

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE



4

CADERNO DO PACIENTE

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
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR



DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL
ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

4

CADERNO DO PACIENTE

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: caderno do paciente e familiares/Monte, Luciana de Freitas Velloso et. al. Brasília: HCB, 2016.

44 p.

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. Goya, Adriana. IV. Távora, Hugo Tadashi Oshiro. V. Título.

CDU: 612.2

I. BOAS-VINDAS

Bem-vindo ao Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente com Asma do Hospital da Criança de Brasília José de Alencar (HCB).

Entenda os objetivos, como funciona o programa e qual é o seu papel.

Você sabia que...

- A asma é a doença crônica mais frequente na infância;
- Nas grandes cidades, 20% das crianças na idade escolar apresentam asma;
- Asma é a terceira causa de hospitalização no Brasil;
- A asma ainda não tem cura... mas TEM CONTROLE.

Pela importância dos aspectos descritos, o Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente com Asma é uma iniciativa do HCB que tem como objetivos:

- Controlar a asma, evitando as crises e as internações hospitalares;
- Saber identificar a crise e tratá-la rapidamente, diminuindo as idas ao pronto-socorro;
- Prevenir complicações da asma;
- Melhorar a qualidade de vida, para que seu filho(a) possa brincar, frequentar a escola, fazer esportes, dormir bem, enfim, ter uma vida como tem qualquer criança;
- Propiciar que seu filho(a) viva mais e melhor, com muita saúde!

Para que esses objetivos sejam alcançados, temos metas a cumprir:

- Metas do tratamento;
- Metas do paciente e da família.

Quais são as METAS DO TRATAMENTO?

- Promover educação em asma;
- Atingir o controle da asma;
- Reduzir a frequência e a gravidade das crises de asma;
- Evitar as internações e as complicações por asma;
- Eliminar os sintomas intercríticos, ou seja, aqueles que atrapalham o dia a dia da criança mesmo fora da crise;
- Utilizar a menor quantidade de medicação que mantenha o melhor controle da asma;
- Melhorar a qualidade de vida.

Quais são as METAS DO PACIENTE E DA FAMÍLIA?

- 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.

Pense nisso:

Controle da asma = mais anos com melhor qualidade de vida

Assim, vamos lá!
Os nossos passos serão avaliados a cada mês.

**No Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente com Asma do HCB,
o sucesso depende de:**

COMPROMISSO!

O QUE É ASMA?

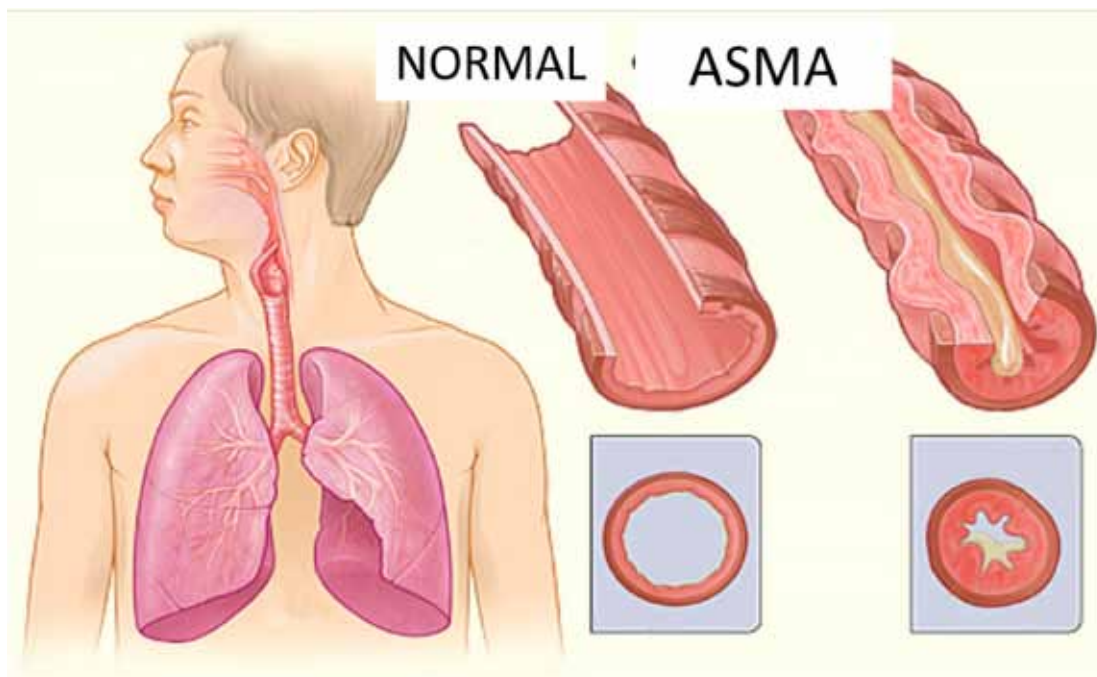
- ASMA é uma doença que inflama as vias respiratórias (brônquios e bronquíolos).

Você sabia que:

ASMA é o termo científico para o que as pessoas chamam “bronquite”, “bronquite asmática”, “bronquite alérgica” e outros?

O QUE ACONTECE NAS VIAS RESPIRATÓRIAS DO PULMÃO?

- Acontece uma INFLAMAÇÃO, levando a: contração dos músculos, inchaço da parede dos brônquios e aumento da produção de secreção respiratória.



QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS SINTOMAS DA ASMA?

- Tosse
- Chiado (sibilância)
- Falta de ar ou cansaço para respirar (dispneia)
- Aperto no peito

POR QUE ISSO ACONTECE NA PESSOA COM ASMA?

- A asma é o resultado de uma combinação de herança genética (familiar) e fatores do ambiente. A pessoa que tem predisposição genética pode desenvolver os sintomas de asma quando entra em contato com substâncias do ambiente que provocam alergia (ALÉRGENOS) ou com substâncias IRRITANTES do ambiente.
- Os sintomas da asma podem aparecer ou piorar com fumaça de cigarro, cheiros fortes, contato com animais com pelo ou pena, produtos químicos, mudanças de clima, poeira doméstica, infecções, esforço físico, alguns remédios, situações de estresse e outros.

