Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

GUIA DE BOLSO PARA O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E ADULTO COM ASMA DE FORTALEZA

PROAICA

Um Guia de Bolso para Profissionais da Atenção Primária à Saúde Atualização 2017

Baseado na Estratégia GINA e nas
Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma SBPT para
Tratamento e Prevenção da Asma

3ª edição

Autores

Márcia Alcântara de Holanda

Médica pneumologista – Membro da Comissão de Asma da Sociedade Cearense de Pneumologia e Cirurgia Torácica – (SCPCT)

Alexsandra Maia Alves

Médica pneumologista pediatra – Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – SMS – Fortaleza

Gerardo Ribeiro Macêdo Alves

Farmacêutico Coordenador e Executor de ações farmacêuticas do PROAICA – 2014

Apoio

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
Joana Angélica Paiva Maciel

Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde
Anamaria Cavalcante e Silva

Célula de Atenção às Condições Crônicas
Sandra Solange Leite Campos

Célula de Atenção Primária à Saúde
Rui Gouveia Soares

Sociedade Cearense de Pneumologia e Tisiologia – SCPCT
Mara Rúbia Fernandes Figueiredo

Colaboração

Joana Rafaela Albuquerque Silva
José Eugênio Leão Braga Júnior
Michele Montier Freire do Amarante

Agradecimentos

Rafael Stelmach

ÍNDICE

Prefácio	04
O que é asma?	05
Como se faz o diagnóstico de asma?	05
Que outras doenças podem causar sintomas semelhantes?	05
Como avaliar o paciente com asma	06
Como é feito o tratamento?	07
Quando iniciar o tratamento para asma?	07
Quais as medicações e doses a serem prescritas?	07
Observações importantes sobre as medicações	09
Como controlar uma crise de Asma?	09
Como conduzir o tratamento mantendo o controle?	10
O paciente pode ter alta?	10
Atenção para considerações importantes – Comorbidades	10
Manejo de Asma pela Equipe de Saúde da Família e NASF	11
Anexo 1 – Manejo nos maiores de 5 anos e adultos	12
Anexo 2 – Manejo nas crianças menores de 5 anos	12
Anexo 3 – Técnica inalatória	13
Anexo 4 – Como confeccionar um espaçador artesanal	14
Anexo 5 – Tabela de equivalência de dose do corticoide inalatório	15
Anexo 6 – Teste de Controle de Asma (ACT)	15
Anexo 7 – Manejo da Rinite	16
Anexo 8 – Limpeza e Manutenção dos Espaçadores	16
Referências bibliográficas	19
Links importantes	19

PREFÁCIO

A asma ainda é um importante problema de Saúde Pública. Atinge pessoas de ambos os sexos em todas as idades. Sua prevalência é elevada e ainda cresce em alguns países, girando em torno de 10% da população, sendo mais acentuada em crianças. Além do mais, a doença representa um fardo muito pesado para o paciente, seus familiares, a sociedade e o serviço público de saúde. Entretanto, é passível de controle.

Foi com a percepção desses fatos e com o intuito de controlar a doença em Fortaleza, que um grupo de profissionais da saúde, originários da Universidade Federal do Ceará (UFC), Sociedade Cearense de Pneumologia e Cirurgia Torácica (SCPCT) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), criaram o Programa de Atenção Integral à Criança com Asma de Fortaleza (PROAICA) em 1996.

Algumas cidades brasileiras, inclusive Fortaleza, possuem programas exitosos de controle da asma de vários formatos e extensões.

Embora não tenha sido institucionalizado, o programa se manteve ativo em algumas unidades de saúde do município, sempre desenvolvido por profissionais voluntários e comprometidos com o controle dessa doença até 2013. A partir de então, numa atitude política da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, o PROAICA criado em 1996, que atendia apenas a crianças, passou a incluir adultos em seu atendimento em todas as unidades de atendimento da cidade. Essa ação deveu-se à capacitação voluntária de inicialmente, 462 profissionais de saúde do município, com relação ao manejo seguro da asma na atenção primária. Atualmente, temos um total de 2229 profissionais capacitados em toda a Atenção Básica do Município.

