

Dez passos fáceis para derrotar a asma de difícil controle

Que medidas você tomaria para impedir que 10 aviões caíssem todas as semanas do ano, isso evitaria a morte de quase 700 pessoas a bordo de cada vez, considerando que verificações sistemáticas regulares de cada aeronave poderiam praticamente eliminar o problema?

Esta é a situação atual da asma. Às vezes, pensamos que a asma é amplamente bem controlada, com tratamentos eficazes disponíveis e diretrizes baseadas em evidências que apoiam o diagnóstico cuidadoso e o bom atendimento ao paciente. Mas os sintomas contínuos e as mortes devido à asma inadequadamente controlada e os altos custos associados tanto para as pessoas afetadas, quanto para as suas famílias e para os serviços de saúde nos alertam para o fato de que mais ações são urgentemente necessárias para melhorar o atendimento às pessoas com asma e em particular aqueles cuja asma é de difícil controle.

A asma de difícil controle é a asma que tanto a pessoa afetada quanto o médico acham difícil de controlar. Isso inclui pessoas:

- com asma grave, cuja asma permanece não controlada apesar do melhor tratamento: um número considerável destes tem outras doenças passíveis de tratamento
- que, por vários motivos, não fazem o tratamento conforme recomendado
- com outras condições que afetam a asma, incluindo alergia, outras doenças e fatores psicológicos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 235 milhões de pessoas em todo o mundo sofram de asma.¹ Aproximadamente 250.000 mortes são atribuídas à asma a cada ano – cerca de 685 por dia.^{2,3} A maioria delas ocorre em pessoas com 45 anos ou mais e são amplamente evitáveis, muitas vezes relacionados a cuidados médicos inadequados de longo prazo.⁴ A recente Pesquisa Mundial de Saúde descobriu que metade das pessoas com asma clínica ou tratada relatou sibilância nos últimos 12 meses e 20% nunca haviam sido tratadas para asma.⁵

Qual é a sensação de ter uma asma difícil de controlar?

"A asma é apenas algo que eu aceito e administro no dia-a-dia." Trevor Keegan é apresentador de TV no programa da tarde da RTE (Irlanda). Ele foi diagnosticado com asma quando tinha cinco anos e sempre disse que iria superar isso. "Mas ainda estou esperando", diz Trevor. Quando Trevor estava na casa dos 20 anos, ele realmente conseguiu controlar sua condição com a ajuda de um novo médico. "Ele tem sido brilhante em monitorar e avaliar minha condição e mudando meus inaladores de acordo a necessidade.

"A asma é apenas algo que eu aceito e administro diariamente. Até mesmo levar inaladores nas férias é apenas parte do curso. Felizmente, só fui hospitalizado uma vez devido à asma em uma ocasião em que estava fora e meu inalador acabou." Em termos de apresentar um programa de TV, Trevor diz que ter episódios de piora da asma podem ser difíceis de lidar. "Eles podem fazer você se sentir cansado e esgotado, o que não é uma opção quando você apresenta o programa da tarde às sextas-feiras. A TV ao vivo pode ser muito implacável se você não ficar de olho na bola o tempo todo."

Dez passos fáceis

A boa notícia é que dez passos simples podem ajudar bastante a reduzir os custos humanos e de serviços de saúde da asma difícil de controlar. Eles tornam mais fácil para os profissionais de saúde e as pessoas com asma fazer as coisas certas da maneira certa para melhorar o controle da asma.

- Tornar a asma de difícil controle como uma prioridade para melhorar o valor e a equidade dos cuidados de saúde;
- Fortalecer e apoiar os serviços de saúde primários e comunitários e melhorar a interação com os serviços hospitalares para asma;
- Introduzir um plano nacional de asma e incluir asma de difícil controle;
- Fornecer acesso a testes para diagnóstico de asma e alergias respiratórias apoiados por treinamento em testes diagnósticos e interpretação de resultados para médicos de clínica geral e enfermeiros;
- Capacitar as pessoas com asma de difícil controle para autogerenciar sua condição;
- Reembolsar revisões estruturadas anuais na atenção primária para pessoas com asma;
- Apoiar pesquisas que ajudem a responder a perguntas sobre estratégias eficazes de prevenção, o impacto de outras doenças na asma, como promover a adesão ao tratamento ideal por profissionais e pacientes e cuidados avançados centrados no paciente que ajudam as pessoas a "co-gerenciar" ou a realizar o seu autocuidado;
- Apoiar a coleta sistemática e compartilhada de dados sobre controlar a asma;
- Incluir asma de difícil controle nas políticas de controle do tabagismo;
- Desenvolver políticas que reduzam o impacto dos fatores ambientais sobre a asma em casa, no trabalho de forma ampla.