Desencadeantes da asma – alérgenos e irritantes:



Poeira, baratas, ácaros



Gripes, resfriados



Pelos e penas de animais



Mofo (umidade)



Gases tóxicos, poluição, cheiros fortes



Alguns alimentos, remédios, corantes



Fumaça de cigarro



Exercício



Estresse



Mudança climática

TEM MAIS ALGUÉM COM ASMA NA SUA FAMÍLIA?

Em resumo:

- As vias aéreas (os brônquios e seus ramos) levam o ar que respiramos até os alvéolos, que são as unidades dos pulmões que oxigenam o sangue.
- Na pessoa com ASMA, essas vias aéreas estão inflamadas MESMO FORA DA CRISE.
- A inflamação pode aumentar em resposta a diferentes estímulos: frio, exercício, fumaça, poeira, mofo, pelos e penas de animais, produtos químicos, risada.
- Quando ocorre o aumento da inflamação, a via aérea fica mais fechada e o paciente pode apresentar diferentes sintomas: dispnéia (cansaço para respirar), tosse, sibilância (chiado no peito).

Por que eu preciso usar medicações todos os dias?

- A asma pode ter GRAUS VARIADOS.
- Nem todas as pessoas com asma precisam usar medicações todos os dias.
- A depender do grau da asma, podem ser necessários remédios de PREVENÇÃO todos os dias, ou seja, para USO CONTÍNUO.
- Essas medicações de prevenção diminuem a inflamação da via aérea.

Quais são as medicações para a asma?

- Há várias. O médico irá indicar aquelas que mais se adequam ao grau de asma do seu filho(a).
- Há as medicações de ALÍVIO (para aliviar as crises de asma) e as de PREVENÇÃO (para prevenir as crises).
- A melhor forma de tratar a asma é com medicações INALADAS. Isso porque elas geram efeitos imediatos, com ação direta nos pulmões, usando doses muito pequenas e com maior segurança.
- As medicações inaladas utilizadas atualmente são seguras e não viciam, ao contrário do que muitas pessoas pensam...
- Algumas pessoas também precisam usar remédios orais ou injetáveis.

Agora vai uma dica muito importante:

É essencial fazer a HIGIENE DO AMBIENTE e EVITAR OS FATORES DESENCADEANTES em qualquer grau de asma

CONTROLE AMBIENTAL PREFIRA:



Travesseiro de espuma
com capa antiácaro



Colchão com
capa antiácaro



Quarto arejado, com sol
e sem cortinas



Edredon ou cobertores
não felpudos



Limpeza com aspirador
e pano úmido



Roupas, colchão e
travesseiros ao sol



Animais sem pelos
ou penas

DIA 1

Este é o seu primeiro dia no Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente com Asma do HCB.

1. Data da admissão: ___/___/___ Peso: Altura: SatO2: PA:

2. Sintomas de asma observados:

Nas últimas quatro semanas, a criança ou adolescente teve:	Sim	Não
Sintomas de asma (tosse, chiado ou falta de ar) durante o dia, mais de duas vezes por semana?		
Alguma limitação de atividade física por causa da asma (tosse, chiado ou falta de ar para brincar, correr, pular, rir)?		
Uso de medicações de alívio mais que duas vezes por semana?		
Algum despertar noturno ou tosse noturna por asma?		

3. Frequência das crises asmáticas:

4. Número de internações por crises de asma até hoje:

5. Sintomas no período intercrítico: () Sim. Quais: _____ () Não

6. Classificação da asma: () Controlada () Parcialmente controlada () Não controlada

7. Nota do ACT hoje:

8. Número da etapa de tratamento GINA (Global Initiative for Asthma):

9. Espirometria hoje:

() Normal () Alterada () Não conseguiu realizar as manobras () Não realizou

10. Outros problemas associados: () rinite () dermatite atópica () hipertrofia de adenoides
() alergia alimentar () refluxo gastroesofágico () obesidade () outros:

11. Problemas relacionados ao ambiente:

() Fumantes em casa () Poeira doméstica () Mofo
() Ausência de forro no teto () Casa em reforma () Vassoura
() Cortina de tecido () Tapete ou carpete () Pelúcia
() Colchão sem capa antiácara () Produtos com odor intenso () Perfumes
() Travesseiro sem capa antiácara () Animais de pelo ou pena

12. Escreva aqui as metas que você combinou com a equipe do Programa:

13. Liste qual (ou quais) medicação de prevenção foi prescrita para usar todos os dias:

14. Liste qual (ou quais) medicação de alívio foi prescrita para usar quando tiver crise asmática:

- ✓ Não esqueça de pegar as medicações antes do término!
- ✓ Anote neste caderno o dia em que iniciou cada medicação.

__/__/__: _____

__/__/__: _____

__/__/__: _____

Você sabia:

Que reconhecer a crise de asma é muito importante?

- A demora em reconhecer a crise de asma aumenta as taxas de hospitalização.
- As crises são mais frequentes em pacientes que não realizam acompanhamento de saúde de forma adequada.

Se seu filho(a) apresentar uma crise asmática (exacerbação), o que deve fazer?

- A primeira orientação é manter a calma e sempre ter a **medicação de ALÍVIO** da crise ao seu alcance, prescrita pelo médico.
- Caso seu filho(a) não apresente melhora do quadro após aplicação da medicação ou você tenha qualquer tipo de dúvida, procure atendimento médico no serviço de emergência mais próximo à sua residência.
- Procure a **emergência** imediatamente se seu filho(a) tiver **falta de ar muito intensa**, apresentar os **lábios roxos**, ou ficar **sonolento**. Mas não espere: faça a medicação de ALÍVIO prescrita antes mesmo de ir à emergência.