Esse manual tão prático e objetivo, foi fruto de sugestões de vários profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) durante capacitações itinerantes, onde se discutia as orientações da Global Initiative in Asthma – GINA, adaptadas para a realidade local. Portanto, foi produzido para todos que lidam com a doença na atenção primária da SMS, podendo ser extrapolado para outras cidades do Brasil, devendo ser usado sempre que houver a necessidade de dirimir dúvidas ou conferir habilidades no manejo da doença.

É uma honra passar esse produto de um trabalho coletivo para você que deseja cuidar de maneira individualizada de cada asmático que chegue à sua unidade de saúde.

Fortaleza, maio de 2017.

Márcia Alcântara Holanda

O QUE É ASMA?

A asma é definida pela história clínica de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse que variam em tempo e intensidade, resultante de limitação ao fluxo aéreo. Trata-se de uma doença heterogênea, geralmente caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas.

COMO SE FAZ O DIAGNÓSTICO DE ASMA?

Pela História clínica:

Sintomas episódicos de falta de ar, chiado, aperto no peito e tosse que melhoram espontaneamente ou com broncodilatadores (salbutamol ou fenoterol) e pioram a noite ou com esforços. Podem ser desencadeados por infecções virais, fumaça de cigarro, poeira domiciliar e ocupacional, produtos químicos voláteis, fatores emocionais, baratas, fungos, etc.
Nas crianças, o sintoma mais importante pode ser a tosse seca persistente e incomodativa, mesmo sem sinais de infeção de vias aéreas superiores. A história de pais asmáticos e/ou dermatite atópica corroboram o diagnóstico em menores de 4 anos.

Pela espirometria

A confirmação do diagnóstico se faz pela espirometria, possível apenas em maiores de seis anos. Observa-se padrão ventilatório obstrutivo que após o uso de broncodilatador (BD) mostra aumento do VEF1 de 200ml ou 12% em relação ao pré BD ou 200ml e 7% em relação ao predito.

Nem sempre existe a disponibilidade de espirometria para todos os pacientes com suspeita de asma na Atenção Primária (AP). Nesse caso, o médico deve avaliar a necessidade de iniciar a medicação e reavaliar a resposta terapêutica no máximo um mês depois.

QUE OUTRAS DOENÇAS PODEM SER CONFUNDIDAS?

Diagnóstico diferencial de asma
Crianças menores de 5 anos: Rinossinusite; doença pulmonar crônica da prematuridade, malformações congênitas; fibrose cística; discinesia ciliar; bronquiolite obliterante; síndromes aspirativas crônicas, laringomalácea; tuberculose, cardiopatias congênitas, imunodeficiências.
Adolescentes e adultos: Rinossinusite, DPOC, síndrome de hiperventilação alveolar, síndrome do pânico, disfunção de cordas vocais, neoplasias, insuficiência cardíaca, hipertensão pulmonar e embolia.

COMO AVALIAR O PACIENTE COM ASMA?

Dois aspectos devem ser levados em consideração: Classificar o paciente quanto ao nível de **controle dos sintomas clínicos** referentes às últimas 4 semanas e avaliar os **riscos para pobres resultados,** principalmente exacerbações (idas a emergência por crise, uso de corticoide oral e internações).

CLASSIFICAÇÃO PELO NÍVEL DE CONTROLE

Nas últimas 4 semanas o paciente teve	CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE CONTROLE
Sintomas diurnos mais que 2 x semana**?	**CONTROLADA** Não em todas as respostas
Necessidade de medicação de alívio mais que 2 x semana**?	**PARCIALMENTE CONTROLADA** Sim a 1 ou 2 respostas
Qualquer despertar noturno por asma?	
Alguma limitação de atividade?	**NÃO CONTROLADA** Sim a 3 ou 4 respostas