◀ Tornar a asma de difícil controle como uma prioridade para melhorar o valor e a equidade dos cuidados de saúde

A asma é atualmente uma condição muito cara para os indivíduos afetados e para os sistemas de saúde e sociedades como um todo, e melhorar sua gestão na atenção primária oferece uma maneira altamente eficaz de melhorar o valor e a equidade dos cuidados de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os custos econômicos estimados associados à asma superam os da tuberculose (TB) e HIV/AIDS combinados.⁶

- Nos Estados Unidos, os custos anuais dos cuidados com a asma (diretos e indiretos) ultrapassam US\$ 6 bilhões.⁶
- O Reino Unido gasta cerca de US\$ 1,8 bilhão em cuidados de saúde para asma e por causa de dias perdidos por doenças.⁶
- Na Austrália, os custos médicos anuais diretos e indiretos associados à asma chegam a quase US\$ 460 milhões.⁶

Melhorar o atendimento de pessoas com asma de difícil controle, fornecendo serviços como melhor gerenciamento de cuidados primários e encaminhamento mais eficiente de pacientes que precisam de um serviço multidisciplinar de asma de difícil controle é uma boa maneira de agregar valor (resultados centrados no paciente divididos pelo custo de entrega desses resultados).⁷ Os resultados incluem menos internações hospitalares evitáveis e mortes por asma e melhor qualidade de vida para os pacientes ao custo da prestação de serviços correta e prescrição apropriada.

Existem bons argumentos de custo para melhorar o tratamento da asma de difícil controle. A asma não controlada é mais cara do que a asma controlada.⁸ Um estudo de custo-efetividade de uma intervenção de saúde pública brasileira para asma grave em Salvador mostrou que os custos anuais relacionados à saúde de um paciente com asma grave é de 750 US\$ para o Sistema Público de Saúde e 807 dólares US\$ para suas famílias (quase um terço da renda familiar média total anual).⁹ O programa reduziu a morbidade, melhorou a qualidade de vida e economizou recursos para o sistema de saúde e as famílias dos pacientes, alcançando uma rápida redução nas admissões hospitalares por asma.^{10,11}

Um programa nacional de 10 anos na Finlândia (1994-2004) forneceu evidências claras do valor da introdução de um programa nacional de base comunitária para melhorar a gestão da asma na redução dos custos da asma e do impacto nos indivíduos. Ao longo de dez anos, os custos por paciente por ano diminuíram em 36% (de €1611 a €1031) e o número de dias de internação dos pacientes caiu 54%, além de uma redução de 80% óbitos, redução de 85% nas hospitalizações e redução de 60%

nas aposentadorias por invalidez em pessoas em idade ativa relacionadas à asma.¹²

Pequenas mudanças alcançadas por um melhor atendimento podem transformar a vida das pessoas. Breda Flood, uma diretora aposentada que vive na Irlanda, sofre de asma há 15 anos, mas sofria de chiado no último inverno. Ela procurou ajuda e seu médico sugeriu que ela usasse um espaçador – um cilindro de plástico preso ao inalador que fornece o medicamento aos pulmões de forma mais eficaz e facilita o uso de um inalador para asma – e ela imediatamente percebeu que seus sintomas de asma melhoraram.