Agora pense:

Por que o seu filho(a) tem crise? Ele está usando as medicações adequadamente? Entrou em contato com algum fator desencadeante? Onde a PREVENÇÃO poderia estar falhando?

MÊS 1

Este é o seu primeiro mês no Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente com Asma do HCB.

No calendário abaixo, marque:

- nos dias em que houve **CRISE**
- nos dias em que precisou usar a **medicação de alívio** (salbutamol ou fenoterol, corticoide)
- nos dias em que teve **sintomas** de asma (tosse, chiado, falta de ar nos exercícios e outros), mesmo sem apresentar crise
- nos dias em que usou as **medicações de prevenção**

Mês 1 – USO DE MEDICAÇÃO DE PREVENÇÃO E SINTOMAS DE ASMA

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	Anote aqui o dia em que você iniciou as medicações de prevenção: __/__/____			

Você e sua família fizeram alguma modificação em relação ao ambiente e outros desencadeantes?

Precisou ir ao pronto-socorro por causa da asma? O que pode ter desencadeado a crise? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Leve as receitas médicas para a consulta.

Você precisou ser internado por causa da asma? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Anote as datas da admissão e da alta. Leve as receitas e os relatórios médicos para a consulta.

Você sabia que:

- Pais com asma têm uma chance maior de ter filhos com asma?
- 70% a 80% dos pacientes asmáticos também têm rinite alérgica associada?
- Se a rinite não for tratada adequadamente também, fica mais difícil controlar a asma?

Converse com seu médico. Será que o seu filho(a) tem rinite também?

Lembre-se:

A asma não tem cura, mas tem controle!

Para o controle, são fundamentais: ambiente adequado, manter vacinação em dia e uso correto das medicações preventivas

Sempre importante:

O aleitamento materno protege também contra o desenvolvimento de atopias (alergias)

MÊS 2

Escreva as medicação(ões) de **prevenção** prescrita(s) para usar todos os dias:

No calendário abaixo, marque:

- nos dias em que houve **CRISE**
- nos dias em que precisou usar a **medicação de alívio** (salbutamol ou fenoterol, corticoide)
- nos dias em que teve **sintomas** de asma (tosse, chiado, falta de ar nos exercícios e outros), mesmo sem apresentar crise
- nos dias em que usou as **medicações de prevenção**

Mês 2 – USO DE MEDICAÇÃO DE PREVENÇÃO E SINTOMAS DE ASMA

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	Anote aqui o dia em que você iniciou o frasco novo da medicação de prevenção: __/__/____			

Já forrou o colchão e o travesseiro com capas antiácaro?

Precisou ir ao pronto-socorro por causa da asma? O que pode ter desencadeado a crise? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Leve as receitas médicas para a consulta.

Você precisou ser internado por causa da asma? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Anote as datas da admissão e da alta. Leve as receitas e os relatórios médicos para a consulta.

Você teve alguma dúvida ou dificuldade para usar a medicação? Conte para nós como você está usando a medicação no dia da consulta. Não esqueça de levar todas as medicações e o espaçador.

Você sabia:

Que existem “degraus” para o tratamento da asma?



- Os degraus inferiores equivalem aos tratamentos mais brandos, para asma mais leve, e os degraus superiores seriam os tratamentos mais “fortes”, nos casos de asma mais grave. Quanto mais controlada a asma de seu(a) filho(a) estiver, menos medicações ele(a) irá precisar.
- Então, a medicação que o seu(a) filho(a) utiliza pode ser modificada conforme a resposta ao tratamento, seja aumentando (“subindo os degraus”) ou reduzindo a potência do tratamento (“descendo os degraus”). É muito importante que ele(a) utilize as medicações prescritas pelo seu(a) médico(a), para que o controle seja atingido!

A pergunta é:

Você está seguindo o tratamento com dedicação?

MÊS 3

Escreva as medicação(ões) de **prevenção** prescrita(s) para usar todos os dias:

No calendário abaixo, marque:

- nos dias em que houve **CRISE**
- nos dias em que precisou usar a **medicação de alívio** (salbutamol ou fenoterol, corticoide)
- nos dias em que teve **sintomas** de asma (tosse, chiado, falta de ar nos exercícios e outros), mesmo sem apresentar crise
- nos dias em que usou as **medicações de prevenção**

Mês 3 – USO DE MEDICAÇÃO DE PREVENÇÃO E SINTOMAS DE ASMA

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	Anoté aqui o dia em que você iniciou o frasco novo da medicação de prevenção: ___/___/___			

Mudou algo na higiene da casa?

Se havia algum fumante em casa, buscou tratamento (ou parou de fumar)?

Fez os exames necessários? A consulta está próxima!

Precisou ir ao pronto-socorro por causa da asma? O que pode ter desencadeado a crise? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Leve as receitas médicas para a consulta.

Você precisou ser internado por causa da asma? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Anote as datas da admissão e da alta. Leve as receitas e os relatórios médicos para a consulta.

Você teve alguma dúvida ou dificuldade para usar a medicação? Conte para nós como você está usando a medicação no dia da consulta. Não esqueça de levar todas as medicações e o espaçador.

Você sabia:

Cada técnica inalatória tem uma forma adequada de realização. Vamos recordar?

■ Aerossol dosimetrado com espaçador SEM máscara.

1. Prepare o spray removendo a tampa e agitando bem o frasco, coloque-o na abertura de borracha do espaçador.
2. Expire completamente, esvaziando os pulmões.
3. Coloque o bocal do espaçador entre os dentes, feche os lábios em volta dele.
4. Pressione a parte metálica do spray para liberar um jato da medicação.
5. Faça uma inspiração lenta e profunda.
6. Prenda o ar por dez segundos.



Se for necessário um segundo jato, aguarde 30 segundos, agite novamente o spray e repita as etapas um a seis. Aplique um jato de cada vez dentro do espaçador.

7. Enxague a boca após o uso, para evitar alguns efeitos colaterais.

■ Aerossol dosimetrado com espaçador COM máscara.

