

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

4 ASMA

1ª EDIÇÃO

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

Autores

LUCIANA DE FREITAS VELLOSO MONTE
CLÁUDIA FRANÇA CAVALCANTE VALENTE
EDUARDO ALBERTO DE MORAIS
ADRIANA GOYA
HUGO TADASHI OSHIRO TÁVORA

Editores

ELISA DE CARVALHO
ERIKA BOMER
ISIS QUEZADO MAGALHÃES
RENILSON REHEM

HOSPITAL DA
CRIANÇA
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR



DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL
ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

4

ASMA

Brasília, 2016

Diretor Presidente
NEWTON CARLOS DE ALARCÃO

Diretora Vice-Presidente
DEA MARA TARBES DE CARVALHO

Conselho de Administração
DANIEL GALLO PEREIRA
ILDA RIBEIRO PELIZ
NADIM HADDAD
HELOÍSA HELENA SILVA DE OLIVEIRA
JAIR EVANGELISTA DA ROCHA
JARBAS BARBOSA DA SILVA JUNIOR
MARLENE GOMES BARRETO
(Representante dos Funcionários)

Conselho Fiscal
ADÉZIO DE ALMEIDA LIMA
FERNANDO HECTOR RIBEIRO ANDALÓ
FRANCISCO CLÁUDIO DUDA

Superintendente Executivo
RENILSON REHEM

Superintendente Executivo Adjunto
JOSÉ GILSON ANDRADE

Diretor Administrativo
HÉLIO SILVEIRA

Diretora do Centro Integrado e Sustentável de Ensino e Pesquisa
VALDENIZE TIZIANI

Diretor de Custos, Orçamento e Finanças
HORÁCIO FERNANDES

Diretora de Estratégia e Inovação
ERIKA BOMER

Diretora de Recursos Humanos
VANDERLI FRARE

Diretora Técnica
ISIS MAGALHÃES

Coordenadora do Corpo Clínico
ELISA DE CARVALHO

Núcleo de Comunicação e Mobilização
Coordenadora de Comunicação e Mobilização
ANA LUIZA WENKE

Assessor de Comunicação
CARLOS WILSON

Designer Gráfico
JUCELI CAVALCANTE LIMA

Diagramação e revisão: Ex-Libris Comunicação Integrada

Revisão: Gabrielle Albiero, Pedro C. De Biasi.

Diagramação: Adriana Antico, Jonathan Oliveira, Nayara Antunes, Regina Beer, Carolina Hugueneyer Brito e Ricardo Villar.

1ª edição, 2016.
Esta é uma produção para uso interno no
Hospital da Criança de Brasília, portanto,
não deve ser reproduzida.

Informações:
Hospital da Criança de Brasília José Alencar
SAIN Lote 4-B (ao lado do Hospital de Apoio)
Brasília - DF.
CEP 70.071-900

Autores:
Luciana de Freitas Velloso Monte
Cláudia França Cavalcante Valente
Eduardo Alberto de Moraes
Adriana Goya
Hugo Tadashi Oshiro Távora

Editores:
Elisa de Carvalho
Erika Bömer
Isis Quezado Magalhães
Renilson Rehem

Ficha catalográfica

Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

Diretriz interprofissional de Atenção à Criança e ao Adolescente
com Asma/Monte, Luciana de Freitas Velloso et al. Brasília: HCB,
2016.

31p.

Editores: Elisa de Carvalho, Erika Bömer, Isis Quezado
Magalhães, Renilson Rehem.

1. Asma. 2. Pediatria. 3. Criança. I. Monte, Luciana de Freitas Velloso.
II. Valente, Cláudia F. Cavalcante. III. Moraes, Eduardo Alberto. IV.
Título.

CDU: 612.2

1. INTRODUÇÃO	5
1.1. Objetivos	5
1.2. Equipes de referência	5
2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	5
2.1. Critérios de inclusão	5
2.2. Critérios de exclusão	5
3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E ESTABELECIMENTO DE PLANO TERAPÊUTICO	6
3.1. Pacientes com diagnóstico de asma e classificados como risco 1	6
3.2. Pacientes classificados como riscos 2 ou 3.....	8
4. AGRADECIMENTOS.....	9
ANEXO.....	11

SUMÁRIO

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL

1. INTRODUÇÃO

1.1. Objetivos

Geral:

Sistematizar o atendimento ao portador de asma no Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), promovendo efetividade assistencial.

Específicos:

- Promover abordagem multiprofissional e interdisciplinar às crianças e aos adolescentes com asma, de acordo com as necessidades específicas de cada paciente e utilizando estratificação de risco (gravidade do caso);
- Atuar de forma integrativa e complementar à rede de saúde SES/DF, no que tange à pediatria terciária.

1.2. Equipes de referência

Equipes médicas responsáveis pelo programa:

Alergologia
Pneumologia

Assistência complementar essencial:

Enfermagem
Fisioterapia
Nutrição
Psicologia
Serviço Social

2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

2.1. Critérios de inclusão

São elegíveis para este programa, crianças e adolescentes com asma, que apresentarem doença moderada ou grave, estratificados nos riscos 2 e 3 (Tabela 1).

2.2. Critérios de exclusão

- Pacientes sem encaminhamento devidamente justificado (compatível com os critérios de elegibilidade);
- Pacientes com asma leve controlada, estratificados no risco 1;
- Pacientes acima de 17 anos, 11 meses e 29 dias de idade.

Tabela 1. Estratificação de risco do Programa de Asma do HCB

Estratificação de risco	Definição
Risco 1	Asma controlada, elegível para etapa de tratamento 1 ou 2* e sem internação por asma no último ano
Risco 2	Asma parcialmente controlada ou não controlada, elegível para etapa de tratamento 2 ou 3* Portadores de asma com comorbidades atópicas moderadas ou graves
Risco 3	Asma, elegível para etapa de tratamento 4 ou 5*

* De acordo com os critérios do *Global Initiative for Asthma* (GINA) 2016

3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E ESTABELECIMENTO DE PLANO TERAPÊUTICO

A avaliação inicial do paciente será realizada por médico do Hospital da Criança de Brasília (pneumologista ou alergologista), encaminhados como primeira consulta externa (PCE), parecer interno (PI), consulta de egresso (CE) ou parecer especializado (PE). Nesta primeira avaliação para admissão ao Programa de Asma – HCB serão realizados a anamnese completa e o exame físico, bem como espirometria nos pacientes acima de cinco anos. Sugestões de folha de anamnese e exame físico para a primeira consulta e as consultas de seguimento estão no caderno de Anexos.