Melhorar o valor também pode reduzir a variação e as desigualdades. Números recentes mostraram uma diferença de 11 vezes nas taxas de internação por asma entre os países com as taxas mais altas e aqueles com as mais baixas.¹³ Os Estados Unidos, a República Eslovaca e a Coreia tiveram taxas em torno do dobro da média da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). Uma abordagem sistemática para gerenciar a asma melhora o acesso a cuidados de melhor qualidade para todos. 90% das DPOC, assim como a maioria das mortes relacionadas à asma, ocorrem em países de baixa e média renda.¹ Isso se deve principalmente às diferenças existentes no acesso aos cuidados de saúde e na qualidade dos cuidados prestados.

Fortalecer e apoiar os serviços de saúde primários e comunitários e melhorar a interação com os serviços hospitalares para asma;

A Assembleia Mundial da Saúde adotou uma meta global de redução de 25% na mortalidade prematura por doenças não transmissíveis até 2025, incluindo doenças respiratórias crônicas. - O fortalecimento da atenção primária e comunitária é reconhecido como elemento central em qualquer plano nacional para enfrentar doenças não transmissíveis, e a asma é uma doença não transmissível comum. Portanto, é necessário investir no fortalecimento da atenção primária, tanto em termos de patrocínio (em seus sentidos não financeiros de endosso e juro) quanto de reembolso. Os serviços de saúde comunitários devem ser apoiados para assumir um papel central no cuidado de pessoas com asma de difícil controle. Isso inclui garantir que medicamentos essenciais para a asma estão disponíveis e acessíveis, e podem ser prescritos na atenção primária.

O Programa Nacional de Asma da Finlândia mostrou que a mudança de cuidados de especialistas para cuidados primários foi eficaz para alcançar uma

Valor pode ser definido como os resultados de saúde do paciente por dólar gasto (Valor = Resultados de saúde / Custos de entrega dos resultados):

- Os resultados podem ser definidos como os resultados de saúde que importam para a condição de um paciente ao longo do ciclo de atendimento. Para as pessoas com asma de difícil controle, são: melhorar a qualidade de vida reduzindo a tosse e o chiado e reduzindo os ataques de asma grave que podem resultar em hospitalização e, às vezes, ser fatal.
- Os custos são os custos totais de cuidados para um paciente ao longo do ciclo de cuidados. Para pessoas com asma de difícil controle, isso inclui custos diretos para o sistema de saúde, como hospitalização, consultas de emergência, consultas médicas, cuidados domiciliares e medicamentos, e custos sociais mais amplos, como não poder trabalhar ou frequentar a escola ou faculdade. Os resultados da asma devem ser medidos em três níveis:
 - Primeiro: reduzir a mortalidade e melhorar a sobrevida;
 - Segundo: melhorar a recuperação após um ataque de asma e o custo da inutilidade da saúde
 - Terceiro: a qualidade e o tempo em que uma pessoa com asma é bem controlado menos o tempo e a qualidade dos efeitos colaterais das terapias.

grande redução na morbidade e custos associados à asma.¹²

O gerenciamento da asma deve ser integrado verticalmente entre a comunidade e os cuidados hospitalares – usando diretrizes, objetivos e linguagem compartilhados (incluindo codificação) e liderados por médicos que desejam garantir os melhores resultados para os pacientes que trabalham em parceria com os pacientes e suas famílias. Melhorar os serviços de asma na atenção primária para fornecer uma abordagem sistemática ao manejo de pessoas com asma de difícil de gerenciar exigirá um programa de educação sistemático liderado por pares (um programa de treinamento do instrutor oferece uma abordagem econômica) e disseminar e garantir a facilitação das diretrizes escritas para a atenção primária pela atenção primária.

Os profissionais da atenção primária também devem ter acesso a clínicas com experiência em asma de difícil controle para os pacientes que identificam que necessitam de avaliação e cuidados especializados. Essas clínicas devem fornecer atendimento por uma

◀ equipe multidisciplinar, incluindo médicos pneumologistas, enfermeiros especialistas, psicólogos e médicos relevantes para comorbidades e ter acesso a toda a gama de ferramentas e tratamentos de diagnóstico e avaliação. Os farmacêuticos precisam ser incluídos para monitoramento e melhoria do uso diário de medicamentos prescritos.