1. Prepare o spray removendo a tampa e, agitando bem o frasco, coloque-o na abertura de borracha do espaçador.
2. Coloque a máscara no rosto da criança. Cubra o nariz e a boca, vedando bem as bordas da máscara.
3. Pressione a parte metálica do spray para liberar um jato da medicação.

OBS: deve-se manter a boca aberta, se possível.

4. Aguardar pelo menos seis inspirações normais ou cerca de dez segundos.

Se for necessário um segundo jato, aguarde 30 segundos, agite novamente o spray e repita as etapas um a quatro. Não aplique mais de um jato de cada vez dentro do espaçador.

5. Enxague a boca após o uso, para evitar alguns efeitos colaterais.

Pergunte aos profissionais do Programa de Asma do HCB se seu filho(a) vai usar o espaçador COM ou SEM máscara.



MÊS 4

Escreva a (as) medicação(ões) de **prevenção** prescrita(s) para usar todos os dias:

No calendário abaixo, marque:

- nos dias em que houve **CRISE**
- nos dias em que precisou usar a **medicação de alívio** (salbutamol ou fenoterol, corticoide)
- nos dias em que teve **sintomas** de asma (tosse, chiado, falta de ar nos exercícios e outros), mesmo sem apresentar crise
- nos dias em que usou as **medicações de prevenção**

Mês 4 – USO DE MEDICAÇÃO DE PREVENÇÃO E SINTOMAS DE ASMA

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	Anotar aqui o dia em que você iniciou o frasco novo da medicação de prevenção: ___/___/___			

Tomou as vacinas necessárias?

Precisou ir ao pronto-socorro por causa da asma? O que pode ter desencadeado a crise? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Leve as receitas médicas para a consulta.

Você precisou ser internado por causa da asma? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Anote as datas da admissão e da alta. Leve as receitas e os relatórios médicos para a consulta.

Você teve alguma dúvida ou dificuldade para usar a medicação? Conte para nós como você está usando a medicação no dia da consulta. Não esqueça de levar todas as medicações e o espaçador.

Mês 4

1. Data da consulta médica: ___/___/____ Peso: Altura: SatO2: PA:

2. Sintomas de asma observados:

Nas últimas quatro semanas, a criança ou adolescente teve:	Sim	Não
Sintomas de asma (tosse, chiado ou falta de ar) durante o dia, mais de duas vezes por semana?		
Alguma limitação de atividade física por causa da asma (tosse, chiado ou falta de ar para brincar, correr, pular, rir)?		
Uso de medicações de alívio mais que duas vezes por semana?		
Algum despertar noturno ou tosse noturna por asma?		

3. Frequência das crises asmáticas:

4. Número de internações por crises de asma desde a admissão ao Programa de Asma HCB:

5. Sintomas no período intercrítico: () Sim. Quais: _____ () Não

6. Classificação da asma: () Controlada () Parcialmente controlada () Não controlada

7. Nota do ACT hoje:

8. Número da etapa de tratamento GINA:

9. Espirometria hoje:

() Normal () Alterada () Não conseguiu realizar as manobras () Não realizou

10. Outros problemas associados: () rinite () dermatite atópica () hipertrofia de adenoides
() alergia alimentar () refluxo gastroesofágico () não fez a vacinação recomendada
() obesidade () outros:

11. Problemas relacionados ao ambiente:

() Fumantes em casa () Poeira doméstica () Mofo
() Ausência de forro no teto () Casa em reforma () Vassoura
() Cortina de tecido () Tapete ou carpete () Pelúcia
() Colchão sem capa antiácaro () Produtos com odor intenso () Perfumes
() Travesseiro sem capa antiácaro () Animais de pelo ou pena

12. Escreva aqui as metas que você combinou com a equipe do Programa:

13. Liste qual (ou quais) medicação de prevenção foi prescrita para usar todos os dias:

14. Liste qual (ou quais) medicação de alívio foi prescrita para usar quando tiver crise asmática:




- ✓ Não esqueça de pegar as medicações antes do término!
- ✓ Anote neste caderno o dia em que iniciou cada medicação.

___/___/___: _____

___/___/___: _____

___/___/___: _____

Como você está se sentindo em relação à sua participação no Programa?

			Por quê?
---	---	---	----------

- Uso dos dispositivos de pó.
- 1. Libere a dose de medicamento de acordo com o tipo de dispositivo.
- 2. Mantenha o inalador distante da boca. Expire (solte) suavemente todo o ar que existe nos pulmões.
- 3. Coloque o dispositivo na boca.
- 4. Puxe o ar com força pela boca (inspire pela boca com força).
- 5. Prenda a respiração por dez segundos.
- 6. Retire o inalador da boca e expire lentamente.
Se for necessário uma segunda aplicação, aguarde 30 segundos e repita as etapas um a seis.
- 7. Enxague a boca após o uso, para evitar alguns efeitos colaterais.

Importante:

**Sempre lavar a boca após o uso das medicações inaladas,
a fim de evitar efeitos colaterais**

MÊS 5

Escreva a(as) medicação(ões) de **prevenção** prescrita(s) para usar todos os dias:

No calendário abaixo, marque:

- nos dias em que houve **CRISE**
- nos dias em que precisou usar a **medicação de alívio** (salbutamol ou fenoterol, corticoide)
- nos dias em que teve **sintomas** de asma (tosse, chiado, falta de ar nos exercícios e outros), mesmo sem apresentar crise
- nos dias em que usou as **medicações de prevenção**

Mês 5 – USO DE MEDICAÇÃO DE PREVENÇÃO E SINTOMAS DE ASMA

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	Anote aqui o dia em que você iniciou o frasco novo da medicação de prevenção: ___/___/___			

Fez as vacinas necessárias?

Fez os exames solicitados?

Fez alguma modificação no ambiente?

Precisou ir ao pronto-socorro por causa da asma? O que pode ter desencadeado a crise? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Leve as receitas médicas para a consulta.

