

APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

Objetivos educacionais da unidade

Aqui, abordaremos como conduzir o paciente portador de asma para que permaneça no domicílio clinicamente estável e confortável. Serão tratados os seguintes aspectos:

- conceito e epidemiologia da asma
- diagnóstico e avaliação da asma;
- manejo dos pacientes portadores de asma;
- orientações ao cuidador e plano de alta;
- reconhecimento de quando a equipe deve referenciar o caso para uma unidade de saúde.

CASO CLÍNICO



Joana é uma adolescente de 19 anos, com antecedentes de paralisia cerebral. Há um mês apresentou quadro de infecção respiratória e desde então vem sendo acompanhada pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). A infecção respiratória e desde então vem sendo acompanhada pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). A infecção respiratória foi tratada, mas na última visita domiciliar, a sua mãe, Fabíola, relatou que, na última semana, a filha acordou duas vezes à noite, com tosse seca e respiração "ofegante". Como Joana já havia apresentado episódio semelhante anteriormente, Fabíola administrou a "bombinha" que tinha em casa por duas noites e ainda necessitou administrar a mesma medicação por mais três dias,

durante as manhãs. Fabíola relata que Joana melhora com o uso da “bombinha”. Nega febre e outros sintomas.

Joana mora com sua mãe, Fabíola, seu pai, Timóteo, e um irmão de cinco anos. Na última semana, o domicílio da família estava sendo reformado. Timóteo é fumante e tinha asma na infância.

O QUE É ASMA?

A asma é uma doença inflamatória, crônica, das vias aéreas, caracterizada por hiperresponsividade brônquica, que leva a episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse, principalmente à noite ou no início da manhã (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2012; LENZ et al., 2012). Esses episódios são consequência da obstrução do fluxo aéreo intrapulmonar generalizado e variável, sendo reversíveis espontaneamente ou com o tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2012; LENZ et al., 2012).

É uma condição crônica comum, que afeta crianças e adultos. No mundo, a prevalência média encontra-se em torno de 11,6 % em crianças e 13,7 % em adolescentes. No Brasil, a prevalência é de cerca de 20% em ambas as faixas etárias (LENZ et al., 2012).

A asma encontra-se entre os 20 principais motivos de consulta na Atenção Primária à Saúde (APS), e, apesar do declínio dos casos de hospitalização por asma, no período de 2000 a 2010, em 2011, a doença foi a 4ª causa de hospitalização (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2012; LENZ et al., 2012). Os gastos com asma grave consomem 25% da renda familiar das classes menos favorecidas, sendo que esse valor, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, não deve ultrapassar 5% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2012).

COMO DIAGNOSTICAR E AVALIAR?



Atenção

O diagnóstico clínico de asma é sugerido por um ou mais dos seguintes sintomas: dispneia, tosse crônica, sibilância, opressão ou desconforto torácico, principalmente à noite ou no início da manhã.

A variabilidade dos sintomas, o desencadeamento dos sintomas por irritantes inespecíficos (fumaça, odores fortes e exercício) ou por aeroalérgenos (ácaros e fungos), a piora dos sintomas

à noite e a melhora espontânea ou após o uso de medicações específicas para asma são manifestações que sugerem fortemente o diagnóstico clínico de asma.

O diagnóstico de asma é fundamentalmente clínico e pode ser feito sem o auxílio de exames complementares (LENZ et al., 2012). Nos casos de achados clínicos atípicos, de sintomas compatíveis isolados ou quando não há resposta satisfatória após o tratamento, exames adicionais podem ser recomendados: espirometria (antes e após o uso de broncodilatador), testes de broncoprovocação e medidas seriadas de Pico de Fluxo Expiratório (PFE) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2012).



Saiba mais...

Clique [aqui](#) para saber como analisar a espirometria e as medidas do PFE (PEREIRA, 2002).

Continuação do caso clínico

Ao exame, Joana apresenta-se ativa, dispneica e com sibilos discretos à expiração.