Uma auditoria recente de um serviço de diagnóstico respiratório centralizado para cuidados primários mostrou que isso reduziu o risco de erros de diagnóstico e tratamentos inadequados de doenças respiratórias,^{15,16} mas esses serviços não estão amplamente disponíveis: uma pesquisa no Reino Unido mostrou que apenas 23% dos médicos pneumologistas tinham uma área dedicada apenas a asma de difícil controle em seu hospital.¹⁷ Consulte <http://www.theipcr.org/difficultasthma> para obter um exemplo de carta de referência ideal da atenção primária para um serviço especializado.

Introduzir um plano nacional de asma e incluir asma de difícil manejo

Sem um plano nacional de asma, o sistema de saúde não gerará o valor que é capaz de alcançar. As diretrizes e políticas nacionais devem fornecer orientações e estabelecer metas para que os profissionais de saúde mantenham registros de pessoas com asma e reduzam o uso de serviços de saúde de emergência, hospitalizações e dias de folga no trabalho ou na escola vivenciados por pessoas com asma de difícil manejo. Para isso, eles devem encorajar os profissionais de saúde a utilizarem ferramentas/instrumentos para avaliar o controle da asma de um indivíduo e, se necessário, suas razões para o mau controle.

Fornecer acesso a testes para diagnóstico de asma e alergias respiratórias apoiados por treinamento em testes diagnósticos e interpretação de resultados para médicos de clínica geral e enfermeiros

Os profissionais da atenção primária devem ter acesso e treinamento suficiente sobre o uso de testes baseados em evidências para asma, como medição de fluxo de pico e espirometria, que devem ser reembolsados como parte do diagnóstico inicial de asma e na revisão de um paciente com asma de difícil controle.

Quando houver suspeita de alergia respiratória que possa afetar o controle da asma de um paciente, os profissionais da atenção primária devem ter acesso a testes de alergia regulamentados e tratamento adequado baseado em evidências. Isso normalmente exigirá encaminhamento para a atenção secundária, dada a falta de testes de alergia na atenção primária. Dados

recolhidos pela Federação Europeia de Associação de Pacientes com Alergias e Doenças das Vias Aéreas (EFA) mostram que aproximadamente 30% da população europeia sofre de alergias respiratórias.¹⁸ Dados recentes mostram que 113 milhões de cidadãos da UE sofrem de rinite alérgica e 28 milhões de asma alérgica, mas aproximadamente 45% das pessoas com alergias respiratórias nunca receberam um diagnóstico de alergia respiratória.¹⁸ Até 80% das pessoas com asma têm alergia respiratória.¹⁸

Capacitar as pessoas com asma de difícil controle para autogerenciar sua condição comissionando informações nacionais criadas por grupos de pacientes e médicos e incentivando os profissionais de saúde a desenvolver planos de ação com seus pacientes

Além das informações faladas, as pessoas com asma de difícil controle devem receber informações escritas e/ou imagens e vídeos de seu profissional de saúde, personalizadas de acordo com suas necessidades para ajudá-las a autogerenciar sua condição. Grupos de pacientes com asma devem ser envolvidos na preparação de materiais, que devem ser de fácil compreensão e fornecer recomendações práticas.^{19,20}

As estratégias devem ter uma abordagem centrada no paciente, colocando a pessoa com asma no centro de todos os esforços para melhorar sua saúde e bem-estar e considerando a pessoa como um todo (e sua família, quando apropriado) e não apenas sua asma. Os pacientes devem ter clareza sobre quando e como acessar os serviços de saúde e se sentir confiantes de que fornecerão o apoio e os cuidados de que precisam.^{21,22,23}

[Roberts NJ, Mohamed Z, Wong PS, Johnson M, Loh LC, Partridge MR. O desenvolvimento e a compreensibilidade de um plano de ação pictórico para a asma. *Paciente Educ Couns* 2009;74(1):12-18. Roberts N, Evans G, Blenkhorn P, Partridge M. Desenvolvimento de um plano de ação de asma pictórico eletrônico e seu uso na atenção primária. *Paciente Educ Couns* 2010;80(1):141-146 <http://www.longalliantie.nl/images/library/pdf/LAN%20Zorgstandaard%20COPD-8.pdf> <http://www.astmafonds.nl/bestellen/patientenversie-zorgstandaard-policial>