Você precisou ser internado por causa da asma? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Anote as datas da admissão e da alta. Leve as receitas e os relatórios médicos para a consulta.

Você teve alguma dúvida ou dificuldade para usar a medicação? Conte para nós como você está usando a medicação no dia da consulta. Não esqueça de levar todas as medicações e o espaçador.

Você sabia:

Que o espaçador deve ser limpo de forma correta?

- O espaçador é um instrumento que auxilia a administração de medicações inaladas através do uso de aerossóis.
- O cuidado e a higienização corretos, juntamente com a aplicação correta (como explicado anteriormente), proporcionam maior quantidade de medicação disponível para atingir os pulmões.

Que cuidados devo ter com o espaçador do meu filho?

- Não deixe o espaçador ao ar livre.
 - Após o uso, limpe a máscara com álcool.
 - Tenha sempre um local protegido de poeira (uma pequena caixa) para guardar o espaçador e a máscara.
 - Nunca esfregue o espaçador. Nem com pano para secar após a lavagem.
 - Cada criança deve ter o seu próprio espaçador.
-
- Como proceder com a limpeza adequada do espaçador?
 1. Encha um recipiente com água.
 2. Adicione duas gotas de detergente para cada litro de água.
 3. Coloque o espaçador dentro do recipiente com água e detergente e deixe por cerca de 30 minutos.
 4. Retire o espaçador do recipiente e, sem enxaguar, deixe no secador de louça para secar naturalmente.
 5. Depois de seco, utilize normalmente o espaçador.
 6. Realize esse procedimento uma vez por semana.



Importante:

**Conserve o seu espaçador sempre limpo.
Dessa forma, ele poderá ser utilizado
por vários meses**

Lembre-se:

**É necessário usar SEMPRE o ESPAÇADOR com ou sem máscara quando
você usar medicações em SPRAY dosimetrado**

MÊS 6

Escreva a(as) medicação(ões) de **prevenção** prescrita(s) para usar todos os dias:

No calendário abaixo, marque:

- nos dias em que houve **CRISE**
- nos dias em que precisou usar a **medicação de alívio** (salbutamol ou fenoterol, corticoide)
- nos dias em que teve **sintomas** de asma (tosse, chiado, falta de ar nos exercícios e outros), mesmo sem apresentar crise
- nos dias em que usou as **medicações de prevenção**

Mês 6 – USO DE MEDICAÇÃO DE PREVENÇÃO E SINTOMAS DE ASMA

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	Anote aqui o dia em que você iniciou o frasco novo da medicação de prevenção: ___/___/___			

Fez as vacinas necessárias?

Fez os exames solicitados?

Fez alguma modificação no ambiente?

Precisou ir ao pronto-socorro por causa da asma? O que pode ter desencadeado a crise? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Leve as receitas médicas para a consulta.

Você precisou ser internado por causa da asma? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Anote as datas da admissão e da alta. Leve as receitas e os relatórios médicos para a consulta.

Você teve alguma dúvida ou dificuldade para usar a medicação? Conte para nós como você está usando a medicação no dia da consulta. Não esqueça de levar todas as medicações e o espaçador.

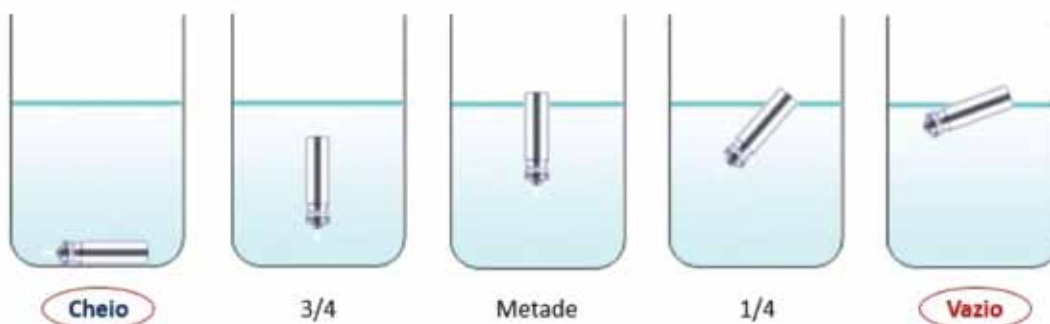
Você sabia:

Que mesmo ao sair o spray do aerossol dosimetrado, não significa que esteja saindo medicação?

- A saída do spray mostra que ainda há gás propelente no aerossol. Entretanto, a presença de gás propelente não garante que haja medicação no aerossol.
- Uma das causas de falha no tratamento é a certeza de estar usando a medicação ao inalar apenas o gás propelente e não o gás junto com o remédio.

Como faço para avaliar o nível de medicação no aerossol?

- Existem muitos sprays com contador de doses no próprio produto. Aí é só olhar o contador de doses, fica fácil!
- Quando não houver o contador de doses, proceda da seguinte forma:
 1. Encha um recipiente transparente com água.
 2. Retire a peça de metal do aerossol, puxe-a e a separe da parte de plástico.
 3. Coloque a peça de metal dentro do recipiente com água e veja o que acontece.
OBS: não se preocupe pois não entrará água na medicação.
 4. Compare o resultado com as imagens abaixo.



5. Depois, retire a peça de metal da água e **seque bem** antes de recolocá-la na parte de plástico.
6. Utilize normalmente o aerossol se ainda tiver medicação.
7. Caso esteja vazio (conforme figura mais à direita), substitua o aerossol. Mesmo que ainda saia o spray, não há mais medicação em seu interior.