Os pacientes serão classificados segundo critérios internacionais do GINA (caderno de Anexos), e será estabelecida a estratificação de risco, descrita na Tabela 1. De acordo com a estratificação, o paciente será contrarreferenciado (estratificação de risco 1) ou admitido no Programa de Asma – HCB (estratificações de risco 2 ou 3). A Figura 1 resume o fluxo de avaliação para admissão no Programa de Asma do HCB.

3.1. Pacientes com diagnóstico de asma e classificados como risco 1:

Não são elegíveis para o programa em questão; receberão orientações, agendamento para a palestra educativa do HCB e serão contrarreferenciados para seguimento em outras instituições da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

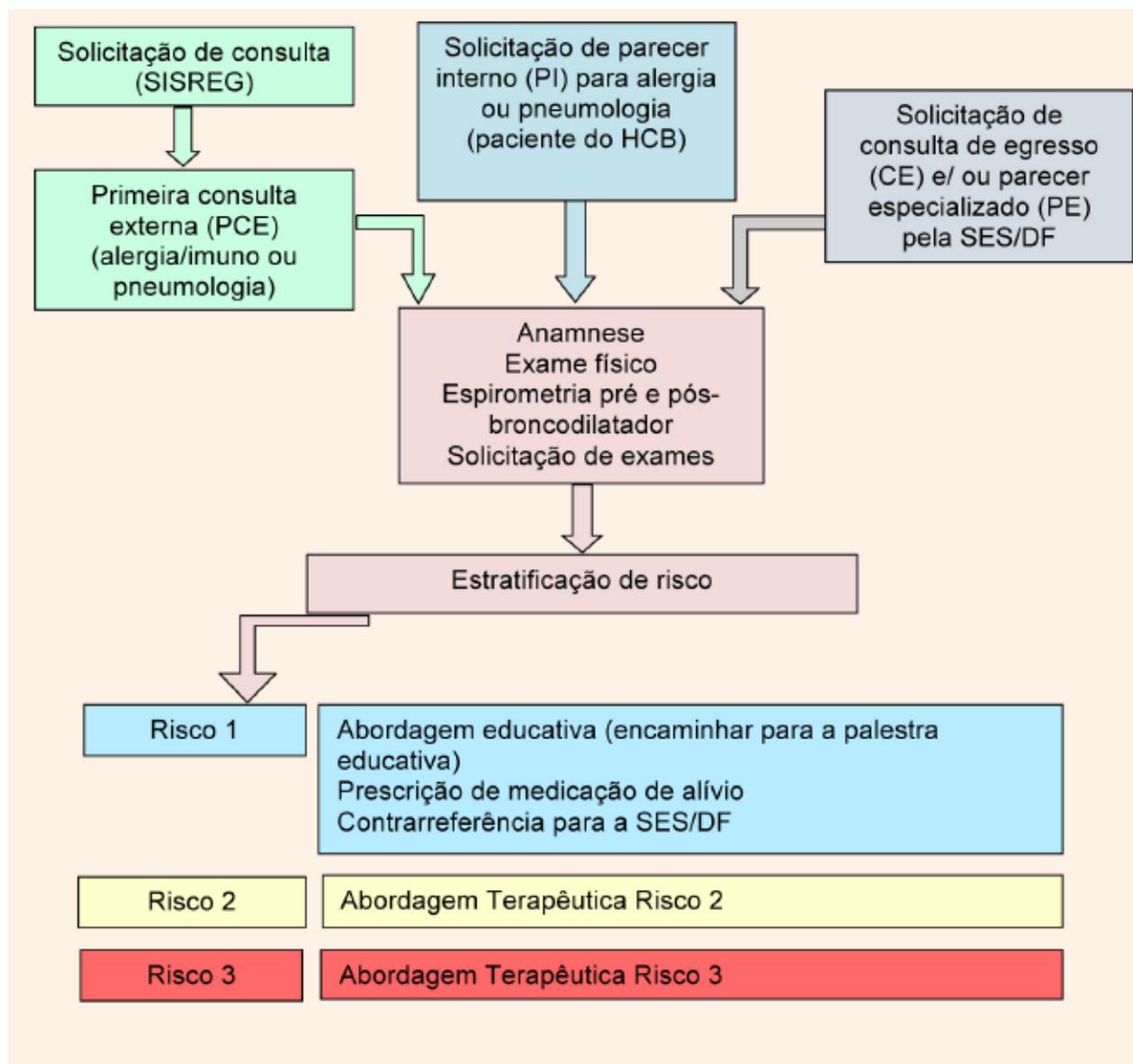


Figura 1. Fluxo de avaliação para admissão no Programa de Asma do HCB.

Tabela 2. Metas terapêuticas e metas do paciente no Programa de Asma – HCB

Metas terapêuticas	Promover a educação em asma; Atingir o controle da asma; Reduzir a frequência e a gravidade das crises de asma; Evitar as internações e complicações por asma; Eliminar os sintomas intercríticos; Utilizar a menor quantidade de medicação que mantenha o melhor controle da asma; Melhorar a qualidade de vida.
Metas do paciente	Frequentar as reuniões educativas do Programa de Asma – HCB*, para compreender a asma como sendo uma doença crônica que pode levar a complicações e que necessita de cuidados; Seguir o tratamento de forma adequada, conforme as orientações da equipe do HCB, usando as medicações prescritas com regularidade e técnica correta; Seguir as orientações de controle do ambiente e evitar as situações que desencadeiam as crises e sintomas de asma; Frequentar as consultas do Programa de Asma – HCB*; Trazer este caderno preenchido, bem como as medicações em uso e o espaçador em todas as consultas.

* Em caso de falta, esta deverá ser justificada.

3.2. Pacientes classificados como risco 2 ou 3:

Serão admitidos no programa e acompanhados conforme descrito abaixo.

