequada de informação clínica.

Anexo 3

Questionários de auto-avaliação para monitorização do controlo e qualidade de vida

Avaliação do Controlo da Asma para Adulto e Adolescente

O controlo da pessoa com asma deve ser sistematicamente avaliado em cada consulta com base em:

1. avaliação dos sintomas relativos às quatro semanas prévias à consulta; e/ou
2. nos questionários validados de sintomas, considerada a adaptação etária e linguística.

De forma sucinta referem-se alguns questionários específicos disponíveis, aplicáveis ao controlo e monitorização de sintomas de asma e associados, bem como a aspetos gerais de qualidade de vida:

1. Teste de Controlo da Asma (ACT)

- a) Avalia 5 itens relativos às quatro semanas anteriores ao teste: limitações da atividade, o controlo da doença e sintomas, e despertar noturno, uso medicação de alívio.
- b) Controlada: ACT > 20 pontos
- c) Parcialmente Controlada/não totalmente controlada: ACT < 19 pontos
- d) Não controlada: ACT < 15 pontos
- e) MDI (diferença mínima clinicamente relevante) – 3

2. Teste de Controlo da Asma e Rinite (CARAT)

- a) 10 questões, 4 semanas anteriores
- b) Sintomas nasais e brônquicos; limitação no sono e atividades; necessidade de medicação
- c) Pontuação de 0 a 30 (controlo máximo)
- d) Valores de corte do CARAT a usar na clínica
- e) Controlado se pontuação >24
- f) >8 (vias aéreas superiores)
- g) ≥ 16 (vias aéreas inferiores)

3. Questionário de Controlo da Asma (ACQ)

- a) Avalia 7 itens relativos à semana anterior ao teste:
- b) perguntas sobre o despertar noturno, sintomas ao acordar, limitações da atividade, dispneia, pieira, uso de SABA em SOS e FEV 1 (em % do previsto, prévio ao BD, numa escala de 0-7)
- c) Todos os itens têm o mesmo peso – pontuação é a média dos 7 itens e varia de 0 (totalmente controlada) a 6 (não controlada)
- d) MDI (diferença mínima clinicamente relevante) – 0.5

Os testes de controlo da asma avaliam domínios diferentes pelo que embora correlacionáveis não são sobreponíveis nos resultados.

Na criança, os questionários de avaliação do controlo da asma são exequíveis mas não há evidência que suporte o uso de diários de controlo da asma, nem que mostrem a sua superioridade em relação a outras avaliações.

Adicionalmente deve certificar-se da validação linguística e para o grupo etário antes da utilização sistemática.

Questionários sobre Qualidade de Vida

A) **AQLQ-S** *Asthma Quality of Life Questionnaire*

- a) 32 questões que abordam 4 domínios – reportam-se às 2 semanas anteriores
- b) 12 relativas a sintomas
- c) 11 relativos à limitação nas atividades
- d) 5 relativos à função emocional
- e) 4 relativos à exposição ambiental
- f) Pontuação para cada item entre 0 (pior) e 6 (melhor)
- g) Score final resulta da média dos 32 itens (também possível avaliar respostas a cada domínio)
- h) MDI (diferença mínima clinicamente relevante) – 0.5

B) **Mini-AQLQ**

- a) 15 itens:
- b) 5 sintomas

- c) 4 limitação atividade
- d) 3 emocional
- e) 3 exposição ambiente
- f) Pontos fortes e fracos semelhantes:
 - i. Mais equilibrado nos vários domínios
 - ii. Menor confiança

C) **SGRQ** *St. George's Respiratory Questionnaire*

- a) 50 questões - (score total) divididas em 3 domínios – sintomas, atividade e impacto (scores parcelares)
- b) 8 de sintomas (frequência, intensidade e duração)
- c) 16 de atividades (sim/não)
- d) 26 de impacto da doença numa variedade de domínios – sono, medicação, emoções

Fonte: adaptado de GINA 2016

Página intencionalmente em branco

11

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABPA	Aspergilose Broncopulmonar Alérgica
ACQ	Questionário de Controlo da Asma
ACT	Teste de Controlo da Asma
Adm	Administrativo / Secretário Clínico
AQLQ	<i>Asthma Quality of Life Questionnaire</i>
ARLT	Antagonistas dos Recetores dos Leucotrienos
ATS	<i>American Thoracic Society</i>
BD	Broncodilatação
BIE	Broncoconstrição Induzida pelo Exercício
CARAT	Teste de Controlo da Asma e Rinite
CCI	Cuidados Continuados Integrados
CE	Câmara Expansora
CEE	Comunidade Económica Europeia
CH	Consulta Hospitalar
CID	Classificação Internacional das Doenças
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CO	Corticosteróides Orais
CS	Centro de Saúde

