



Manuel Branco Ferreira: Diagnóstico e intervenção precoces são os grandes desafios em Imunoalergologia

Que impacto está a ter a pandemia de Covid-19 no tratamento das doenças do foro alérgico, na prática assistencial dos imunoalergologistas e no ensino médico pré e pós-graduado? Em entrevista exclusiva ao *Jornal Médico*, o presidente da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), Manuel Branco Ferreira, responde.

JORNAL MÉDICO (JM) | Como avalia o impacto da pandemia, nomeadamente durante o Estado de Emergência, na prestação de cuidados aos doentes com patologia alérgica?

MANUEL BRANCO FERREIRA (MBF) | Como em muitas outras especialidades, a assistência médica presencial reduziu-se substancialmente no Estado de Emergência. No entanto, os doentes receberam, através de diversos canais, recomendações no sentido de manterem a sua medicação crónica, o que de uma forma geral foi feito até também devido ao receio de ter de recorrer a serviços de saúde por descompensação da doença alérgica. Podemos considerar que esta melhor adesão contribuiu em parte para reduzir o impacto negativo da diminuição do contacto presencial médico-doente. Por outro lado, os doentes mais graves ou sob terapêuticas biológicas mantiveram um acompanhamento regular, não tendo havido, nesta pequena percentagem dos nossos doentes, qualquer impacto significativo na prestação de cuidados. Também no período do Estado de Emergência foram suspensas as administrações de imunoterapia com alérgenos por via subcutânea, que têm vindo a ser gradualmente retomadas.

JM | Como tem sido a sua prática assistencial em tempo de pandemia, nomeadamente durante o período de Estado de Emergência. Recorreu a teleconsultas? Que mais-valias e que desvantagens reconhece a este modelo?

MBF | Eu e todos os médicos dos Serviços de Imunoalergologia efetuámos múltiplas teleconsultas durante o Estado de Emergência, as quais foram o meio possível para manter algum contacto com os doentes e para tranquilizá-los quanto ao futuro agendamento de nova consulta. Em alguns casos mais simples, em que a avaliação seria de rotina e em que não tivesse havido nenhuma complicação nesse período, a teleconsulta foi suficiente para avaliar a estabilidade do doente e, em caso de se verificar essa mesma estabilidade através de questionário clínico adequado a cada situação, proceder à emissão do receituário de manutenção, enviado por SMS ou por *e-mail*, e agendar nova consulta nos intervalos previstos anteriormente.

No entanto, sempre houve a possibilidade de, em casos pontuais de descontrolo da doença de base, agendar-se uma consulta presencial excepcional. Julgo que este modelo poderá ser em parte mantido no seguimento de doentes estáveis, provavelmente intercalando consultas presenciais e não presenciais. No entanto, este modelo de consulta deverá ser previamente agendado pelos serviços administrativos de forma a dar tempo ao doente para organizar a lista dos problemas que quer discutir com o médico, com calma e num horário pré-determinado, algo que na maior parte dos casos não aconteceu neste período em que os doentes eram muitas vezes contactados sem estarem à espera, com todos os inconvenientes que daí advém.

Como desvantagens adicionais referiria a impossibilidade de avaliação objetiva do doente, bem como a impossibilidade de verificação de técnicas inalatórias ou de adesão à terapêutica. Adicionalmente, no meu hospital, as chamadas para os doentes tinham tempo limitado, o que em alguns casos implicava uma ou mais repetições de chamadas para terminar a consulta.

JM | A doença alérgica é uma patologia que afeta bastante a qualidade de vida das pessoas que dela sofrem. Considera que o confinamento e as medidas de proteção contra o vírus (uso de máscara e desinfeção frequente das mãos com soluções de álcool gel) podem ter um papel no agravamento dos sintomas?