Para a admissão no programa multiprofissional serão realizados: o cadastro do paciente, a ambientação, a apresentação da equipe, a pactuação das metas terapêuticas e das metas do paciente (Tabela 2) e a identificação das necessidades sociais.

3.2.1. Abordagem Terapêutica Risco 2 e Abordagem Terapêutica Risco 3:

No “Dia 1”, o paciente é avaliado pelo médico e pela enfermagem.

Determinam-se os diagnósticos prováveis, bem como o nível atual de controle da asma, utilizando o GINA e o ACT (Caderno de Anexos). Estabelece-se o plano terapêutico, seguindo as diretrizes do GINA e é agendada a palestra educativa - HCB.

Nos casos classificados como risco 2, a sugestão de agendamento de consultas é:

- Consulta enfermagem: 1º, 2º, 3º, 6º, 9º e 12º meses;
- Consulta médica e espirometria: 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses (ou com menor intervalo, a critério clínico).

Nos pacientes classificados como risco 3, a sugestão de agendamento de consultas é:

- Consulta enfermagem: 1º, 2º, 3º, 6º, 9º e 12º. meses;
- Consulta médica e espirometria: 1º, 2º, 3º, 6º, 9º e 12º meses (ou com menor intervalo, a critério clínico).

Exames complementares serão solicitados de acordo com a classificação de risco inicial, segundo descrição no caderno de Anexos. Questionários de qualidade de vida serão utilizados, quando aplicáveis.

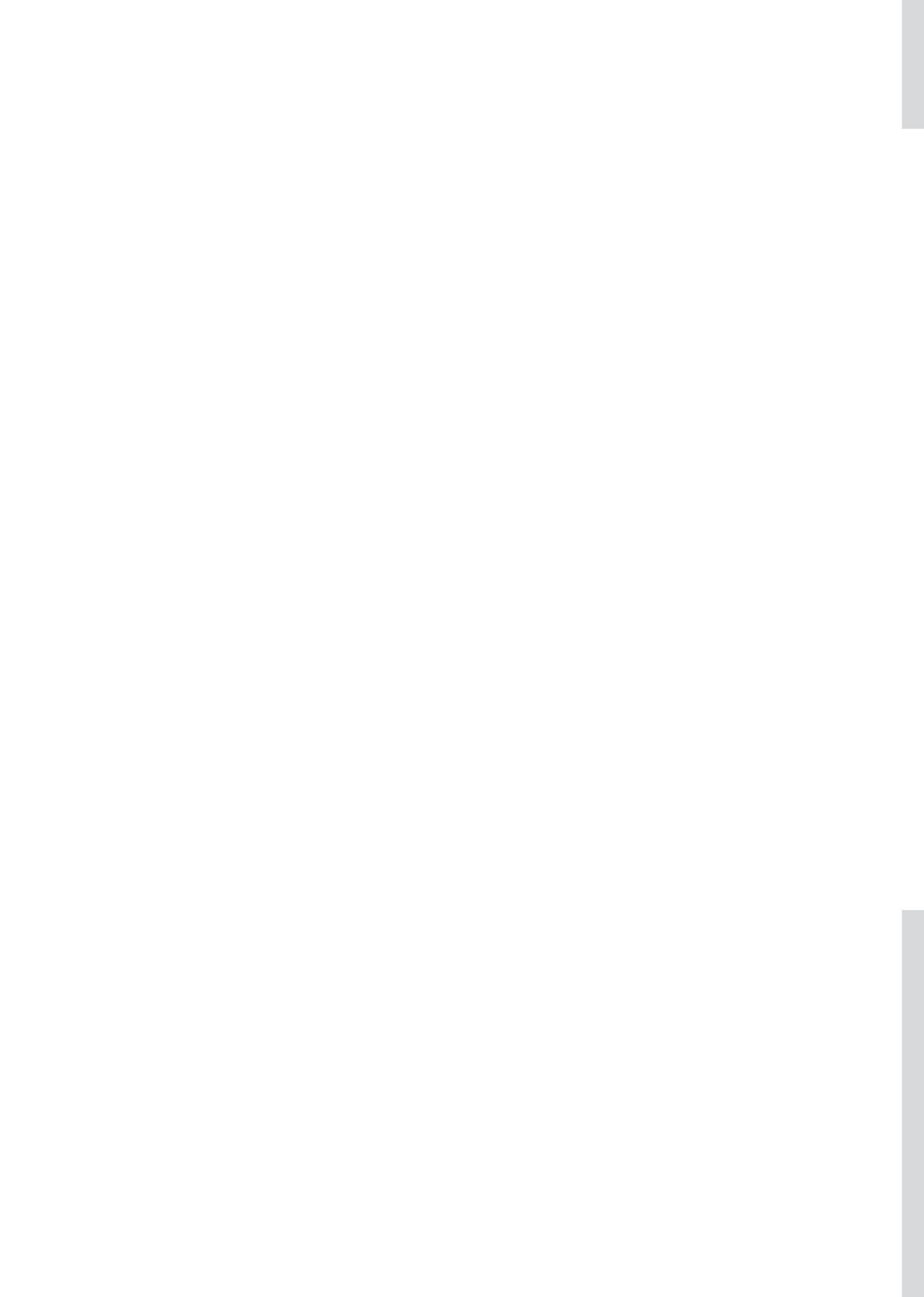
Os atendimentos da Psicologia, Fisioterapia e Serviço Social deverão ocorrer, preferencialmente, no 1º, 6º e 12º meses. Durante todo o acompanhamento, as consultas complementares serão agendadas de acordo com as necessidades de cada caso. O encaminhamento para a equipe de Nutrição e outros serviços de Assistência Complementar Essencial, bem como outras especialidades médicas, deverá ser individualizado conforme a necessidade do caso.

O Programa terá duração de 12 meses. Durante o acompanhamento, aproximadamente no meio e ao final de um ano, a equipe médica assistente fará a reclassificação, quando o paciente será redirecionado para o novo fluxo de atendimento, conforme o grau de risco.

Se o paciente for reclassificado como risco 1, deverá ser contrarreferenciado para seguimento na Rede Básica de Saúde. Um relatório de contrarreferência e orientações deverá ser fornecido ao responsável pelo paciente à alta do Programa de Asma - HCB. O paciente continuará no programa nos casos de categorização de riscos 2 ou 3.

4. AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os profissionais que contribuíram para a elaboração das Diretrizes do Programa de Asma - HCB, especialmente às equipes de Pneumologia Pediátrica - HCB e de Alergia e Imunologia - HCB, bem como de Fisioterapia/Terapia Ocupacional, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social.



DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

4

ANEXOS

ASMA

1ª EDIÇÃO

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

Autores
LUCIANA DE FREITAS VELLOSO MONTE
CLÁUDIA FRANÇA CAVALCANTE VALENTE
EDUARDO ALBERTO DE MORAIS
ADRIANA GOYA
HUGO TADASHI OSHIRO TÁVORA

Editores
ELISA DE CARVALHO
ERIKA BOMER
ISIS QUEZADO MAGALHÃES
RENILSON REHEM

HOSPITAL DA
CRANÇA I
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR



SUMÁRIO

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL

1. FOLHA DE ROSTO.....	13
2. FICHA DE ACOMPANHAMENTO.....	14
3. HISTÓRICO CLÍNICO	15
3.1. Ficha de 1ª consulta	15
3.2. Consulta de retorno.....	18
4. SOLICITAÇÃO DOS EXAMES E TESTES À ADMISSÃO	21
4.1. Para asma risco 2 (ATR 2).....	21
4.2. Para asma risco 3 (ATR 3).....	21
4.3. <i>Prick Test</i>	21
4.4. <i>Rx tórax ou TC tórax</i>	21
4.5. Espirometria	21
4.6. Teste de Controle da Asma (ACT)	21
5. REUNIÃO DE GRUPO	22
6. ORIENTAÇÕES DO AMBIENTE ENTREGUES NA PRIMEIRA CONSULTA.....	22
7. DIAGNÓSTICO DE ASMA EM CRIANÇAS ATÉ CINCO ANOS DE IDADE.....	23
8. MANEJO DA ASMA EM LONGO PRAZO EM CRIANÇAS DE ATÉ CINCO ANOS	24
9. ÍNDICE PREDITIVO DE ASMA – CRITÉRIOS MODIFICADOS.....	24
10. MANEJO NO TRATAMENTO DA ASMA NAS CRIANÇAS MAIORES DE SEIS ANOS	25
11. AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA TRATAMENTO DA ASMA NAS CRIANÇAS MAIORES DE SEIS ANOS	26
12. DOSES DE CORTICOIDES INALATÓRIOS SEGUNDO A IDADE.....	27
13. DISPOSITIVOS INALATÓRIOS.....	28
14. TESTE DE CONTROLE DA ASMA.....	28
15. FATORES DE RISCO PARA DIFICULDADE DE CONTROLE DA ASMA.....	29
16. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE ASMA	29
17. PLANO DE AÇÃO PARA TRATAMENTO DA ASMA	30
18. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..	31

1. FOLHA DE ROSTO (deverá permanecer na capa plástica inicial do prontuário)

Programa Multiprofissional de Atenção à Criança e ao Adolescente com Asma

Nome: _____

Admissão no programa:

Data: / /

Classificação de risco: () Risco 1 () Risco 2 () Risco 3

GINA: () Controlado () Parcialmente controlado () Não controlado

Nota ACT: _____ Espirometria: VEF1 _____

Comorbidades:

() Rinite alérgica () Conjuntivite alérgica () Dermatite atópica () Alergia alimentar

() Reação a drogas () Imunodeficiência () Outra _____

Metas paciente/terapêuticas propostas:

Reavaliação: 6 meses

Data: / /

Reclassificação de risco: () Risco 1 () Risco 2 () Risco 3

GINA: () Controlado () Parcialmente controlado () Não controlado

Nota ACT: _____ Espirometria: VEF1 _____

Comorbidades:

() Rinite alérgica () Conjuntivite alérgica () Dermatite atópica () Alergia alimentar

() Reação a drogas () Imunodeficiência () Outra _____

Metas do paciente/terapêuticas alcançadas :

Reavaliação: 12 meses

Data: / /

Reclassificação de risco: () Risco 1 () Risco 2 () Risco 3

GINA: () Controlado () Parcialmente controlado () Não controlado

Nota ACT: _____ Espirometria: VEF1 _____

Comorbidades:

() Rinite alérgica () Conjuntivite alérgica () Dermatite atópica () Alergia alimentar

() Reação a drogas () Imunodeficiência () Outra _____

Observações relevantes:

2. FICHA DE ACOMPANHAMENTO (deverá permanecer na capa plástica inicial do prontuário)

Exames relevantes:

1. Hemograma (eosinofilia)
2. IgE: IgA: Percentil : IgG : Percentil: IgM: Percentil:
3. Vitamina D:
4. Rx tórax:
5. Tomografia tórax:
6. Teste cutâneo de puntura:
7. Teste do Suor:
8. Outros _____:

Tabela 1 - Evolução anual do tratamento da asma

MÊS E ANO	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
MEDICAÇÕES DE CONTROLE												
Nº CRISES E Nº DIAS DE CO												
INTERNAÇÕES OU IDAS AO PS												

3. HISTÓRICO CLÍNICO

3.1. Ficha de 1ª consulta

Data: / /

Nº SES:

Nome:

Idade: DN: Sexo:

Filiação: _____

Endereço:

Telefones:

Encaminhador:

QP:

ASMA:

Início:

Sintomas:

	Sim/Não
Tosse	_____
Dispneia	_____
Chiado	_____
Tosse noturna	_____
Vômitos	_____
Aperto no peito	_____

Frequência:

Duração dos sintomas:

Intensidade:

Evolução:

Período intercrise:

Fatores desencadeantes:

Fatores de alívio:

Sono:

Frequência escolar:

Visitas ao PS:

Internações: () sim () não Se sim, quantas vezes? _____

História da pneumonia:

Data última crise:

Tratamentos anteriores e atual:

Grau de tolerância e sintomas aos exercícios:

RINOCONJUNTIVITE:

Início:

Sintomas nasais:

	Sim/Não	Frequência
Obstrução nasal		
Coriza		
Prurido		
Espirros		
Pigarro		
Fungado		