** Em crianças abaixo dos 5 anos onde se lê **"2 vezes por semana"** deve ser **"1 x semana"**.

FATORES DE RISCO PARA EXACERBAÇÕES
Intubação ou ida a UTI alguma vez na vida Pelo menos 1 exacerbação grave no último ano Asma não controlada Uso de mais de uma unidade de broncodilatador /mês (> 200 doses) Problemas socioeconômicos ou psicológicos graves Exposição ambiental e fumo ativo ou passivo Comorbidades (obesidade, rinossinusite, alergia alimentar confirmada) Gravidez Baixo VEF1 (< 60%) na espirometria Problemas com o uso da medicação (técnica inalatória, adesão)

COMO É O TRATAMENTO?

Existem dois tipos de medicações:
Medicações de resgate – Indicadas para o alívio imediato dos sintomas. São os beta agonistas de curta ação (Salbutamol e Fenoterol).
Medicações de manutenção - Visam o controle dos sintomas e a redução do risco para as exacerbações. Os principais são os corticosteroides inalatórios (Beclometasona, Budesonida, Fluticasona, Ciclesonida, etc). Em associação utilizam-se outras drogas como os beta agonistas de longa duração (Formoterol, Salmeterol, Vilanterol), antileucotrienos (Montelucaste, Zafirlucaste), anticolinérgicos de longa duração (Tiotrópio), anticorpos monoclonais (anti-IgE - Omalizumabe) e anti-IL5 -Mepolizumabe.
Essas medicações estão disponíveis em diferentes dispositivos inalatórios (nebulímetros, aerolizer, handihaler, respimat, diskus, etc).
Aqui só abordaremos as medicações disponíveis na atenção primária.
O tratamento é organizado em etapas **(Anexo 1 e 2).**

QUANDO INICIAR O TRATAMENTO PARA ASMA?

No último mês: Necessidade de medicação de resgate>2x/semana, despertar noturno.
No último ano: Exacerbação grave.
Alguma vez na vida: Necessidade de UTI por asma.
Quando os sintomas são perturbadores na maioria dos dias e despertar noturno ocorre pelo menos 1x/semana, indica-se fazer, pelo menos, etapa 3 ou 4.
Nas crianças com diagnóstico de asma, iniciar o tratamento quando ocorrer três ou mais exacerbações/ano ou episódios de sibilância a cada 6-8 semanas ou 1 crise grave com necessidade de UTI.
Todos os pacientes devem ser orientados para o uso de medicação de resgate quando tiverem sintomas.
Se estes sintomas ocorrerem menos que 2x/mês, sem despertar noturno e sem fatores de risco para exacerbações, não precisa iniciar o tratamento de manutenção, apenas orientar o manejo dos sintomas.

QUAIS AS MEDICAÇÕES E DOSES A SEREM PRESCRITAS?

As medicações disponíveis na atenção primária são essas:

Beclometasona HFA 50mcg spray oral ou equivalente

1 puff 2 x ao dia (etapa 2 em qualquer faixa etária)

2 puff 2 x ao dia (etapa 3 < 12 anos e etapa 2 nos > 12 anos e adultos)

Beclometasona HFA 200mcg spray oral ou equivalente

1 a 2 puff 2 x ao dia (etapa 3 em adultos)

Beclometasona HFA 250mcg spray oral ou equivalente

1 puff 2 x ao dia (etapa 3 nos > 12 anos e adultos)

Salbutamol spray oral – 3-4 puff até de 4/4 h se crise de tosse persistente, chiado ou falta de ar.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES SOBRE AS MEDICAÇÕES

Procure ver qual a apresentação disponível na sua unidade.

Todas as medicações acima citadas podem ser adquiridas **gratuitamente** em farmácias particulares conveniadas com o **Programa "Aqui Tem Farmácia Popular"**. Para isso, é necessário que o paciente leve sua identidade e CPF e a receita carimbada e assinada contendo o endereço do paciente e da instituição emitente. Se criança, é necessário registro da mesma e documentos de um dos pais (ou pessoa com guarda judicial).