MBF | A lavagem e desinfeção frequente das mãos é tudo o que não aconselhamos aos doentes com tendência para xerose cutânea, como é o caso de doentes com dermatite atópica (DA) ou dermatite crónica das mãos de outras etiologias. No entanto, se houver o cuidado de aplicar sempre emoliente cutâneo após cada lavagem/desinfeção, estas consequências negativas podem ser minimizadas.

Nos doentes respiratórios (rinite e/ou asma), o uso regular de máscara pode ter vantagens e desvantagens: desde logo vantagens na diminuição da quantidade de alérgenos inalados e, portanto, um papel contributivo para a evicção alérgica; por outro lado, muitos doentes se queixaram de desconforto com a inalação e ar mais quente e até sensação de dificuldade respiratória com o uso prolongado de máscara em doentes com asma mais grave. No entanto, faltam estudos clínicos que mostrem claramente se o uso de máscaras pode ou não ser deletério para estes doentes. Na maior parte dos casos, e

excluindo as repercussões psicológicas, o confinamento até se associou a menor grau de sintomas pela menor exposição a alérgenos polínicos e a poluentes atmosféricos.

JM | Em fase pós-Estado de Emergência, quais eram as principais queixas dos doentes que procuraram o imunoalergologista?

MBF | Nós agendámos para a fase imediatamente pós-Estado de Emergência os doentes mais graves e/ou mais instáveis e, portanto, as queixas destes doentes prenderam-se com o menor controlo da sua patologia de base. No entanto, as principais queixas destes doentes foram o receio de recorrer ao Serviço de Urgência e a incapacidade de contactar o seu médico de família ou o imunoalergologista assistente com vista a tentarem resolver os problemas que, entretanto, tinham surgido.

JM | Que impacto a curto/médio prazo poderá vir a ter esta situação no tratamento das patologias do foro da Imunoalergologia?

MBF | Julgo que o impacto será essencialmente no adiamento de primeiras consultas, uma vez que os doentes que já são seguidos por nós regularmente tiveram, de uma forma ou outra, contacto com o seu imunoalergologista.

Outro aspeto importante foi também a interrupção durante um período de cerca de dois meses dos tratamentos de imunoterapia com alérgenos, cuja regularidade é muito importante para uma máxima eficácia deste tratamento. Embora este período de interrupção não nos pareça particularmente grave ou preocupante este poderá ser efetivamente um impacto negativo.

Já agora acho que é de mencionar um impacto positivo nos nossos doentes que se prende com a evolução muito mais rápida para a implementação de terapêuticas domiciliárias com biológicos, que estavam a ser feitos em Hospital de Dia e que agora, com as restrições ditadas pela pandemia, passaram a ser autorizadas no domicílio o que é uma enorme vantagem para os doentes que se adaptam e que são capazes de fazer esta autoadministração.

JM | Se a prática clínica assistencial ficou comprometida, o mesmo sucedeu certamente com a atividade formativa pré e pós-graduada. Como foram estes últimos meses nesse domínio?

MBF | Claro que sim! Nas escolas médicas o ensino presencial foi interrompido logo no início de março e não voltou a ser retomado e os exames foram feitos também à distância, sem contacto com doentes, nem com a avaliação da capacidade dos alunos em fazer a entrevista clínica, algo que seria impensável há uns tempos! O ensino passou a ser feito à distância, sobretudo baseado em casos clínicos e fomentando o raciocínio clínico dos alunos, havendo a salientar o enorme esforço dos docentes envolvidos que souberam contornar com sucesso estas dificuldades. Assim, julgo que a relativa "perda" do treino clínico neste semestre não terá comprometido a aprendizagem dos alunos, o que também se verificou nas classificações dos alunos que, em média, foram sobreponíveis às do primeiro semestre e de outros anos em que o ensino presencial foi regular.