Sintomas oculares:

	Sim/Não	Frequência
Hiperemia		
Lacrimejamento		
Prurido		
Edema palpebral		
Secreção		
Fotofobia		

Frequência:

Duração da crise:

Sono (respiração bucal, roncos):

Intensidade:

Evolução:

Período intercrise:

Fatores desencadeantes:

Fatores de alívio:

Tratamentos anteriores e atuais:

SINTOMAS NA PELE:

Início:

Sintomas: características das lesões de pele

- prurido
- angioedema
- xerose
- secreção

Extensão das lesões:
Frequência:
Duração:
Fatores desencadeantes:
Fatores de alívio:
Evolução:

REAÇÕES A DROGAS OU ALIMENTOS:

Início:
Tempo decorrido entre uso e reação:
Descrição da reação:

Data da última reação:
Sintomas concomitantes: IVAS () Febre ()
Lista medicações em uso, hoje:
Dieta atual:

AMBIENTE

Moradia: () casa () apartamento
Nº pessoas residentes: renda familiar: escolaridade materna:
() tabagista () pelo de animal () uso de vassoura () mofo () cortina
() tapete ou carpete () bicho de pelúcia () areia () chão cimento grosso
() teto de telha ou forro () colchão sem capa () travesseiro sem capa

ANTECEDENTES PESSOAIS

Parto: () normal () cesárea
IG: Apgar: Peso nascimento:
Uso de oxigênio, UTI neonatal:
Aleitamento materno total: _____ exclusivo: _____
Nº irmãos: paciente irmão nº:
Introdução alimentos sólidos e leite de vaca:
Evacuações:
Vacinação: _____ Influenza _____ Pneumococo _____
Internações, outras patologias:
Escolaridade:

ANTECEDENTES FAMILIARES

Atopia:
Outras doenças:

Exame físico

Peso (kg): Estatura (cm): IMC:
Sinais vitais: FC: FR: Sat O 2 PFE: PA:

Ectoscopia:

Estado geral:

Fácies:

Baqueteamento digital:

Linfonodos:

Deformidade torácica:

Otoscopia:

Oroscopia:

Rinoscopia:

Ap CV:

Ap Resp:

Abdome:

Pele:

Extremidades:

HD:

CD:

- Controle ambiente
- Medicações de crise
- Medicações profiláticas
- Exames
- Retorno
- Agendamento palestra educativa
- Agendamento Enfermagem
- Agendamento Fisioterapia _____; Psicologia _____; Serviço Social _____

3.2. Consulta de retorno

Data:

Nº SES:

Nome:

Acompanhante:

Acompanhado desde:

Data da última consulta:

Diagnósticos:

Classificação de risco:

Medicações em uso:

Uso correto das medicações: () sim () não

Crise: () sim () não

Data da última crise:

Usou medicação de resgate: () não () sim

Idas ao ps: () não () sim

Internações: () não () sim

Sintomas intercrises: () não () sim

Evolução:

Nas últimas quatro semanas, a criança teve:	Resposta	Bem controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
Sintomas diários mais que duas vezes por semana?	() Sim () Não			
Qualquer despertar noturno devido à asma?	() Sim () Não			
Necessidade de medicação de resgate mais que duas vezes por semana?	() Sim () Não	Nenhum desses	1 a 2 desses	3 a 4 desses
Qualquer limitação da atividade física devido à asma?	() Sim () Não			

Queixas:

Rinite:

Sintomas:

() coriza () prurido () espirros () obstrução nasal

() rinorreia () epistaxe () cefaleia () tosse () roncos

() respiração oral

Frequência dos sintomas: () + 3x/semana () – 3x/semana

Crise/uso de antibiótico:

Fator desencadeante:

Evolução - resposta à medicação usada:

Conjuntivite:

Sintomas oculares:

() hiperemia () prurido () edema () secreção () fotofobia
() lacrimejamento

Frequência dos sintomas: () + 3x/semana () – 3x/semana

Crises:

Fator desencadeante:

Resposta à medicação usada:

Dermatite:

Sintomas de pele:

() xerodermia () prurido () lesões avermelhadas () crostas
() secreção () edema

Frequência dos sintomas:

Fator desencadeante:

Resposta à medicação usada:

Urticária/angioedema/alergia à droga ou a alimentos:

Descrição do episódio:

Fator desencadeante:

Dieta atual:

Vacinação:

Influenza:

Pneumococo:

Controle ambiental:

() tabagista () pelo de animal () uso de vassoura () mofo () cortina
() tapete ou carpete () bicho de pelúcia () areia () chão cimento grosso
() teto de telha ou forro () colchão sem capa () travesseiro sem capa

Resultado de exames:

Exame físico:

Peso:

Est:

PFE:

Geral:

Orof:

Otoscopia:

Rinoscopia:

AR:

ACV:

Abdome:

Pele:

Extremidades:

Baqueteamento digital:

Hipóteses diagnósticas:

Classificação de risco da asma:

Conduitas:

Medicações crise:

Medicações profiláticas:

Exames:

Retornos:

4. SOLICITAÇÃO DOS EXAMES E TESTES À ADMISSÃO¹:

INDIVIDUALIZAR CASO A CASO

4.1. Para asma risco 2 (ATR2):

- “Kit Alergia Geral ” (HMG, IgE, EPF).

4.2. Para asma risco 3 (ATR 3):

- “Kit Alergia Asma Grave ” (HMG, IgG,IgA,IgM ,IgE, C 3, C 4, vitamina D 25 (OH), ACTH, cortisol, TGO,TGP,EPF e Teste de Suor);
- Teste de broncoprovocação por exercício;
- Avaliação oftalmológica;
- Avaliação inflamatória: avaliação da ativação dos eosinófilos no sangue periférico e avaliação dos eosinófilos no escarro;
- *Prick test* para *Aspergillus*;
- Densitometria óssea.