CSP	Cuidados de Saúde Primários
DALYs	<i>Disability-Adjusted Life Year</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
DIP	Doença Invasiva Pneumocócica
DLCO	Capacidade de Difusão do Monóxido de Carbono
DPI	Inalador de Pó Seco
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DQS	Departamento da Qualidade na Saúde
DR	Diário da República
DRE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EFR	Exame da Função Pulmonar
EFT	Exposição ao Fumo do Tabaco
Enf	Enfermeiro
ENQS	Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
EPS	Educação para a Saúde
ERS	<i>European Respiratory Society</i>
EU	União Europeia
Ex.	Exemplo
FeNO	Fração Exalada de Óxido Nítrico
FEV ₁	Volume Expiratório Forçado no 1.º Segundo
FEV ₁ / FVC	Razão FEV ₁ / FVC
FVC	Capacidade Vital Forçada
GINA	<i>Global Initiative for Asthma</i>
H	Hospital
ICPC	Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários
ICS	Corticosteroides Inalados
IgE	Imunoglobulina E

IMC	Índice de Massa Corporal
LABA	Agonista Beta2 de Longa Duração de Ação
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
ME	Médico Especialista
Med	Médico
MF	Médico de Família
MH	Médico Hospitalar
NOC	Norma Clínica
O ₂	Oxigénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAI	Processo Assistencial Integrado
PAI Asma	PAI da Asma na Criança e no Adulto
PDS-PU	Plataforma de Dados da Saúde - Portal do Utente
PEF	Débito Expiratório de Ponta
pMDI	Inalador Pressurizado Doseável
PNDR	Programa Nacional das Doenças Respiratórias
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
SABA	Agonista Beta2 de Curta Duração de Ação
SAOS	Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono
SGRQ	<i>St. George's Respiratory Questionnaire</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SpO ₂	Pressão de Oxigénio Arterial de Pulso
SU	Serviço de Urgência
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UMA	Unidades Maço Ano

Página intencionalmente em branco

12

BIBLIOGRAFIA

Alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, no serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos 17 anos e 364 dias. Despacho n.º 9871/2010 (DR n.º 112, Série II de 2010-06-11). Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma - <http://www.wheo.org/>. Último acesso em Dezembro 2016.

Beydon N, Davis S D, Lombardi E, Allen J L, Arets H G M, Aurora P, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Pulmonary function testing in preschool children. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007; 175(12), 1304–1345.

Boas Práticas e Orientações para o Controlo da Asma no Adulto e na Criança. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR). 2ª edição. 2014.

Bonds RS, Midoro-Horiuti T., Estrogen effects in allergy and asthma., *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2013 Feb;13(1):92-9. doi: 10.1097/ACI.0b013e32835a6dd6.

Brand PL, Caudri D, Eber E, et al. Classification and pharmacological treatment of preschool wheezing: changes since 2008. *Eur Respir J* 2014 ;43:1172-7.

British Thoracic Society. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British Guideline on the Management of Asthma. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; Revised 2016. Disponível em: <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/asthma/btssign-asthma-guideline-2016/> Accessed dezembro 2016.

Cessação tabágica: Programa prioritário, Despacho 8811/2015, DR2ª série, 10 de Agosto.

Cordeiro MCO, Menoita ECPC (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-86-8.

Cordeiro, MCO (2014). Terapêutica inalatória: Princípios, Técnica de Inalação e dispositivos Inalatórios. Loures: Lusociência. ISBN:978-989-8075-39-0.

Dias HB, Oliveira AS, Bárbara C, Cardoso J, Gomes EM. Critérios da Qualidade para a realização de Espirometrias em Adultos. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. 3ª Ed. Direção-Geral da Saúde,2016.

Direção-Geral da Saúde. Norma nº 006/2018, de 26/02/2018, Monitorização e Tratamento para o Controlo da Asma na Criança, no Adolescente e no Adulto.

Direção-Geral da Saúde. Norma nº 020/2011, de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013. Hipertensão Arterial: definição e classificação.

Direção-Geral da Saúde. Orientação nº 002/2013, de 18/02/2013, Processos Assistenciais Integrados.

Ducharme FM, Dell SD, Radhakrishnan D, Grad RM, Watson WT, Yang CL, Zelman M. Diagnosis and management of asthma in preschoolers: A Canadian Thoracic Society and Canadian Paediatric Society position paper. Can Respir J. 2015 May-Jun;22(3):135-43.