A dose máxima da Beclometasona recomendada pelo fabricante é 400 mcg/dia para crianças e 800 mcg/dia para adultos.

O PROAICA sugere que o uso do Beclometasona – ou equivalente – seja precedido de dois puff de 100mcg de salbutamol (broncodilatador de alívio).

SEMPRE ORIENTAR A TÉCNICA CORRETA DO USO DO DISPOSITIVO INALATÓRIO A CADA PRESCRIÇÃO! **(Anexo 3)**

Sempre higienizar a boca após a administração de corticoide inalatório para evitar dentre outros efeitos, a monilíase oral.

Crianças abaixo de 7 anos ou que não conseguem prender a respiração, idosos ou pacientes debilitados física ou mentalmente devem usar ESPAÇADOR. Veja se existe disponível na sua unidade. Se indisponível, oriente a fabricação de espaçador artesanal, também efetivo **(Anexo 4).**

A tabela de equivalência de dose do corticoide inalatório está no **Anexo 5.**

COMO CONTROLAR UMA CRISE DE ASMA?

Em casa

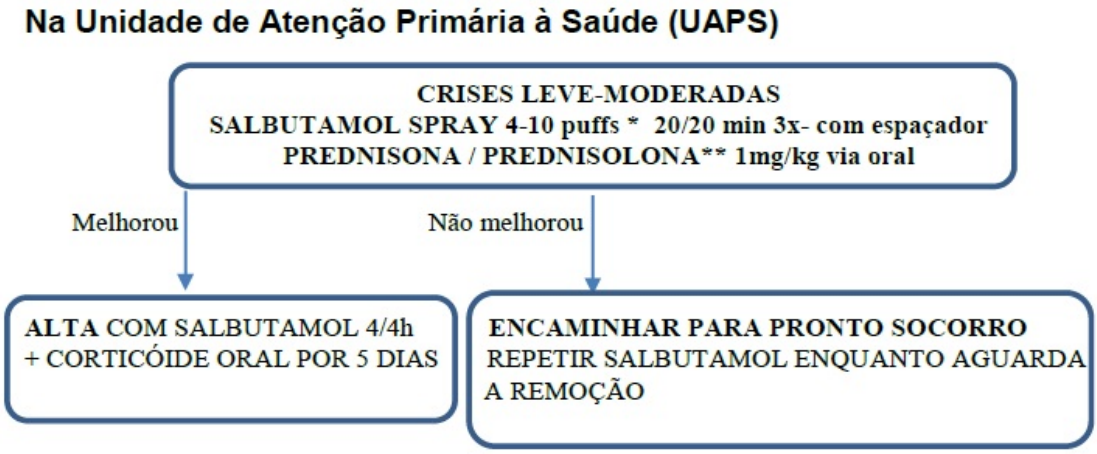
O profissional deve sempre orientar o paciente como conduzir uma crise que venha a se iniciar em casa. Chamamos de Plano de Ação. Usa-se broncodilatador **Salbutamol 100mcg spray oral – 3-4 puff** se estiver com falta de ar, chiado ou aperto no peito e tosse seca. Deve ser prescrito na receita junto ao tratamento de uso contínuo (Beclometasona)

Iniciar logo no início da crise. Não esperar a crise piorar.

Iniciar com 3 puff de 20 (vinte) em 20 (vinte) minutos, até 3 (três) vezes e manter 3 puff de 4 (quatro) em 4 (quatro) horas se não houver melhora até a resolução completa dos sintomas.

Continuando a crise após a 1ª (primeira) hora usando Salbutamol 100mcg, iniciar Prednisona ou Prednisolona (corticosteroide oral)

Se não houver melhora, procurar urgente o Pronto Socorro (ver quadro abaixo)



Observações importantes

Crises graves e com risco de vida devem ser encaminhadas **imediatamente** ao Pronto Socorro – com maior suporte – mas já inicia conduta com **SALBUTAMOL** e **CORTICOIDE ORAL** enquanto aguarda a remoção.