Um padrão semelhante de tratamento para asma está sendo desenvolvido pela Lung Alliance Netherlands – <http://www.longalliantie.nl/zorgstandaard-astma>]

Reembolsar revisões anuais na atenção primária para pessoas com asma

Se você puder fazer apenas uma coisa, certifique-se de que as políticas nacionais reembolsem revisões anuais estruturadas para pessoas com asma. Os profissionais de saúde primários e comunitários devem ser reembolsados por fornecer revisão regular de pessoas com asma para monitorar seu controle da asma e detectar a asma de difícil

controle precocemente, interrompendo o risco de que os pacientes simplesmente recebam prescrições repetidas e nunca sejam vistos por um profissional de saúde. Isso deve incluir uma revisão anual completa – com duração de 30-60 minutos com a agenda definida pelo paciente – que identifica quando o controle da asma foi perdido/nunca alcançado; verifica os fatores que causam mau controle, incluindo pedir ao paciente que demonstre o uso de seu(s) inalador(es) para asma; introduz medidas para ganhar controle; e envolve o paciente na manutenção do controle a longo prazo. Na maioria dos países, os prestadores de cuidados primários podem fazer isso contanto que tenha recursos e incentivos adequados para o que é um programa de tempo intensivo. Projetos Pilotos em larga escala estão em andamento em algumas outras doenças crônicas que estão transformando o atendimento para permitir uma consulta de 40 minutos dentro dos recursos existentes.²⁴

Apoiar pesquisas que ajudem a responder a perguntas sobre estratégias eficazes de prevenção, o impacto de outras doenças na asma, como promover a adesão ao tratamento ideal por profissionais e pacientes e Cuidado centrado no paciente que ajuda as pessoas a “co-gerenciar” ou autocuidado

Os pacientes de ensaios clínicos não são típicos de pacientes atendidos na prática clínica diária devido aos rigorosos critérios de inclusão de ensaios. O financiamento da pesquisa deve financiar estudos do mundo real realizados em ambientes de cuidados primários, em vez de hospitais que incluem pacientes de diferentes grupos étnicos, fumantes e pessoas com diferentes fenótipos de asma. A inclusão de pacientes mais típicos da média de pacientes atendidos nas clínicas deve permitir uma melhor avaliação do impacto das comorbidades e o desenvolvimento de estratégias para promover a adesão ao tratamento. As diretrizes de tratamento da asma são baseadas principalmente em evidências de grandes ensaios clínicos que frequentemente avaliam a função pulmonar como o desfecho primário. No entanto, os níveis de biomarcadores inflamatórios, exacerbações de asma e outros desfechos podem piorar independentemente do estado da função pulmonar.

O IPCRG publicou uma lista de questões de pesquisa que a comunidade internacional de atenção primária concorda que sejam prioridades.²⁵

[<http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00006>]

◀ Apoiar a coleta sistemática e compartilhada de dados sobre asma de difícil manejo

Dados precisos são essenciais para entender o impacto da asma de difícil controle, planejar recursos e medir os resultados. As políticas devem apoiar a coleta sistemática de dados sobre asma de difícil controle, incluindo o uso de definições e sistemas de dados comuns em hospitais e na comunidade que combinem todos os tipos de dados para cada paciente e permitam acesso e comunicação entre todos os setores envolvidos, incluindo os pacientes. A Organização Mundial da Saúde apoia a vigilância e o monitoramento em seu artigo sobre doenças não transmissíveis¹⁴ e em novembro de 2012 acordou metas globais voluntárias, incluindo uma redução relativa de 25% na mortalidade geral por doenças respiratórias crônicas, doenças cardiovasculares, câncer ou diabetes 2010-2025.¹⁵

<http://apps.who.int/gb/ncds/>

Incluir asma de difícil controle nas políticas de controle do tabagismo

A Pesquisa Mundial de Saúde de pessoas com idade 18 a 45 mostrou que 24% das pessoas com asma clínica/tratada eram fumantes atuais.⁵ Profissionais de saúde, pacientes e o público devem ser informados sobre a relação entre tabagismo e mau controle da asma e apoiados nos esforços para parar de fumar e evitar a fumaça secundária.²¹ A longo prazo, a proibição de fumar em todos os espaços públicos e a limitação do fumo a incidência deve ser o objetivo da política.^{26,27} No Reino Unido, após a introdução da proibição de fumar, houve uma queda nas admissões hospitalares equivalente a 6802 admissões num período de 3 anos.²⁸

Desenvolver políticas que reduzam o impacto dos fatores ambientais sobre a asma em casa, no trabalho de forma ampla.