4.3. **PRICK TEST** para aeroalérgenos para todos os pacientes portadores de asma

4.4. Rx tórax para todos os pacientes portadores de asma (caso não tenham recente, do último ano) ou **TC tórax** em casos graves (risco 3), caso não tenham dos últimos três anos, individualizando caso a caso

4.5. **Espirometria** à admissão e a cada consulta

4.6. Teste de Controle da Asma (ACT) a cada consulta e questionário de qualidade de vida a cada seis a 12 meses

5. REUNIÃO DE GRUPO

A reunião de pais dos pacientes asmáticos tem como objetivo entender as alergias respiratórias, como elas se desenvolvem e como tratá-las. Asma não tem cura, mas tem controle, para isso precisamos:

- Educar;
- Incluir a família;
- Prover informações sobre asma;
- Treinar o manejo da asma;
- Enfatizar a parceria entre o grupo da saúde e a família.

Na reunião são abordados os seguintes assuntos:

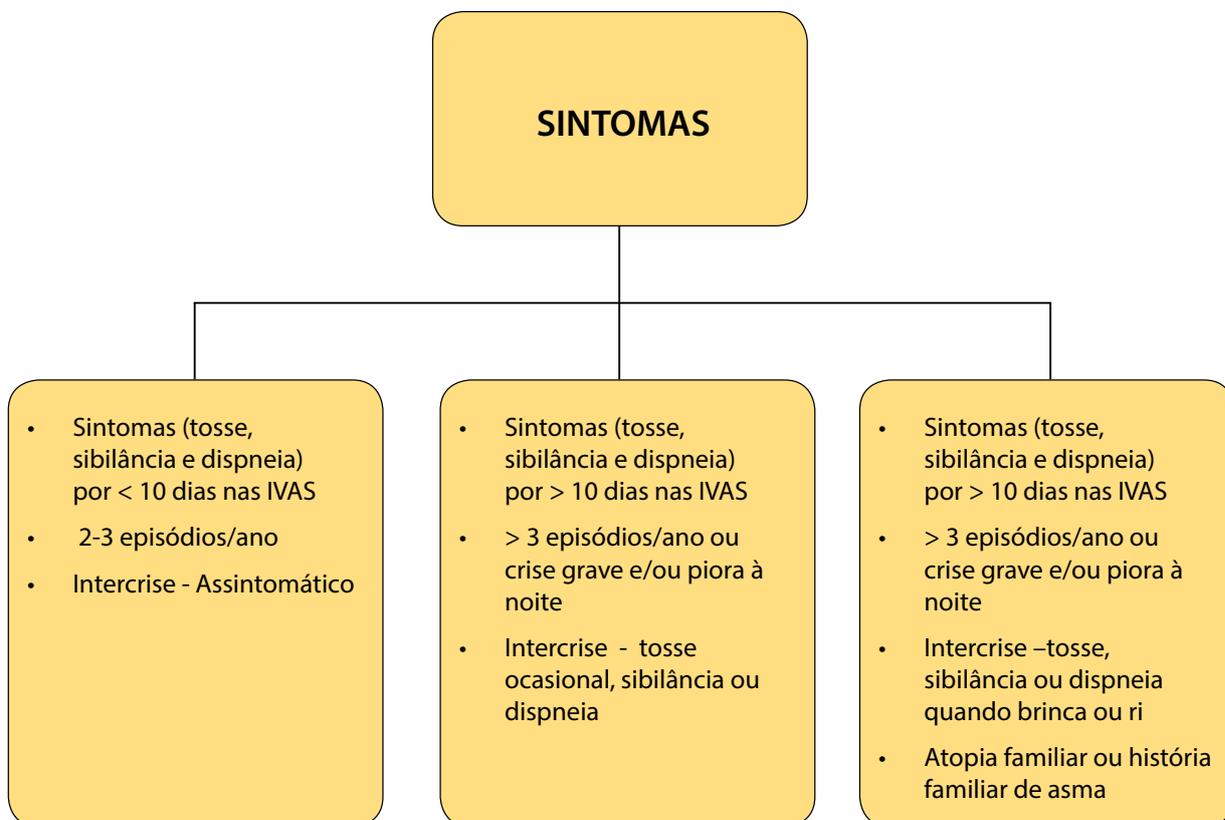
- O papel da herança genética;
- A evolução esperada da doença com a idade;
- Os fatores desencadeantes e como evitá-los;
- Cuidados com o ambiente;
- Tratamento;
- Dispositivos inalatórios – funcionamento e limpeza;
- Abordagem de crises de asma.

6. ORIENTAÇÕES DO AMBIENTE ENTREGUES NA PRIMEIRA CONSULTA ²

1. Evitar ter em casa tapetes, carpetes, cortinas, almofadas, bichos de pelúcia e móveis estofados;
2. Revestir colchões e travesseiros com material sintético impermeável;
3. Usar colcha de algodão, pique ou edredom. Não usar cobertores de lã ou chenile;
4. As orientações acima se aplicam às demais camas do quarto;
5. As paredes de casa deverão ter pintura lavável;
6. Limpar a casa diariamente, principalmente os quartos, com pano úmido e aspirador de pó. Não usar vassouras, panos secos e espanadores;
7. Não usar umidificadores e vaporizadores por estimularem o desenvolvimento de ácaros e fungos;
8. Evitar animais de penas e pelos dentro de casa;
9. Não utilizar inseticidas, espirais contra insetos, desodorantes ambientais e outras substâncias com cheiro ativo;
10. Não fumar dentro de casa e nem na presença do paciente;
11. Ter vida ao ar livre e praticar esportes.

7. DIAGNÓSTICO DE ASMA EM CRIANÇAS ATÉ CINCO ANOS DE IDADE ^{1,3,5}

Padrão dos sintomas



Padrão viral

Asma

O diagnóstico de asma nas crianças até cinco anos é mais provável se:

1. Sibilância ou tosse após exercício, gargalhada ou choro na ausência de infecção respiratória aparente;
2. História de outra doença alérgica (eczema ou rinite alérgica) ou asma em parentes de primeiro grau;
3. Melhora clínica com uso de medicações de controle e piora após suspensão.