O exame físico do asmático geralmente é inespecífico. Importante ressaltar que sibilo indica obstrução do fluxo aéreo, mas pode não estar presente em todos os pacientes. No entanto, sibilância na ausculta pulmonar é o ruído respiratório de achado mais frequente, algumas vezes apenas presente à expiração forçada, manobra que pode ser adicionada ao exame físico. Outros sinais de disfunção respiratória podem estar presentes: taquipneia, uso de musculatura acessória, tiragem intercostal e supraclavicular, batimentos de asa do nariz, diminuição da intensidade do sibilo, tempo expiratório prolongado, cianose e alteração do nível de consciência, sendo que esses últimos indicam crises de asma grave.



Saiba mais

Em crianças menores de cinco anos, devido à dificuldade de se realizarem testes objetivos, os aspectos clínicos serão a base para o diagnóstico. Importante lembrar que 50% das crianças apresentam, pelo menos, um episódio de sibilância nos primeiros anos de vida, mas a maioria delas não desenvolve asma. Para evitar um diagnóstico precipitado de asma em uma criança com um ou dois episódios de sibilância ou se retardar o início de tratamento de uma criança asmática, é fundamental se realizar uma avaliação cuidadosa que inclua sintomas, evolução da doença, antecedentes familiares e exame físico.

Em criança, as manifestações clínicas mais sugestivas de asma são:

- episódios frequentes de sibilância mais de uma vez por mês;
- tosse ou sibilos que ocorrem à noite ou cedo pela manhã, provocados por risos, choro intenso ou exercício físico;
- tosse sem relação evidente com viroses respiratórias;
- presença de atopia (predisposição para produzir anticorpos da classe IgE contra alérgenos ambientais), principalmente dermatite atópica e rinite alérgica;
- história familiar de asma e atopia;
- boa resposta clínica a β -2 agonistas inalatórios, associados ou não a corticoides orais ou inalatórios.



Para profissionais enfermeiros

Principais diagnósticos de enfermagem

O enfermeiro deve estar preparado para avaliar um paciente com asma, interpretando os sinais e sintomas e os comprometimentos potenciais, que levam aos principais diagnósticos de enfermagem (NANDA INTERNATIONAL, 2013; DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009; CARPENITO-MOYET, 2005; JOHNSON, MAAS, MOORHEAD, 2004):

- **Padrão respiratório ineficaz**

É o estado em que o indivíduo apresenta perda real ou potencial da ventilação adequada

Características definidoras:

- Relatos de dispneia;
- Alteração na frequência ou padrão respiratório;
- Alteração da frequência cardíaca (podendo alterar também o ritmo);
- Uso de musculaturas acessórias.

- **Troca de gases prejudicada**

É o estado em que o indivíduo apresenta diminuição real ou potencial da passagem dos gases (oxigênio e gás carbônico) entre os alvéolos e sistema vascular.

Características definidoras:

- Dispneia aos esforços;
- Prefere posições sentadas;
- Cianose;
- Irritabilidade (agitação).

COMO MANEJAR NA ATENÇÃO DOMICILIAR?

O objetivo da equipe no acompanhamento de uma criança ou adulto com asma é apoiar essas pessoas na manutenção da qualidade de vida, o que inclui o controle da doença, ou seja, controlar os sintomas, manter a melhor função pulmonar possível, prevenir as crises, monitorar os efeitos adversos dos medicamentos e prevenir a morbimortalidade por essa enfermidade.

O manejo da asma inclui condutas não farmacológicas e farmacológicas. A equipe deverá avaliar o nível de controle da asma (veja o quadro a seguir), essencial para definir o manejo da doença. O controle das limitações clínicas deve ser avaliado em relação às últimas quatro semanas e inclui informações sobre sintomas, necessidade de medicação de alívio, limitação de atividade física e intensidade da limitação do fluxo aéreo. Esses parâmetros permitem classificar a asma quanto ao controle clínico atual em três grupos: asma controlada, asma parcialmente controlada e asma não controlada.