Importante:

Deve-se avaliar semanalmente se há medicação em seu aerossol dosimetrado

MÊS 7

Escreva a(as) medicação(ões) de **prevenção** prescrita(s) para usar todos os dias:

No calendário abaixo, marque:

- nos dias em que houve **CRISE**
- nos dias em que precisou usar a **medicação de alívio** (salbutamol ou fenoterol, corticoide)
- nos dias em que teve **sintomas** de asma (tosse, chiado, falta de ar nos exercícios e outros), mesmo sem apresentar crise
- nos dias em que usou as **medicações de prevenção**

Mês 7 – USO DE MEDICAÇÃO DE PREVENÇÃO E SINTOMAS DE ASMA

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	Anote aqui o dia em que você iniciou o frasco novo da medicação de prevenção: ___/___/___			

Quais modificações você fez no ambiente?

Precisou ir ao pronto-socorro por causa da asma? O que pode ter desencadeado a crise? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Leve as receitas médicas para a consulta.

Você precisou ser internado por causa da asma? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Anote as datas da admissão e da alta. Leve as receitas e os relatórios médicos para a consulta.

Você teve alguma dúvida ou dificuldade para usar a medicação? Conte para nós como você está usando a medicação no dia da consulta. Não esqueça de levar todas as medicações e o espaçador.

Mês 7

1. Data da consulta médica: ___/___/____ Peso: Altura: SatO2: PA:

2. Sintomas de asma observados:

Nas últimas quatro semanas, a criança ou adolescente teve:	Sim	Não
Sintomas de asma (tosse, chiado ou falta de ar) durante o dia, mais de duas vezes por semana?		
Alguma limitação de atividade física por causa da asma (tosse, chiado ou falta de ar para brincar, correr, pular, rir)?		
Uso de medicações de alívio mais que duas vezes por semana?		
Algum despertar noturno ou tosse noturna por asma?		

3. Frequência das crises asmáticas:

4. Número de internações por crises de asma desde a admissão ao Programa de Asma HCB:

5. Sintomas no período intercrítico: () Sim. Quais: _____ () Não

6. Classificação da asma: () Controlada () Parcialmente controlada () Não controlada

7. Nota do ACT hoje:

8. Número da etapa de tratamento GINA:

9. Espirometria hoje:

() Normal () Alterada () Não conseguiu realizar as manobras () Não realizou

10. Outros problemas associados: () rinite () dermatite atópica () hipertrofia de adenoides
() alergia alimentar () refluxo gastroesofágico () não fez a vacinação recomendada
() obesidade () outros:

11. Problemas relacionados ao ambiente:

() Fumantes em casa () Poeira doméstica () Mofo
() Ausência de forro no teto () Casa em reforma () Vassoura
() Cortina de tecido () Tapete ou carpete () Pelúcia
() Colchão sem capa antiácaro () Produtos com odor intenso () Perfumes
() Travesseiro sem capa antiácaro () Animais de pelo ou pena

12. Escreva aqui as metas que você combinou com a equipe do programa:

13. Liste qual (ou quais) medicação de prevenção foi prescrita para usar todos os dias:

14. Liste qual (ou quais) medicação de alívio foi prescrita para usar quando tiver crise asmática:

- ✓ Não esqueça de pegar as medicações antes do término!
- ✓ Anote neste caderno o dia que iniciou cada medicação.

___/___/___: _____

___/___/___: _____

___/___/___: _____

Você sabia:

Que há fatores do ambiente que interferem na doença?

- Alérgenos: ácaros da poeira doméstica, alimentos, animais de estimação, baratas, pólenes e fungos.
- Infecções: resfriados comuns, bronquiolite.
- Fumaça de cigarro: é o fator de risco mais importante no ambiente doméstico para desenvolver os sintomas de asma
- Poluentes: dióxido de nitrogênio, ozônio, material particulado, fumaça de gasolina e óleos.
- Irritantes: perfumes, cloro, poeiras.
- Exercício físico: para a criança pequena pode ser brincar, pular ou até rir muito.
- Condições do tempo: muito frio ou calor, alta umidade.
- Estresse e distúrbio psicológico.
- O aleitamento materno protege contra o desenvolvimento de atopias (alergias).

Lembre-se:

Um bom controle do ambiente é essencial para a estabilização da asma

MÊS 8

Escreva a(as) medicação(ões) de **prevenção** prescrita(s) para usar todos os dias:

No calendário abaixo, marque:

- nos dias em que houve **CRISE**
- nos dias em que precisou usar a **medicação de alívio** (salbutamol ou fenoterol, corticoide)
- nos dias em que teve **sintomas** de asma (tosse, chiado, falta de ar nos exercícios e outros), mesmo sem apresentar crise
- nos dias em que usou as **medicações de prevenção**

Mês 8 – USO DE MEDICAÇÃO DE PREVENÇÃO E SINTOMAS DE ASMA

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	Anote aqui o dia em que você iniciou o frasco novo da medicação de prevenção: ___/___/___			

Quais modificações você fez no ambiente?

Precisou ir ao pronto-socorro por causa da asma? O que pode ter desencadeado a crise? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Leve as receitas médicas para a consulta.

Você precisou ser internado por causa da asma? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Anote as datas da admissão e da alta. Leve as receitas e os relatórios médicos para a consulta.

Você teve alguma dúvida ou dificuldade para usar a medicação? Conte para nós como você está usando a medicação no dia da consulta. Não esqueça de levar todas as medicações e o espaçador.

A pessoa que tem asma pode realizar atividades físicas?

- Sim, pode realizar muitas atividades, como futebol, vôlei, natação, ciclismo, corrida, desde que esteja SEM crise.
- A única atividade física que o portador de asma não deve fazer é o mergulho profundo.
- Os limites da atividade são impostos pela própria criança. Não se deve forçá-la a fazer algo que ela não se sente capaz de realizar.
- Em caso de sinais e sintomas de crise de asma durante a atividade física, ela deverá ser suspensa imediatamente e a medicação de crise deverá ser usada.
- É importante a presença de um educador físico coordenando as atividades físicas das crianças.