8. MANEJO DA ASMA EM LONGO PRAZO EM CRIANÇAS DE ATÉ CINCO ANOS

Tabela 2 - Etapas do tratamento da asma até cinco anos de idade

	ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
MEDICAÇÃO DE ESCOLHA		CI BAIXA DOSE	DOBRAR DOSE CI	REFERENCIAR AO ESPECIALISTA
OUTRAS OPÇÕES		ANTILEUCOTRIENO CI INTERMITENTE	CI BAIXA DOSE + ANTILEUCOTRIENO	ASSOCIAR ANTILEUCOTRIENO
MEDICAÇÃO DE ALÍVIO β 2 AGONISTA				

Adaptado de GINA 2016¹

CI: corticoide inalatório

Como considerar a etapa inicial do tratamento até cinco anos:

- Etapa 1 - Sibilância viral pouco frequente e pouco ou nenhum sintoma intercrise;
- Etapa 2 - Padrão de sintomas compatível com asma e sintomas não bem controlados, ou \geq 3 crises/ano;
- Etapa 3 - Asma diagnosticada e não bem controlada com baixa dose de CI. A partir do passo 3, sempre rever o diagnóstico, o dispositivo usado, a aderência e a exposição a alérgenos;
- Etapa 4 – Asma não bem controlada com dose dobrada do CI.

9. ÍNDICE PREDITIVO DE ASMA – CRITÉRIOS MODIFICADOS ⁴

- Primário - \geq 4 episódios de sibilância/ano
- Secundários:
 - Ao menos um dos critérios maiores:
 - » Pais com diagnóstico médico de asma
 - » Diagnóstico médico de dermatite atópica
 - » Sensibilidade a pelo menos um aeroalérgeno
 - Ao menos dois dos critérios menores:
 - » Sibilância não relacionada a resfriados
 - » Eosinofilia \geq 4
 - » Sensibilização a leite, ovo ou amendoim

10. MANEJO NO TRATAMENTO DA ASMA NAS CRIANÇAS MAIORES DE SEIS ANOS

Tabela 3 - Avaliação inicial da necessidade de medicação de controle

<ul style="list-style-type: none"> • Uso SABA < de 2 x semana • Ausência sintomas noturnos no último mês • Ausência de crises no último ano • Ausência de fatores de risco para crises 	Sem medicação de controle
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas infrequentes de asma, mas há pelo menos um fator de risco para crises (ex: internação em UTI em qualquer época da vida) 	Dose baixa de CI
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas de asma ou uso de SABA 2 x / mês a 2 x / semana ou • Sintomas noturnos ≥ 1 x / mês 	Dose baixa de CI
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas de asma ou uso de SABA ≥ 2 x semana 	Dose baixa de CI ou LTRA
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas de asma na maioria dos dias ou presença de fator de risco para crises 	Dose média/alta CI ou Dose baixa CI/LABA
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial como asma grave 	Dose alta CI ou Dose média CI/LABA

Adaptado de GINA 2016¹

SABA: beta 2 agonista de curta ação; CI: corticoide inalatório; LTRA: antileucotrieno;

LABA: beta 2 agonista de longa ação.

Tabela 4 - Etapas do tratamento da asma em maiores de seis anos

	ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4	ETAPA 5
PRIMEIRA OPÇÃO	_____	CI BAIXA DOSE	CI DOSE MÉDIA	CI DOSE MÉDIA A ALTA/LABA	ANTI-IgE
ALTERNATIVA	CONSIDERAR CI BAIXA DOSE	LTRA	CI BAIXA DOSE + LTRA CI BAIXA DOSE/ LABA	CI ALTA DOSE + LTRA	CO BAIXA DOSE
MEDICAÇÃO DE ALIVIO β 2 AGONISTA *					

Adaptado de GINA 2016¹

CI: corticoide inalatório; LTRA: antileucotrieno; LABA: broncodilatador beta agonista de longa ação (salmeterol ou formoterol); CO: corticoide oral;

*Se a criança está em uso de LABA/CI, avaliar uso deste como medicação de resgate.

11. AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA

Na avaliação do controle usamos os seguintes parâmetros:

1. Sintomas diários – tosse, sibilos, dispneia
2. Sintomas noturnos – tosse, qualidade do sono, cansaço durante o dia
3. Uso de medicação de alívio – frequência e quantidade usada
4. Atividades diárias – escola, esportes

Nas últimas quatro semanas, a criança teve:	Resposta	Bem controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
Sintomas diários mais que duas vezes por semana?	() Sim () Não	Nenhum desses	1 a 2 desses	3 a 4 desses
Qualquer despertar noturno devido à asma?	() Sim () Não			
Necessidade de medicação de resgate mais que duas vezes por semana?	() Sim () Não			
Qualquer limitação da atividade física devido à asma?	() Sim () Não			



Quando o controle da asma for obtido e mantido por dois a três meses, o tratamento deve ser diminuído até se encontrar a mínima dose efetiva de medicação.

Se o paciente evolui sem controle:

1. Checar técnica inalatória;
2. Discutir a aderência;
3. Confirmar o diagnóstico de asma;
4. Remover os fatores de risco ;
5. Checar e tratar comorbidades (rinosinusite, obesidade, doença do refluxo gastroesofágico e apneia obstrutiva do sono);
6. Aumentar etapa do tratamento;
7. Encaminhar ao ambulatório de asma de difícil controle.

12. DOSES DE CORTICOIDES INALATÓRIOS SEGUNDO A IDADE

Tabela 5 - Dose baixa de corticoide inalatório em menores de cinco anos

DROGA	DOSE BAIXA DIÁRIA (MCG)
BECLOMETASONA (HFA)	100
BUDESONIDA	200
FLUTICASONA (HFA)	100
CICLESONIDA	160
MOMETASONA	SEM ESTUDOS EM < 4 ANOS

Adaptado de GINA 2016¹

Tabela 6 - Doses diárias de corticoide inalatório em maiores de seis anos

ADOLESCENTES > 12 ANOS			
DROGA	DOSE DIÁRIA MCG		
	BAIXA	MÉDIA	ALTA
BECLOMETASONA (HFA)	100-200	200-400	> 400
BUDESONIDA (DPI)	200-400	400-800	> 800
CICLESONIDA (HFA)	80-160	160-320	> 320
FLUTICASONA (DPI)	100-250	250-500	> 500
FLUTICASONA (HFA)	100-250	250-500	> 500
MOMETASONA	110-220	220-440	> 440
CRIANÇAS DE 6 A 11 ANOS			
BECLOMETASONA (HFA)	50-100	100-200	> 200
BUDESONIDA (DPI)	100-200	200-400	> 400
CICLESONIDA (HFA)	80	80-160	> 160
FLUTICASONA (DPI)	100-200	200-400	> 400
FLUTICASONA (HFA)	100-200	200-500	> 500
MOMETASONA	110	220-440	> 440

Adaptado de GINA 2016¹

*HFA: hidrofluoralcano; *DPI: inalador de pó seco

13. DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

Tabela 7. Dispositivos inalatórios

FAIXA ETÁRIA	DISPOSITIVOS
< 4 anos	IP + espaçador com máscara facial
4 a 6 anos	IP + espaçador com bocal
≥ 6 anos	IP + espaçador com bocal ou IPo

Adaptado de *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma 2012*.⁶

IP: inalador pressurizado e IPo: inalador de pó seco.