Todas as UAPS têm disponíveis os kits de emergência da Asma. Confira o kit da sua unidade!

A dose do salbutamol pode ser aumentada obedecendo 1 puff para cada 3 kg, ao máximo de 10 puff por vez.

A dose do corticoide oral é 1-2 mg/kg no máximo 40 mg/dia.

Se houver disponível na unidade também é recomendado oximetria de pulso e suporte de O2 se SatO2< 93% (adultos) e 95% (crianças) enquanto se aguarda remoção para unidade de maior suporte.

COMO CONDUZIR O TRATAMENTO MANTENDO O CONTROLE?

PELAS CONSULTAS DE SEGUIMENTO

Reavaliar o paciente a cada três meses, sendo que pode manter, diminuir ou aumentar a etapa do tratamento pela classificação do nível de controle da asma, conforme citado na página 7. Considerar também os fatores de riscos para exacerbações.

Asma controlada →Baixar a etapa até a menor dose de Beclometasona possível.

Asma parcialmente controlada→ Manter ou aumentar a etapa.

Asma não controlada → Aumentar a etapa.

Um instrumento de fácil manejo que pode ser utilizado para o seguimento dos pacientes é o Questionário ACT **(Anexo 6)**

ANTES DE AUMENTAR A ETAPA, VERIFICAR A ADESÃO, USO CORRETO DO MEDICAMENTO E DOS DISPOSITIVOS ALÉM DO CONTROLE AMBIENTAL. NUNCA DIMINUIR ETAPA NA VIGÊNCIA DE INFECÇÃO DE VIAS RESPIRATÓRIAS.

O PACIENTE PODE TER ALTA?

Suspender o tratamento somente em crianças, quando estiver pelo menos 1 (um) ano assintomática e tendo alcançado a mínima dose do medicamento. Orientar que a asma pode reincidir (não tem cura).
Nos adultos, não se recomenda suspender a medicação, apenas manter a menor dose para o melhor controle.
Pacientes que não conseguem o controle da asma com dose alta de corticosteroide inalatório, mesmo com o uso diário e correto dos medicamentos **devem ser referenciados a um especialista. Veja as unidades de referência disponível na sua rede de atenção.**

ATENÇÃO PARA CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES – COMORBIDADES

Verificar comorbidades como rinite, doença do refluxo gastroesofágico e obesidade. Esses fatores são importantes para o controle da doença, necessitando de tratamento concomitante com o da asma.
As medicações disponíveis nas UAPS e as doses estão no **Anexo 7.**

MANEJO DA ASMA PELA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

O PROAICA preconiza a assistência integral e multidisciplinar, sendo que cada unidade pode determinar os profissionais responsáveis pela atividade ou a mesma pode ser coletiva, desde que todas sejam executadas.

FAZENDO: PRÉ – CONSULTA/ PÓS – CONSULTA

1) AVALIANDO A ADESÃO *(Sugestão: Enfermeiro e/ou Farmacêutico)*

1.1 Está usando a medicação diariamente? Mostrar os frascos de Beclometasona e Salbutamol (do próprio paciente se tiver trazido e se não, usar o da unidade) e pedir o paciente/cuidador para apontar qual delas usa diariamente.
1.2 Colocar o frasco do Beclometasona no recipiente com água para estimar a quantidade.
1.3 Orientar limpeza dos espaçadores **Anexo 8.**
1.4 Orientar sobre o papel das farmácias conveniadas com a farmácia popular.

2) AVALIANDO A TÉCNICA *(Sugestão: Enfermeiro e/ou Farmacêutico e/ou Assistente Social e/ou Técnico de Enfermagem e/ou ACS)*

2.1 Está usando da forma correta?
Perguntar: Você pode me mostrar como está usando?
Pedir para demostrar exatamente como usa em casa: Expirar, colocar a bombinha na boca ou próximo, apertar e sugar, prender a respiração por 10 segundos. Lavar a boca após. Se criança, pedir a mãe para fazer com o espaçador.