Importante:

Seu filho(a) é apto a realizar muitas atividades, mas deve-se respeitar os limites da própria criança



MÊS 9

Escreva a(as) medicação(ões) de **prevenção** prescrita(s) para usar todos os dias:

No calendário abaixo, marque:

- nos dias em que houve **CRISE**
- nos dias em que precisou usar a **medicação de alívio** (salbutamol ou fenoterol, corticoide)
- nos dias em que teve **sintomas** de asma (tosse, chiado, falta de ar aos exercícios e outros), mesmo sem apresentar crise
- nos dias em que usou as **medicações de prevenção**

Mês 9 – USO DE MEDICAÇÃO DE PREVENÇÃO E SINTOMAS DE ASMA

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	Anote aqui o dia em que você iniciou o frasco novo da medicação de prevenção: ___/___/___			

Quais modificações você fez no ambiente?

Precisou ir ao pronto-socorro por causa da asma? O que pode ter desencadeado a crise? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Leve as receitas médicas para a consulta.

Você precisou ser internado por causa da asma? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Anote as datas da admissão e da alta. Leve as receitas e os relatórios médicos para a consulta.

Você teve alguma dúvida ou dificuldade para usar a medicação? Conte para nós como você está usando a medicação no dia da consulta. Não esqueça de levar todas as medicações e o espaçador.

Você sabia:

Que muitas pessoas apresentam asma e, mesmo assim, não são impedidas de realizar suas atividades grandiosas? A asma não é incapacitante!

- A asma é uma doença que não tem cura, mas, quando é bem acompanhada e tratada, não impede que a criança tenha uma vida normal e realize seus sonhos;
- Veja abaixo uma lista com pessoas portadoras de asma e que não deixaram de fazer suas atividades por causa da doença;
- **Políticos:** Theodore Roosevelt, John F. Kennedy (presidentes dos EUA);
- **Artistas:** Antonio Vivaldi (compositor), Ludwig van Beethoven (compositor), Sharon Stone (atriz norte-americana), Malvino Salvador (ator brasileiro), Charles Chaplin (ator britânico), Fernanda Gentil (apresentadora brasileira), Demi Lovato (cantora norte-americana), Bono Vox (cantor irlandês), Jessica Alba (atriz norte-americana);
- **Escritores:** Charles Dickens (inglês), Paulo Coelho (brasileiro);
- **Esportistas:** Gustavo Borges (natação), Diego Hypólito (ginástica olímpica), Aurélio Miguel (judô), Jackie Joyner-Kersey (atletismo), André Heller (vôlei), David Beckham (futebol), Frank Lampard (futebol).

MÊS 10

Escreva a(as) medicação(ões) de **prevenção** prescrita(s) para usar todos os dias:

No calendário abaixo, marque:

- nos dias em que houve **CRISE**
- nos dias em que precisou usar a **medicação de alívio** (salbutamol ou fenoterol, corticoide)
- nos dias em que teve **sintomas** de asma (tosse, chiado, falta de ar nos exercícios e outros), mesmo sem apresentar crise
- nos dias em que usou as **medicações de prevenção**

Mês 10 – USO DE MEDICAÇÃO DE PREVENÇÃO E SINTOMAS DE ASMA

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	Anote aqui o dia em que você iniciou o frasco novo da medicação de prevenção: ___/___/____			

Tomou as vacinas necessárias?

Fez os exames solicitados?

Quais modificações você fez no ambiente?

Precisou ir ao pronto-socorro por causa da asma? O que pode ter desencadeado a crise? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Leve as receitas médicas para a consulta.

Você precisou ser internado por causa da asma? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Anote as datas da admissão e da alta. Leve as receitas e os relatórios médicos para a consulta.

Você teve alguma dúvida ou dificuldade para usar a medicação? Conte para nós como você está usando a medicação no dia da consulta. Não esqueça de levar todas as medicações e o espaçador.

Mês 10

1. Data da consulta médica: ___/___/____ Peso: Altura: SatO2: PA:

2. Sintomas de asma observados:

Nas últimas quatro semanas, a criança ou adolescente teve:	Sim	Não
Sintomas de asma (tosse, chiado ou falta de ar) durante o dia, mais de duas vezes por semana?		
Alguma limitação de atividade física por causa da asma (tosse, chiado ou falta de ar para brincar, correr, pular, rir)?		
Uso de medicações de alívio mais que duas vezes por semana?		
Algum despertar noturno ou tosse noturna por asma?		

3. Frequência das crises asmáticas:

4. Número de internações por crises de asma desde a admissão ao Programa de Asma HCB.

5. Sintomas no período intercrítico: () Sim. Quais: _____ () Não

6. Classificação da asma: () Controlada () Parcialmente controlada () Não controlada

7. Nota do ACT hoje:

8. Número da etapa de tratamento GINA:

9. Espirometria hoje:

() Normal () Alterada () Não conseguiu realizar as manobras () Não realizou

10. Outros problemas associados: () rinite () dermatite atópica () hipertrofia de adenoides
() alergia alimentar () refluxo gastroesofágico () não fez a vacinação recomendada
() obesidade () outros:

11. Problemas relacionados ao ambiente:

() Fumantes em casa () Poeira doméstica () Mofo
() Ausência de forro no teto () Casa em reforma () Vassoura
() Cortina de tecido () Tapete ou carpete () Pelúcia
() Colchão sem capa antiácaro () Produtos com odor intenso () Perfumes
() Travesseiro sem capa antiácaro () Animais de pelo ou pena

12. Escreva aqui as metas que você combinou com a equipe do Programa:

13. Liste qual (ou quais) medicação de prevenção foi prescrita para usar todos os dias:

14. Liste qual (ou quais) medicação de alívio foi prescrita quando tiver crise asmática:

- ✓ Não se esqueça de pegar as medicações antes do término!
- ✓ Anote neste caderno o dia em que iniciou cada medicação.

Veja uma das formas de se avaliar o nível de controle da asma.

Quadro 1: Teste de Controle da Asma após sua tradução para o português.