Níveis de controle da asma

Avaliação do controle clínico atual (preferencialmente nas últimas quatro semanas)			
Parâmetros	Asma controlada <small>Todos os parâmetros abaixo</small>	Asma parcialmente controlada <small>Um ou dois dos parâmetros abaixo</small>	Asma não controlada <small>Três ou mais dos parâmetros da asma parcialmente controlada</small>
Sintomas diurnos	Nenhum ou ≤ 2 por semana	Três ou mais por semana	—
Limitação de atividades	Nenhuma	Qualquer	—
Sintomas/despertares noturnos	Nenhum	Qualquer	—
Necessidade de medicação de alívio	Nenhuma ou ≤ 2 por semana	Três ou mais por semana	—
Função pulmonar (PFE ou VEF ₁) ^{a,c}	Normal	<80% predito ou do melhor prévio (se conhecido)	—
Avaliação dos riscos futuros: (exacerbações, instabilidade, declínio acelerado da função pulmonar e efeitos adversos)			
Características que estão associadas com aumento dos riscos de eventos adversos no futuro: mau controle clínico, exacerbações frequentes no último ano ^b , admissão prévia em UTI, baixo VEF, exposição à fumaça do tabaco e necessidade de usar medicação em altas dosagens.			
<small>^a Por definição, uma exacerbação em qualquer semana é indicativa de asma não controlada. Qualquer exacerbação é indicativa da necessidade de revisão do tratamento de manutenção. ^b Valores pré-broncodilatador sob o uso da medicação controladora atual. ^c Não aplicável na avaliação do controle da asma em crianças menores de cinco anos. Adaptado de Global Initiative for Asthma.</small>			

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2012, p. S7, adaptado).

Importante ressaltar que, sempre que a asma não estiver controlada, a equipe, antes de optar por modificar o tratamento ou referenciar, deverá pensar em comorbidades, fator emocional, infecções virais, fatores ambientais e tratamento farmacológico inadequado. Especialmente na atenção domiciliar às pessoas com asma, **cabe à equipe identificar a exposição aos agentes desencadeantes**, emocionais, virais, ambientais, para que esses sejam minimizados. É de fundamental importância que isso seja pactuado com os cuidadores, certificando-se de que estes estão aptos a tomar todas as medidas cabíveis na prevenção ativa das recorrências.

Muito importante também é a avaliação de como os aerossóis têm sido aplicados diariamente pelos cuidadores ou pelo próprio usuário, pois, muitas vezes, um simples ajuste na técnica de

aplicação é suficiente para evitar uma ausência de controle de sintomas que estejam sendo desencadeados por erro em relação ao uso das medicações por aerossóis.