Já na atividade formativa pós-graduada todas as reuniões presenciais foram canceladas, desde as reuniões de serviço até aos congressos, passando a existir em alternativa uma

grande oferta de reuniões não presenciais de tipo *webinar* ou congressos virtuais. Este formato de reuniões não presenciais tem a vantagem de permitir a uma audiência mais vasta aceder aos conteúdos formativos, mesmo em tempos diferidos relativamente à apresentação propriamente dita, mas é claro que tem a desvantagem de um maior esforço de atenção e de um menor contacto com colegas, que é algo que também potencia aprendizagens.

JM | Enquanto presidente da SPAIC, uma das suas batalhas é “democratizar” o acesso aos cuidados alergológicos. O que ainda falta fazer neste sentido?

MBF | Neste capítulo falta conseguirmos ter unidades no Serviço Nacional de Saúde (SNS) com um mínimo de três a cinco alergologistas em cada unidade hospitalar a nível distrital, para que aí se possam executar técnicas diferenciadas de alergologia, para além das consultas de Imunoalergologia geral. Para tanto será necessário criar condições de atratividade local para os jovens especialistas, o que será possível quando houver real vontade política da descentralização efetiva dos cuidados de saúde em várias áreas, como sucede em grande medida em Espanha.

JM | Na relação com outras especialidades, refere que a referência para a Imunoalergologia “é muitas vezes mais pessoal do que institucional...”. O que quer dizer com isto? Quais são e como é a relação com as especialidades tangentes à Imunoalergologia?

MBF | O que essa afirmação significa é que dentro das instituições muitas vezes a referência ocorre especificamente para um imunoalergologista que, por qualquer motivo, é conhecido desse médico referenciador, não existindo em muitos casos protocolos específicos para essa referência.

Em relação a outras especialidades diria que todas as especialidades são tangentes à Imunoalergologia, desde as especialidades mais generalistas como a Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna ou Pediatria até às especialidades de órgãos fronteira como é o caso da Dermatologia, Pneumologia, Otorrinolaringologia, Gastroenterologia ou Oftalmologia. Mas, qualquer outra especialidade poderá ter casos em que necessitem de apoio imunoalergológico, na medida em que, por exemplo, a área da Alergia a Fármacos só é abordada pelos especialistas em Imunoalergologia. E aqui posso dar o exemplo da Cirurgia, Estomatologia, Anestesia ou Imagiologia que são áreas que frequentemente nos referenciam doentes para estudo alergológico. Outra das áreas com grande contacto é a Infeciologia, na medida em que as imunodeficiências dos adultos são abordadas por imunoalergologistas.

JM | Que desafios vislumbra para a especialidade, a nível nacional e global, num futuro próximo?

MBF | Existem vários desafios para uma especialidade que lida com patologias que afetam 30 a 40% da população e que apesar de interferirem significativamente com a qualidade de vida ainda são muitas vezes subdiagnosticadas e subtratadas.

A nível nacional há muito a fazer, começando por exemplo pela participação pelo Estado das vacinas antialérgicas e a participação a 100% da adrenalina autoinjetablel

que ainda aguarda a regulamentação para que se possa tornar efetiva e para que um medicamento essencial para salvar a vida não esteja só acessível a alguns.

Em áreas em franco crescimento como a alergia alimentar ou a alergia cutânea há que dotar os vários pontos do País de capacidade de diagnosticar e tratar eficazmente estas situações, altamente limitadoras para os doentes e para a sua vida.

Em termos nacionais e globais a utilização cada vez mais comum de biológicos dá-nos oportunidades de tratar doentes, mas também nos coloca desafios quanto à gestão e escolha de que doentes tratar e até quando tratar.

Por último, sabendo que a doença alérgica vai muitas vezes evoluindo ao longo da vida, um dos principais desafios para os alergologistas é o de conseguir ter uma intervenção suficientemente precoce para tentar evitar essa mesma evolução, seja com os biológicos (o que implicaria uma utilização muito mais alargada destes fármacos), quer com a imunoterapia com alérgenos, quer ainda com outras estratégias farmacológicas, ambientais ou comportamentais de modulação da resposta imunitária no sentido de uma maior tolerância ao meio ambiente em que vivemos.