Durr e Sabih, Mohammad Inayatullah, Managing thyroid dysfunction in selected special situations, Thyroid Research 2013, 6:2. doi:10.1186/1756-6614-6-2.

EPA – United States Environmental Protection Agency. Implementing as Asthma home visit program: 10 steps to help Health Plans get started. https://www.epa.gov/sites/production/files/2013-08/documents/implementing_an_asthma_home_visit_program.pdf. Último acesso em em dezembro 2016.

Especificações técnicas para a realização de espirometrias com qualidade em adultos, nos Cuidados de Saúde Primários. Orientação nº5/2016 DGS.

Fernandes RC, Constant C, Sampaio I, Bandeira T, Trindade JC. Wheezing in preschool children: approaches to therapy. Acta Pediatr Port. 2010; 41(6):266-273.

Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention [updated 2016]. Available from: <http://ginasthma.org/2016-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/> Último acesso em Dezembro 2016.

Juniper ENF, O'Byrne PM, Guyatt GH, Ferrie PJ, King DR. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *Eur Respir J*. 1999; 14(4):902–907.

Lødrup Carlsen KC, Pijnenburg MW; ERS Task Force Monitoring Asthma in Children. Monitoring asthma in childhood. *Eur Respir Rev*. 2015 Jun;24(136):178-86.

Lougheed MD, Leniere C, Ducharme FM, Canadian Thoracic Society Asthma Clinical Assembly Canadian Thoracic Society 2012 Guideline update: diagnosis and management of asthma in preschoolers, children, and adults: executive summary. *Can Respir J*. 2012;19(6):e81–e88.

Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, Wagner J. (2005). Standardisation of spirometry. *European Respiratory Journal*, 26(2), 319–338.

National Asthma Council Australia. Australian Asthma Handbook, Version 1.2. National Asthma Council Australia, Melbourne, 2016. Website. Available from: <http://www.astmahandbook.org.au>

OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Accessed in <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>. Último acesso em dezembro 2016.

Portugal, Doenças Respiratórias em Números – 2015, Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, fevereiro de 2016, DGS. Em http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Doencas_Respiratorias.pdf. Último acesso em Dezembro 2016.

Programa Nacional de Saúde Infantil Juvenil. Direção-Geral da Saúde. 2013.

Programa prioritário, Despacho 8811/2015, DR 2ª série, de 10 de agosto.

Protocolos de Urgência em Pediatria (edição ACSM, Clínica Universitária de Pediatria), 2011, 3ª edição.

Quanjer PH, Brazzale DJ, Boros PW, PrettoJJ. Implications of adopting the Global Lungs Initiative 2012 all-age reference equations for spirometry. *European Respiratory Journal*. 2013. 42(4), 1046–54.

Sá-Sousa A, Amaral R, Morais-Almeida M, et al. Asthma control in the Portuguese National Asthma Survey. *Rev Port Pneumol*. 2015; 21: 209-13.

Sá-Sousa A, Morais-Almeida M, Azevedo LF, Carvalho R, Jacinto T, Todo-Bom A, Loureiro A, Bugalho-Almeida A, Bousquet J, Fonseca JA, Prevalence of asthma in Portugal. The Portuguese National Asthma Survey, Clin Transl Allergy. 2012; 29;2(1):15. doi: 10.1186/2045-7022-2-15.

Sampaio I, Constant C, Fernandes RC, Bandeira T, Trindade JC. Wheezing phenotypes in preschool children: risk factors and relevance for clinical diagnosis. Acta Pediatr Port. 2010; 41(5):222-229.

Stanojevic, S., Wade, A., Stocks, J., Hankinson, J., Coates, A. L., Pan, H., ... Cole, T. J. (2008). Reference Ranges for Spirometry Across All Ages. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 177(3), 253-260.

The BTS/SIGN Guideline for the management of asthma was published on 21 September 2016. First published 2003 Revised edition published 2016. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/asthma/btssign-asthma-guideline-2016/>. Último acesso em Dezembro 2016.

The European Lung White Book. European Respiratory Society. Em <http://www.erswhitebook.org>. Último acesso em Dezembro 2016.

The Global Asthma Report 2014. Auckland, New Zealand: Global Asthma Network, 2014.

Vacinação contra a gripe. Época 2017/2018 . Orientação n.º 018/2017, de 26/09/2017.

Vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica (DIP), adultos (≥ 18 anos de idade). Norma n.º 011/2015, de 23/06/2015.

Vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica (DIP), idade pediátrica (< 18 anos de idade). Norma n.º 012/2015, de 23/06/2015.