Teste de Controle da Asma
Nas últimas quatro semanas:
Q1 – A asma prejudicou suas atividades no trabalho, na escola ou em casa?
Nenhuma vez
Poucas vezes
Algumas vezes
Maioria das vezes
Todo o tempo
Q2 – Como está o controle da sua asma?
Totalmente descontrolada
Pouquíssimo controlada
Um pouco controlada
Bem controlada
Completamente controlada
Q3 – 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
Q4 – 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
Q5 – 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

*O escore do questionário é calculado a partir da soma dos valores de cada questão, que valem 1 a 5 pontos.

As respostas que indicam maior controle da asma devem receber maior pontuação. Dessa forma, o escore do questionário varia entre 5 e 25 pontos: quanto maior o escore, mais controlada é a asma.

MÊS 11

Escreva a(as) medicação(ões) de **prevenção** prescrita(s) para usar todos os dias:

No calendário abaixo, marque:

- nos dias em que houve **CRISE**
- nos dias em que precisou usar a **medicação de alívio** (salbutamol ou fenoterol, corticoide)
- nos dias em que teve **sintomas** de asma (tosse, chiado, falta de ar nos exercícios e outros), mesmo sem apresentar crise
- nos dias em que usou as **medicações de prevenção**

Mês 11 – USO DE MEDICAÇÃO DE PREVENÇÃO E SINTOMAS DE ASMA

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	Anote aqui o dia em que você iniciou o frasco novo da medicação de prevenção: ___/___/____			

Tomou as vacinas necessárias?

Fez os exames solicitados?

Quais modificações você fez no ambiente?

Precisou ir ao pronto-socorro por causa da asma? O que pode ter desencadeado a crise? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Leve as receitas médicas para a consulta.

Você precisou ser internado por causa da asma? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Anote as datas da admissão e da alta. Leve as receitas e os relatórios médicos para a consulta.

Você teve alguma dúvida ou dificuldade para usar a medicação? Conte para nós como você está usando a medicação no dia da consulta. Não esqueça de levar todas as medicações e o espaçador.

- Muitas vezes, seu(a) filho(a) vai precisar fazer alguns exames indicados pelos médicos da equipe. Um deles é a ESPIROMETRIA, que serve para avaliar a função do pulmão e não dói. Siga corretamente as orientações fornecidas no HCB quanto ao preparo desse exame.



MÊS 12

Escreva a(as) medicação(ões) de **prevenção** prescrita(s) para usar todos os dias:

No calendário abaixo, marque:

- nos dias em que houve **CRISE**
- nos dias em que precisou usar a **medicação de alívio** (salbutamol ou fenoterol, corticoide)
- nos dias em que teve **sintomas** de asma (tosse, chiado, falta de ar nos exercícios e outros), mesmo sem apresentar crise
- nos dias em que usou as **medicações de prevenção**

Mês 12 – USO DE MEDICAÇÃO DE PREVENÇÃO E SINTOMAS DE ASMA

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	Anotar aqui o dia em que você iniciou o frasco novo da medicação de prevenção: ___/___/____			

Tomou as vacinas necessárias?

Fez os exames solicitados?

Quais modificações você fez no ambiente?

Precisou ir ao pronto-socorro por causa da asma? O que pode ter desencadeado a crise? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Leve as receitas médicas para a consulta.

Você precisou ser internado por causa da asma? Anote os dias e os sintomas aqui. Precisou usar oxigênio? Anote as datas da admissão e da alta. Leve as receitas e os relatórios médicos para a consulta.

Você teve alguma dúvida ou dificuldade para usar a medicação? Conte para nós como você está usando a medicação no dia da consulta. Não esqueça de levar todas as medicações e o espaçador.

1 Ano de Programa de Asma:

1. Data da consulta médica: ___/___/____ Peso: Altura: SatO2: PA:

2. Sintomas de asma observados:

Nas últimas quatro semanas, a criança ou adolescente teve:	Sim	Não
Sintomas de asma (tosse, chiado ou falta de ar) durante o dia, mais de duas vezes por semana?		
Alguma limitação de atividade física por causa da asma (tosse, chiado ou falta de ar para brincar, correr, pular, rir)?		
Uso de medicações de alívio mais que duas vezes por semana?		
Algum despertar noturno ou tosse noturna por asma?		

3. Frequência das crises asmáticas:

4. . Número de internações por crises de asma desde a admissão ao Programa de Asma HCB:

5. Sintomas no período intercrítico: () Sim. Quais: _____ () Não

6. Classificação da asma: () Controlada () Parcialmente controlada () Não controlada

7. Nota do ACT hoje:

8. Número da etapa de tratamento GINA:

9. Espirometria hoje:

() Normal () Alterada () Não conseguiu realizar as manobras () Não realizou

10. Outros problemas associados: () rinite () dermatite atópica () hipertrofia de adenoides
() alergia alimentar () refluxo gastroesofágico () não fez a vacinação recomendada
() obesidade () outros:

11. Problemas relacionados ao ambiente:

() Fumantes em casa () Poeira doméstica () Mofo
() Ausência de forro no teto () Casa em reforma () Vassoura
() Cortina de tecido () Tapete ou carpete () Pelúcia
() Colchão sem capa antiácaro () Produtos com odor intenso () Perfumes
() Travesseiro sem capa antiácaro () Animais de pelo ou pena

12. Escreva aqui as metas que você combinou com a equipe do Programa:

13. Liste qual (ou quais) medicação de prevenção foi prescrita para usar todos os dias:

14. Liste qual (ou quais) medicação de alívio foi prescrita quando tiver crise asmática:

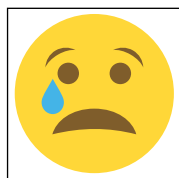
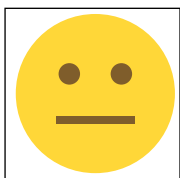
- ✓ Não se esqueça de pegar as medicações antes do término!
- ✓ Anote neste caderno o dia em que iniciou cada medicação.

__/__/__: _____

__/__/__: _____

__/__/__: _____

Como você está se sentindo em relação à sua participação no Programa?



Por quê?