3) ORIENTANDO O PLANO DE AÇÃO *(Sugestão: Enfermeiro e/ou Farmacêutico)*

3.1 O plano de resgate está correto?
Pergunta: O que você faz quando começa a tosse insistente, falta de ar e cansaço?
A resposta deve ser que assim que começar a crise já inicia o Salbutamol. Fazer de 20 (vinte) em 20 (vinte) minutos 3 vezes ao todo, se não passar, fazer novamente e administrar o corticosteroide oral, se não resolver, vai para a emergência.
Demostrar se a técnica está correta: cada “bombada” (PUFF) aguardar 10 (dez) segundos.
Lembrar ao paciente para sempre andar com a bombinha aonde ele for (levar para escola, trabalho, etc).

4) AVALIANDO O AMBIENTE *(Sugestão: Agente de Saúde e/ou Enfermeiro)*

Questionar sobre fumantes, animais, limpeza, tapete, cortina, pelúcia, colchão, ventilador.

ANEXO 1 – MANEJO NOS MAIORES DE 5 ANOS E ADULTOS.

Manejo em Adultos e crianças maiores de 5 anos. (GINA,2017)

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4	ETAPA 5
	CI* dose baixa	CI dose baixa + LABA**	CI dose média ou alta + LABA	Referenciar para adicionar Tiotrópio Anti-IgE Anti-IL5
Considerar dose baixa de CI	Antileucotrieno	CI dose média/alta CI dose baixa de + antileucotrieno	Adicionar Tiotrópio CI dose alta + antileucotrieno	Adicionar dose baixa de corticoide oral
***B2 DE CURTA DE RESGATE				

Siglas:
CI = Corticosteroide inalatório
LABA = Long acting beta 2 agonist (Sigla em inglês para B2 agonista de longa duração).
*No SUS temos disponível a beclometasona HFA no dispositivo inalador pressurizado.
**No SUS temos disponível (apenas nos hospitais de referência), o formoterol associado a budesonida em cápsulas para inalação.
***No SUS temos disponível o Salbutamol em inalador pressurizado.
Obs.: Pacientes na etapa 3, 4 ou 5 podem usar dose baixa de corticoide inalatório + formoterol nas crises ou B2 agonista de curta.

ANEXO 2 – MANEJO NAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
	CI dose baixa	CI dose dobrada	REFERENCIAR Adicionar antileucotrieno Aumentar a frequência do CI Adicionar CI intermitente
	Antileucotrieno CI intermitente	CI baixa dose + Antileucotrieno	
B2 DE CURTA DE RESGATE			

ANEXO 3-TÉCNICA INALATÓRIA



1. Agitar o nebulímetro
2. Expirar
3. Colocar o nebulímetro na boca envolvendo todo o lábio para não deixar escapar o ar
4. Inspirar
5. Manter a respiração presa contando 10 segundos mentalmente ou com os dedos. No YouTube, você pode assistir vários vídeos explicando a técnica.
6. Repetir o procedimento, se necessário



Se usar espaçador

1. Agitar o nebulímetro
2. Encaixá-lo no espaçador
3. Encaixar o espaçador no rosto da criança
4. Acionar (apertar)
5. Contar 10 segundos ou respirações
6. Repetir o procedimento se necessário
7. Higienizar a boca e rosto

ANEXO 4-COMO CONFECCIONAR UM ESPAÇADOR ARTESANAL

	
Recortar o fundo de uma garrafa PET pequena	**Esquentar a boca da garrafa em água fervente para que o plástico fique maleável**
	
Moldar o dispositivo na boca da garrafa amolecida e encaixar. Cobrir o fundo cortado com esparadrapo ou fita adesiva.	**Agora é só usar!!**

ANEXO 5-TABELA DE EQUIVALÊNCIA DE DOSE DO CI

Beclometasona HFA	DOSES		
	BAIXA	MÉDIA	ALTA
Crianças (<5 anos)	100µg	200µg	-
Crianças (5 a 11 anos)	50-100µg	>100-200µg	>200µg
Adolescentes e Adultos (>12 anos)	>100-200µg	>200-400µg	>400µg