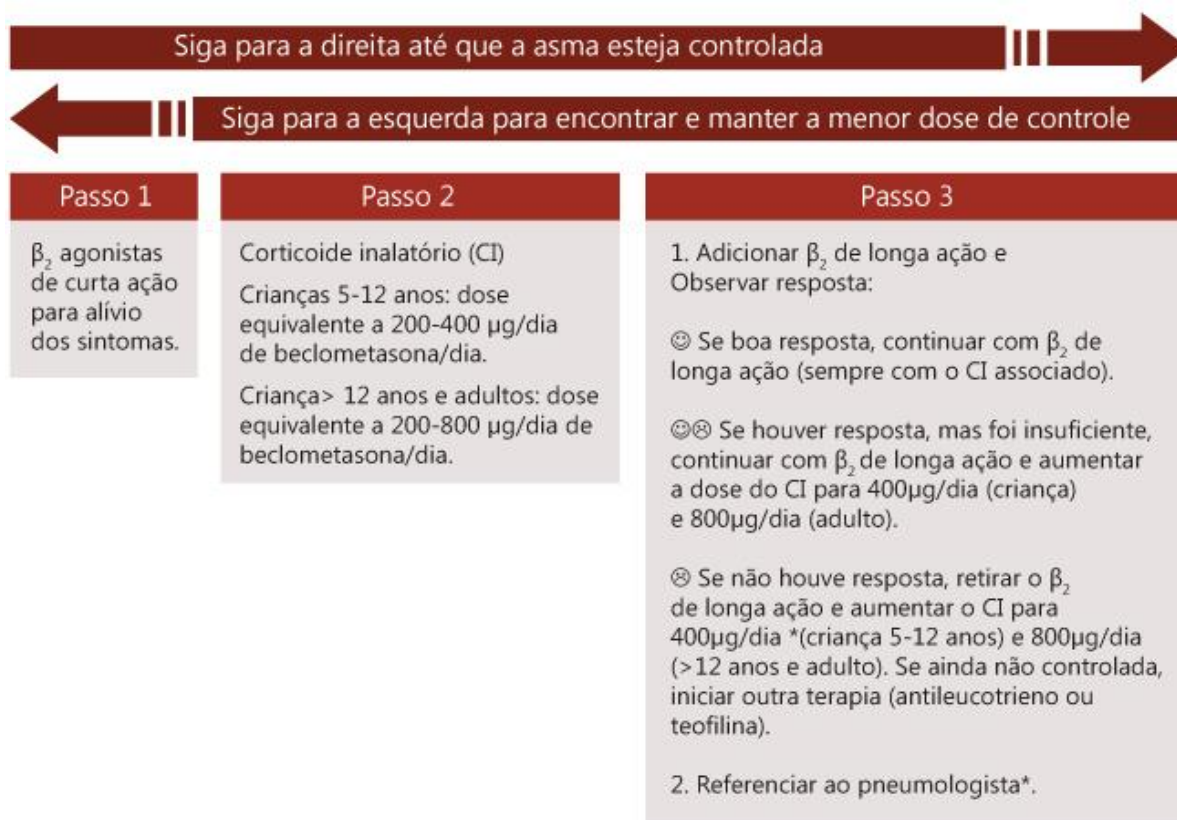
A equipe deve estar atenta à prevenção de riscos futuros, que inclui reduzir a instabilidade da asma, suas exacerbações, a perda acelerada da função pulmonar e os efeitos adversos do tratamento.



Saiba mais...

Para saber mais sobre o tratamento das exacerbações, clique [aqui](#) e leia a partir da página 23.

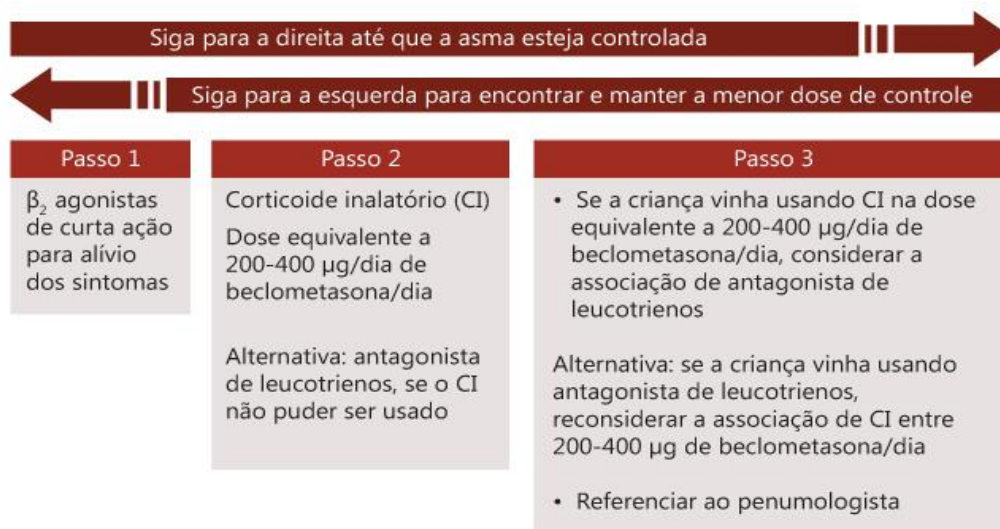
Tratamento de asma em crianças com 5 anos ou mais e adultos



*Alguns protocolos consideram que a referência ao pneumologista pode ser postergada após tentativas de controle com doses maiores de Corticoides Inalatórios e/ou associação a outros medicamentos (BTS, 2008), no entanto, segundo opinião de especialistas e consenso mais atual (LOUGHEE ET AL, 2010), recomenda-se referenciar no passo 3.