A saúde deve constar em todas as políticas, não apenas na política de saúde, e o impacto na saúde de outras políticas deve ser avaliado. Há evidências crescentes de que a poluição do ar contribui para a carga global de doenças respiratórias e alérgicas, incluindo a asma.²⁹ As hospitalizações por asma aumentam nos dias de ar mais alto poluição.³⁰ Fatores internos, como mofo, ácaros da poeira doméstica e qualidade do

ar interno e poluentes do ar ocupacional também são importantes no agravamento da asma.

Portanto, as políticas ambientais devem reduzir o impacto dos fatores ambientais na asma, incluindo o controle do tabagismo, poluição do ar, riscos no local de trabalho e em casa, bem como outros fatores ambientais. O sistema de saúde e as pessoas com asma devem ser capazes de acessar facilmente informações independentes e antecipadas sobre fatores ambientais que podem afetar o controle da asma, incluindo níveis de poluição e clima, para que possam tomar medidas evasivas.

Como essas recomendações foram desenvolvidas?

Dez passos fáceis para derrotar a asma difícil de gerenciar capturam as principais recomendações de uma reunião de pessoas que trabalham com asma, incluindo profissionais de saúde e um representante do grupo de pacientes, realizada em 17 de janeiro de 2012, organizada pelo International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) que discutiram os resultados de uma extensa revisão de pesquisas relevantes. Aborda o manejo da asma de difícil manejo na perspectiva da política de saúde pública, bem como a abordagem exigida pelos profissionais de saúde.

Referências

1. World Health Organization. Asthma. Fact Sheet 307. May 2011. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
2. Alwan A, Ross A, Resnikoff S, Mendis S, Cruz AA, Minelli E, from WHO and GARD Executive Committee and Planning Group. Action Plan of the Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases, 2008- 2012. Geneva. World Health Organization 2008
3. World Health Organization. Second WHO discussion paper. 22 March 2012. A comprehensive global monitoring framework including indicators and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases
4. Braman SS. The global burden of asthma. *Chest* 2006;130:4S-12S
5. To T, Stanojevic S, Moores G et al. Global asthma prevalence in adults: findings from the cross-sectional world health survey. *BMC Public Health* 2012;12:204
6. WHO Fact Sheet N 206. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs206/en>
7. Porter ME. What is value in health care? *NEJM* 2010;363:2477-2481
8. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). The Global Asthma Report. 2011. http://www.theunion.org/index.php?id=651&cid=1839&fid=57&task=do_wnload&option=com_flexicontent&Itemid=90&lang=en
9. Cruz AA, Souza-Machado A, Franco R et al. The impact of a program for control of asthma in a low-income setting. *WAO Journal* 2010;3:167-174
10. Franco R, Santos AC, do Nascimento HF et al. Cost-effectiveness of a state funded programme for control of severe asthma. *BMC Public Health* 2007; 7: 82
11. Souza-Machado C, Souza-Machado A, Franco R et al. Rapid reduction in hospitalisations after an intervention to manage severe asthma. *Eur Respir J* 2010;35:515-521
12. Haahela T, Tuomisto LE, Pietinalho A et al. A 10 year asthma