ANEXO 6
Teste de Controle de Asma (ACT)

Asthma Control Test (ACT)

1 En las **últimas 4 semanas**, ¿durante cuánto tiempo le ha impedido el **asma** completar sus actividades habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 A veces 4 Pocas veces 5 Nunca PUNTUACIÓN

2 Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha notado que le faltaba el aire?
1 Más de una vez al día 2 Una vez al día 3 De 3 a 6 veces por semana 4 Una o dos veces por semana 5 Nunca PUNTUACIÓN

3 Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia le han despertado por la noche o más temprano de lo habitual por la mañana sus síntomas de **asma** (sibilancias / pitidos, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor)?
1 4 noches o más por semana 2 De 2 a 3 noches por semana 3 Una vez por semana 4 Una o dos veces 5 Nunca PUNTUACIÓN

4 Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha utilizado su inhalador de rescate (por ej., Salbutamol, Ventolin®, Terbasmin®)?
1 3 veces o más al día 2 1 ó 2 veces al día 3 2 ó 3 veces por semana 4 Una vez por semana o menos 5 Nunca PUNTUACIÓN

5 ¿Hasta qué punto diría que su **asma** ha estado controlada durante las **últimas 4 semanas**?
1 Nada controlada 2 Mal controlada 3 Algo controlada 4 Bien controlada 5 Totalmente controlada PUNTUACIÓN

Quando a somatória das respostas das 5 questões for:
Menor que 20: Asma Não Controlada
De 20 à 24: Parcialmente Controlada
25: Asma Controlada

ANEXO 7 – MANEJO DA RINITE

Avaliar sintomas como espirros frequentes, prurido nasal, obstrução, rinorreia desencadeados por agentes ambientais como poeira, mudança de temperatura, etc.
As vezes, são crianças que “vivem gripadas” mas não tem febre nem comprometimento geral.
Nos sintomas persistentes de rinite ou naqueles onde prevalece a obstrução nasal fazer corticoide nasal (a partir de 2 anos).

Medicamentos disponíveis:
>2anos: Mometasona – 1 jato em cada narina 1 x ao dia
≥4 anos: Budesonida spray 50mcg – 1 jato em cada narina 1 a 2 x ao dia
≥ 6 anos: Beclometasona spray nasal 50mcg – 1 jato 1 a 2 x ao dia

Não fazer corticoide nasal em <2 anos. Pode usar Cromoglicato – 11 gotas em cada narina 3 a 4 x ao dia.

Sempre orientar lavagem nasal com solução isotônica e/ou hipertônica e antes de aplicar o corticoide. Estimular esse hábito para todos os pacientes independente da medicação.
Lembrar do sentido do jato que é no lateral (risco de perfuração do septo nasal se usado ao contrário).

No resgate das crises de espirros e prurido nasal fazer nas crianças a partir de 2 anos
Loratadina 5ml 1 x dia nos < 30 kg e 10 ml ou 1 cp 1 x dia nos > 30 kg.

ANEXO 8
LIMPEZA E MANUTENÇÃO DOS ESPAÇADORES

NA UNIDADE DE SAÚDE – Espaçadores de uso comunitário

Materiais necessários: Espaçador universal; nebulímetro de broncodilatador; máscara; Luvas de procedimento, Recipiente plástico opaco com tampa.

Principais atividades:

- Limpar mesas e bancadas com álcool a 70%;
- Checar se a pia encontra-se completa com: água, sabão líquido, papel toalha, cesto de lixo forrado com saco plástico preto (lixo comum) com tampa de acionamento por pedal ou lixeira sem tampa;
- Lavar as mãos e colocar luvas de procedimento;
- Informar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
- Remover tampa de nebulímetro (bombinha);
- Agitar o nebulímetro (bombinha) cerca de dez vezes (Figura 1);
- Acoplar o nebulímetro (bombinha) ao espaçador;
- Posicionar o paciente com o tronco ereto;
- Posicionar máscara na face do paciente;
- Pressionar a parte superior do nebulímetro (bombinha) (Figura 2) e contar dez movimentos de inspiração e expiração ou dez segundos, repetir procedimento conforme prescrição médica.