14. TESTE DE CONTROLE DA ASMA

ACT – TESTE DE CONTROLE DA ASMA ⁷

1- A asma prejudicou suas atividades no trabalho, na escola ou em casa?

- () Nunca
- () Poucas vezes
- () Algumas vezes
- () Maioria das vezes
- () Todo o tempo

2- Como está o controle da sua asma?

- () Totalmente descontrolada
- () Pouquíssimo controlada
- () Pouco controlada
- () Bem controlada
- () Completamente controlada

3- Quantas vezes você teve falta de ar?

- () Nunca
- () Uma ou duas vezes por semana
- () Três a seis vezes por semana
- () Uma vez ao dia
- () Mais que uma vez ao dia

4- A asma acordou você à noite ou mais cedo que de costume?

- () Nunca
- () Uma ou duas vezes
- () Uma vez por semana
- () Duas ou três noites por semana
- () Quatro ou mais noites por semana

5- Quantas vezes você usou o remédio por inalação para alívio?

- Nunca
- Uma vez por semana ou menos
- Poucas vezes por semana
- Uma ou duas vezes por dia
- Três ou mais vezes por dia

Resultado:

- 5 a 15 - Muito mal controlada
- 16 a 19 - Não controlada
- 20 a 25 - Controlada

A pontuação do questionário é calculada a partir da soma dos valores de cada questão, que valem de um a cinco pontos. As respostas que indicam maior controle da asma devem receber maior pontuação. Dessa forma, a pontuação do questionário varia entre cinco e 25 pontos: quanto maior a pontuação, mais controlada é a asma.

15. FATORES DE RISCO PARA DIFICULDADE DE CONTROLE DA ASMA⁸

- Crises de asma no período
- Uso de beta 2 agonista de curta ação > 1 frasco por mês
- Uso inadequado do corticoide inalatório: técnica incorreta; baixa aderência
- Baixo VEF 1
- Problemas socioeconômicos e psicológicos
- Exposição a alérgenos ou ao fumo
- Comorbidades: obesidade, rinosinusite ou alergia alimentar
- Eosinofilia
- Internação em UTI por asma em qualquer tempo
- Crise grave nos últimos 12 meses

16. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE ASMA⁹

- IVAS de repetição
- Aspiração de corpo estranho
- Displasia broncopulmonar
- Discenesia ciliar primária
- Cardiopatia congênita
- Fibrose cística
- Imunodeficiência primária
- Disfunção de corda vocal

- Refluxo gastroesofágico
- Tuberculose
- Anel vascular
- Laringotraqueomalácia

17. PLANO DE AÇÃO PARA TRATAMENTO DA ASMA

PLANO DE AÇÃO PARA ASMA

Nome: _____ SES: _____

Data de nascimento: _____ Peso: _____

MEDICAÇÃO DE CONTROLE USAR TODO DIA PARA FICAR SAUDÁVEL	DOSE	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
MEDICAÇÃO DE CRISE	DOSE	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES

Se a criança estiver bem, sem sintomas de asma, mesmo quando brinca.	Mantenha o uso da medicação de controle. Evite os fatores de piora da asma. Evite o fumo.
--	---

Se a criança iniciou com sintomas de asma como: tosse, chiado no peito, cansaço, tosse à noite ou quando corre.	Inicie a medicação de crise: Se não estiver melhor em _____ usar a medicação: _____
---	--

Se a criança estiver com piora do cansaço, mesmo após o início da medicação de crise. Com dificuldade de falar, andar e brincar.	Procure o hospital ou serviço de saúde mais próximo de sua casa imediatamente.
---	--

18. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION. *Global Initiative for Asthma (GINA)*, 2016. Disponível em: <<http://www.ginasthma.org>>.
2. BRITISH THORACIC SOCIETY SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. *British Guideline on the Management of Asthma*. Thorax, v. 63, Suppl. 4, pgs. 1-121, 2008.
3. SORKESS, C. A; et al. *Long-term comparison of 3 controller regimens for mild-moderate persistent childhood asthma: The Pediatric Asthma Controller Trial*. J. Allergy Clin. Immunol., v.119, pgs.64-72, 2007.
4. CHANG, T. S; LEMANSKE, R. F; GUILBERT, T. W. J. *Evaluation of the Modified Asthma Predictive Index in High-Risk Preschool Children*. Allergy Clin. Immunol. Pract., v. 1, n. 2, March 2013.
5. MORGAN, W. J; et al. *Outcome of Asthma and Wheezing in the First 6 Years of Life Follow-up through Adolescence*. Am. J. Resp. Crit. Care Med., v. 172, pgs. 1253-58, 2005.
6. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma - 2012* J. Bras. Pneumol. v.38, Suplemento 1, pgs.S1-S46, Abril 2012.
7. ROXO, J. P. F; et al. *Validação do Teste de Controle da Asma em português para uso no Brasil*. J. Bras. Pneumol., v. 36, n. 2, pgs. 159-166, 2010.
8. LOUGHEED, M. D, et al. *Canadian Thoracic Society Asthma Management Continuum-2010 Consensus Summary for children six years of age and over, and adults*. Can. Respir. J., v. 17, n.1, pgs. 15-24, 2010.
9. PAPADOPOULOS, N. G; et. al. *International consensus on (icon) pediatric asthma*. Allergy, 2012.