programme in Finland: major change for the better. *Thorax* 2006;61:663-670

13. Health at a glance 2011: OECD indicators. OECD iLibrary 2011. http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/05/01/01/index.html?sessionid=bc0r6l0nqaham.epsilon?contenttype=&itemid=/content/chapter/health_glance-2011-40-en&containerItemid=/content/serial/19991312&accessItemid=/content/book/health_glance-2011-en&mimeType=text/html
14. World Health Organization. Prevention and control of noncommunicable diseases: follow-up to the High-level meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable diseases. May 2012.
15. World Health Organization. NCDs. Governance. November 2012. <http://apps.who.int/gb/ncds/>
16. Starren ES, Roberts NJ, Tahir M et al. A centralised respiratory diagnostic service for primary care: a 4-year audit. *Prim Care Respir J* 2012;21:180-186
17. Roberts NJ, Robinson DS, Partridge MS. How is difficult asthma managed? *Eur Respir J* 2006; 28: 968-973
18. Erkka Valovirta, EFA Book on Respiratory Allergies – Raise Awareness, Relieve the Burden, 2011, available at: <http://www.efanet.org/documents/EFABookonRespiratoryAllergiesFINAL.pdf>
19. Roberts NJ, Mohamed Z, Wong PS, Johnson M, Loh LC, Partridge MR. The development and comprehensibility of a pictorial asthma action plan. *Patient Educ Couns* 2009;74(1):12-18.
20. Roberts N, Evans G, Blenkhorn P, Partridge M. Development of an electronic pictorial asthma action plan and its use in primary care. *Patient Educ Couns* 2010;80(1):141-146]
21. <http://www.longalliantie.nl/images/library/pdf/LAN%20Zorgstandaard%20COPD-8.pdf>
22. <http://www.asimafonds.nl/bestellen/patientversiezorgstandaard-copd>
23. A similar standard of care for asthma is currently being developed by the Lung Alliance Netherlands – <http://www.longalliantie.nl/zorgstandaard-astma>
24. Dr Tahir, Co-Director North West London Integrated Care Pilot. Personal communication.
25. Pinnock H, Ostrem A, Rodriguez MR, Ryan D, Stallberg B, Thomas M, Tsiligianni I, Williams S, Yusuf O. Prioritising the respiratory research needs of primary care: the International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) e-Delphi exercise. *Prim Care Respir J* 2012; URL:<http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00006>
26. Commission of the European Communities. Council Recommendation on smoke-free environments. 2009. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_prec2009_en.pdf
27. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Article 8. http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf
28. Millett C, Lee TY, Lavery AA, Glantz SA and Majeed A. Hospital admissions for childhood asthma after smoke-free legislation in England. *Pediatrics* 2013;e495-e501. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/01/15/peds.2012-2592.full.pdf+html>
29. Launbach RJ, Kippen HM. Respiratory health effects of air pollution: update on biomass smoke and traffic pollution. *J Allergy Clin Immunol* 2012;129:3-11
30. Cakmak S, Dales RE, Coates F. Does air pollution increase the effect of aeroallergens on hospitalization for asthma? *J Allergy Clin Immunol* 2012;129:228-31

Further resources for policymakers, clinicians and people with asthma

- Holgate S, Bisgaard H, Bjerner L et al. The Brussels Declaration: the need for change in asthma management. *Eur Respir J* 2008; 32:1433-43 <http://erj.ersjournals.com/content/32/6/1433.full.pdf+html> doi: 10.1183/09031936.00053108
- Two-page Desktop Helper for clinicians and patients available in English, French, German, Greek, Italian, Spanish, Polish and Russian, including the mnemonic SIMPLES: smoking, inhaler technique, monitoring, pharmacotherapy, lifestyle, education and support <http://www.theipcr.org/display/DIFFMANAST/Desktop+helper+difficult+to+manage+asthma>
- Ideal referral letters from primary care to a specialist service <http://www.theipcr.org/display/DIFFMANAST/Difficult+to+manage+asthma+-+Position+Paper>
- Video summarising the key points including SIMPLES (due September 2013) <http://www.theipcr.org/display/DIFFMANAST/Difficult+to+manage+asthma+-+Position+Paper>

Directory of freely available Tools, Resources and Recommendations <http://www.theipcr.org/display/DIFFMANAST/Tools%2C+Resources+and+Recommendations>