Fonte: (LENZ et al., 2012).

Tratamento da asma em crianças menores de 5 anos



Fonte: (LENZ et al., 2012).



Saiba mais...

Para saber mais sobre as medicações utilizadas para o manejo da asma, clique [aqui](#) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2012).



Para profissionais enfermeiros

Principais intervenções de enfermagem

Para colaborar com a atenção ao paciente com asma, o enfermeiro deve providenciar alguns cuidados, como (NANDA INTERNATIONAL, 2013; DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009; CARPENITO-MOYET, 2005; JOHNSON, MAAS, MOORHEAD, 2004):

- Manter cabeceira elevada para o conforto respiratório do paciente (ortopneia);
- Orientar/supervisionar o repouso no leito nos momentos de dispneia;
- Permanecer ou orientar a permanência de um cuidador com o paciente sempre nos casos de episódios agudos;
- Procurar manter a calma do paciente, estabelecendo relação de confiança para evitar hiperventilação;
- Orientar e avaliar o uso correto do inalador e medicações por via respiratória;
- Iniciar as intervenções prescritas pela equipe multidisciplinar.

ORIENTAÇÕES AO CUIDADOR

O adequado treinamento e orientações aos cuidadores garantem que as descompensações menores sejam manejadas no domicílio, evitando ausência à escola, consultas na emergência e hospitalizações.

A equipe deve estar atenta ao seguinte:

- os familiares e a pessoa com asma devem receber orientações da equipe quanto ao manejo adequado das medicações prescritas e o uso correto, reconhecimento das situações de controle e exacerbação da doença;
- alguns pontos devem ser abordados nas atividades educativas:
 - plano de ação escrito com informações que incluam sinais e sintomas de descontrole e como proceder nessas situações;
 - explicações sobre o caráter inflamatório da asma e os desencadeantes;
 - orientações quanto à possibilidade do controle da asma e a necessidade de revisão do tratamento em caso da persistência dos sintomas;
 - orientações quanto aos medicamentos de alívio e controle;
 - revisão da técnica inalatória;
 - orientações quanto à segurança e a efeitos adversos dos medicamentos.

PLANO DE ALTA DA ATENÇÃO DOMICILIAR

É importante que a pessoa, no momento da alta, para acompanhamento na Unidade de Saúde da Família (USF), tenha um plano educativo escrito que inclua informações referentes a sinais e sintomas de descontrole, instrução sobre o que fazer e quando procurar atendimento, orientação sobre a asma como uma doença inflamatória, principais desencadeantes e orientação sobre segurança e efeitos adversos dos medicamentos.

QUANDO REFERENCIAR?

Existem alguns critérios que indicam avaliação da necessidade de referenciar pessoas para a rede especializada. São eles:

- dúvidas quanto ao diagnóstico;
- sintomas presentes desde o nascimento ou afecções pulmonares perinatais;
- tosse produtiva persistente;
- provável asma ocupacional;
- piora na gravidez;
- choro ou voz anormal, disfagia, estridor;
- asma de difícil controle;
- baixa adesão ao tratamento, mesmo com medidas educativas;
- existência de entidades clínicas complicando a asma;
- pessoas que já estão em uso de associação de corticóide inalatório e β_2 de longa ação.

REFERÊNCIAS

- CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Diagnósticos de Enfermagem**: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. **Diagnósticos de Enfermagem**: intervenções, prioridades, fundamentos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean; MOORHEAD, Sue (Org.). **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 639p.
- LENZ, M. L. M. et al. Asma na infância e em adultos. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2, cap. 135, p. 1170-1182.
- NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação, 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- PEREIRA, C. A. de C. Espirometria. **J Pneumol**, v.28, supl 3, p. S1-S82, out. 2002. Disponível em: <http://www.sociedadeclementeferreira.org.br/images/Consenso_Espirometria.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo de Asma - 2012. **J Bras Pneumol**, v. 38, supl.1, p. S1-S46, abr. 2012. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_200_70_38_completo_versao_corrigida_04-09-12.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2014.