- Recolher o material;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Ao final do expediente proceder a limpeza e desinfecção das máscaras usadas durante o turno: lavar e submergir em solução de hipoclorito a 1% durante 30 minutos;
- Enxaguar com bastante água potável e secar ao ambiente;
- Este espaçador só poderá ser reutilizado após duas horas (2 h) da retirada do mesmo da solução de hipoclorito a 1%, para que venha a diminuir os efeitos do cloro sobre o medicamento.
- A solução de hipoclorito a 1% tem validade de 12 horas e todo material imerso deve estar bem seco para evitar a sua rediluição com consequente alteração da concentração do princípio ativo – cloro.
- Detergente enzimático tem ação sobre a matéria orgânica, com alta penetração, sendo atóxico, não corrosivo, pH neutro e não iônico.
- Armazenar em depósito plástico opaco com tampa;
- Manter a solução em depósito plástico opaco e fechado;
- Lavar o recipiente diariamente com água e sabão, enxaguar e secar no momento da troca de solução;
- Identificar o recipiente com: nome, data e hora da troca;
- Descartar máscaras sempre que apresentarem falha em sua integridade;
- Lavar as mãos.

CÁLCULO DA DILUIÇÃO DO HIPOCLORITO

Para calcular o volume que deve ser retirado de uma destas soluções e obter uma nova solução em concentração diferente, emprega-se a fórmula:

Vr = (Cf x Vf)/Ci

Onde:
Vr = volume em mililitro a ser retirado da solução que se dispõe no hospital
Cf = concentração final da solução que se quer preparar (em % ou ppm)
Vf = volume final em mililitros que se quer obter
Ci = concentração inicial da solução que se dispõe no hospital

Exemplo: preparar 1 litro de solução de hipoclorito de sódio a 1% (10.000 ppm), a partir de uma solução a 2,5% (25.000 ppm):
Vr = (Cf x Vf)/Ci
Vr = (1% x 1000 mL)/2,5% = 1000/2,5 = 400 mL (retirar 400 mL da solução de hipoclorito a 2,5% e acrescentar a 600 mL de água para obter 1 litro da solução a 1%).

ORIENTAÇÕES PARA HIGIENIZAÇÃO DO ESPAÇADOR NO DOMICÍLIO

1. A limpeza deve ser feita a cada 7 dias, utilizando água e detergente neutro. Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente;
2. Mergulhar a câmara do espaçador em solução de água com detergente neutro (2 gotas para cada litro de água) por 30 minutos. Durante este período, deixar as outras partes secando naturalmente;
3. Enxaguar tudo em água corrente, as partes internas e externas;
4. Colocar para secar ao ar livre;
5. Guardar o espaçador montado em recipiente tampado;
6. Não utilizar escovinhas nem buchas ao lavar o espaçador.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Cadernos de atenção básica no 25. Brasília: Ministério da Saúde; 2010

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for asthma management and prevention, 2017

Global Initiative for Asthma (GINA). Guia de Bolso para Tratamento e Prevenção da Asma: para Adultos e Crianças com mais de 5 anos. Resumo direcionado aos profissionais da atenção primária à saúde para utilizar em conjunto com relatório principal – 2014.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma – 2012.J Bras Pneumol. 2012;38(supl.1):S1-S46.

LINKS IMPORTANTES:

http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_200_70_38_completo_versao_corrigida_04-09-12.pdf

http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Pocket_Portuguese2014.pdf

http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/

http://www.ginabrasil.com.br ou http://www.ginanobrasil.com.br

http://www.scpt.org.br/

https://www.fortaleza.ce.gov.br/institucional/a-secretaria-327