Clinical co-chairs of project: **Stephen Holgate** and **Dermot Ryan**

Authors: **Susan Mayor, Siân Williams, Dermot Ryan, Breda Flood (EFA)**

Advised by: **Armando Brito de Sá, Pascal Chanez, Javier Corbalan, Jaime Correia de Sousa, Liam Heaney, Michael Hyland, Jan Lotval (EAACI), Bjorn Stallberg, Scott Wagers, Osman Yusuf**

www.ipcr.org



licença criativa Commons Atribuição de Licença-Não-Comercial-Compartilhada

O IPCRG é uma instituição de caridade registrada (SC No 035056) e uma empresa limitada por garantia (Companhia No 256268) Escritórios registrados: International Primary Care Respiratory Group, 4th Floor, 115 George Street, Edimburgo, Escócia, EH2 4JN A reunião para desenvolver este documento de posição, a redação e o processo de revisão independente foram possíveis graças a uma subvenção educacional restrita da Novartis. As opiniões expressas nesta publicação não são necessariamente as da Novartis Licenciada sob Creative Commons Attribution-No Derivative Works Licence <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/> Data: Março de 2013 Transferível de: <http://www.theipcr.org/difficultasthma>

PLANO DE DEZ PONTOS PARA REVOLUCIONAR O MANEJO DA ASMA NA EUROPA

“Juntos podemos derrotar a carga da asma.”

Presidida pelo professor Stephen Holgate

MRC Clinical Professor of Immunopharmacology, University of Southampton, UK

Os dez pontos-chave identificados na Declaração só farão diferença se produzirem uma mudança real na ação de todos os profissionais envolvidos no cuidado às pessoas com asma, bem como nas organizações que representam suas necessidades.

PLANO DE AÇÃO DE DEZ PONTOS

- 1** A asma deve ser reconhecida como um grave problema de saúde pública pela sociedade e o cuidado com a asma deve ser uma prioridade política.
- 2** Os formuladores de políticas públicas e os órgãos profissionais, incluindo associações de pacientes europeus, devem estimular o incremento da compreensão sobre a asma, incluindo o reconhecimento da asma como uma manifestação respiratória de processos inflamatórios sistêmicos.
- 3** A comunidade médica, orientada por seus Órgãos Profissionais, também deve concordar que a asma é diferente em adultos, crianças e diferentes grupos étnicos e precisa ser tratada de maneiras diferentes.
- 4** Deve haver uma atualização imediata da Nota de Orientação Regulamentar da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) sobre asma, que é essencial para garantir que o tratamento e o diagnóstico da asma respondam aos mais recentes conhecimentos científicos, experiências clínicas e de mundo real.
- 5** As diretrizes devem continuar a se basear em evidências de ensaios clínicos, mas também levar em consideração estudos econômicos e de resultados de saúde que reflitam os cuidados com o paciente e a vida familiar no “mundo real”, incluindo estudos que abordem particularmente a criança/lactente.
- 6** Os responsáveis pelo financiamento de estudos na UE devem considerar a investigação que ajude a responder as questões sobre o impacto de outras doenças na asma, bem como promover a adesão ao tratamento ideal por parte dos profissionais e dos pacientes e promover cuidados centrados no paciente, estratégias de prevenção eficazes e estudos de prevalência.
- 7** Os formuladores de políticas públicas, o poder público, os médicos e demais envolvidos devem explorar a variação nos cuidados com a asma em toda a Europa e distinguir entre a variação normal devido a diferenças nos sistemas e culturas de saúde e a variação que pode ser reduzida por meio de políticas que melhorem a organização dos cuidados e a prática clínica.
- 8** As políticas nacionais devem incentivar a organização do cuidado para que grupos de pacientes e pessoas com asma possam participar ativamente e fazer escolhas sobre seus cuidados.
- 9** A UE e os governos nacionais devem estabelecer contactos com outras agências para compreender e reduzir o impacto dos fatores ambientais na asma, como o tabagismo, a poluição do ar, os perigos nas escolas, nas creches, no local de trabalho e em casa, bem como outros fatores ambientais desencadeantes.
- 10** As políticas nacionais devem estabelecer metas para que os profissionais de saúde mantenham registros, reduzam hospitalizações, uso de serviços de saúde de emergência, dias de absenteísmo ao trabalho e à escola vivenciados por pessoas com asma e incentivem o uso de ferramentas/instrumentos para avaliar o controle da asma e as razões para o controle inadequado, quando houver no indivíduo.