



PROGRAMA CRIANÇA QUE CHIA

**Orientações para a classificação e o manejo
da criança e do adolescente com asma**



PROGRAMA CRIANÇA QUE CHIA

Orientações para a classificação e o manejo da criança e do adolescente com asma

Organização

Susana Maria Moreira Rates

Elaboração

Alessandra Gazire Alves Affonso
Fernando Libânio Coutinho
Geralda Magela Costa Calazans
Lidiana Fátima Correa Ramalho
Marisa Lages Ribeiro

Nulma Souto Jentzsch
Rejane Ferreira dos Reis
Simone Nabuco de Senna
Sônia Gesteira e Matos

Elaboração do anexo 4 - MANEJO DA EXACERBAÇÃO ASMÁTICA AGUDA NA INFÂNCIA

Daana Fares Calil Zarur
Felippe Teixeira Menezes de Oliveira
Keilly Andrade
Luís Fernando A. Carvalho

Marina Jonas
Talitah Michel Sanchez Candiani
Wilson Rocha Filho

Colaboradores, membros do Comitê de Protocolos Colaborativos da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde

Adriana Cristina Camargos
Alex Sander Sena Peres
Ana Emília de Oliveira Ahouagi
André Luiz de Menezes
Fabiano Gonçalves Guimarães
Flávia Alves Campos
Isabela Vaz Leite Pinto

Laura M. de Lima Belizario Facury Lasmar
Márcia Rocha Parizzi
Marcos Evangelista de Abreu
Maria Tereza de Freitas Lima Araújo
Paulo Tarcísio Pinheiro da Silva
Roseli da Costa Oliveira
Valéria Santos Pinheiro

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

Belo Horizonte
2020

Apresentação

O Criança que Chia foi iniciado em 1996 com o objetivo de prestar assistência adequada à criança com asma por meio do acompanhamento clínico, da orientação aos familiares e profissionais de saúde sobre a doença e seu manejo, e do fornecimento de medicamentos e insumos necessários. Em Belo Horizonte, o número de internações por asma foi reduzido em mais de 60% desde a implantação do Programa.

Em 2010, o atendimento foi estendido aos adolescentes. De acordo com as diretrizes do Programa, as crianças e os adolescentes com asma são acompanhados nos Centros de Saúde pela sua Equipe de Saúde da Família. Sabe-se que aproximadamente 80% dos asmáticos têm rinite alérgica associada. A Rede SUS-BH disponibiliza também medicamentos para o tratamento da rinite alérgica.

Sendo assim, esta cartilha foi elaborada para facilitar o acompanhamento e o manejo da criança e do adolescente com asma. Para que possamos exercer a vigilância em saúde, é de suma importância que cada equipe conheça seus usuários com asma na sua área de abrangência.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, reconhecendo a prevalência e os impactos das doenças respiratórias na vida de crianças e adolescentes, vem aprimorando práticas de saúde por meio da formação de profissionais, fornecimento de insumos e medicamentos. Muitos esforços estão sendo instituídos para a unificação de condutas.

O desenvolvimento de Protocolos Colaborativos do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) tem por objetivo a construção de diretrizes integradas e baseadas em evidências científicas, mediante parcerias com diferentes Instituições. A atualização da “Cartilha PROGRAMA CRIANÇA QUE CHIA: Orientações para a classificação e o manejo da criança e do adolescente com asma” faz parte desta construção coletiva.

Desejamos a todos boa leitura e que possamos, com a implementação desses protocolos, ofertar atenção cada vez mais qualificada e eficiente a todos os usuários do SUS-BH.

Jackson Machado Pinto

Secretário Municipal de Saúde

Taciana Malheiros Lima Carvalho

Secretária Adjunta e
Subsecretária de Atenção à Saúde

Renata Mascarenhas

Diretora de Assistência à Saúde

Conceito e classificação

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas responsável por um elevado número de atendimentos, hospitalizações e absenteísmo escolar. Segundo estudo multicêntrico internacional ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*), a prevalência entre escolares e adolescentes é em torno de 20%.

O paciente com sintomas respiratórios sugestivos de asma (sibilos, falta de ar, tosse, aperto no peito) deverá ser avaliado pelo médico que classificará o grau de controle da doença. A classificação facilita a tomada de decisão do plano terapêutico individualizado e o manejo inicial das medicações. Nas consultas subseqüentes, a avaliação clínica e a utilização de características simples do dia a dia orientam a continuidade do tratamento e o monitoramento do paciente. Uma vez que o objetivo primordial do tratamento da asma é o controle da doença, as diretrizes atuais enfatizam o manejo por meio da classificação por nível de controle (quadros 1 e 2).

Quadro 1 - Avaliação controle da asma para adultos, adolescentes e crianças de 5 a 11 anos de idade (Adaptado GINA 2019).

Controle dos sintomas da asma		Nível de controle dos sintomas da asma		
Nas últimas 4 semanas, o paciente teve:		Bem controlada	Parcialmente controlada	Descontrolada
Sintomas diurnos de asma mais de duas vezes/semana?	☐ Sim ☐ Não	Nenhum desses	1-2 desses	3-4 desses
Despertar noturno devido a sintoma de asma?	☐ Sim ☐ Não			
Medicação de alívio para asma mais que duas vezes por semana?	☐ Sim ☐ Não			
Alguma limitação de atividade devido a sintoma de asma?	☐ Sim ☐ Não			

Quadro 2 - Avaliação do controle da asma para crianças menores de 5 anos (Adaptado GINA, 2020).

Controle dos sintomas da asma		Nível de controle dos sintomas da asma		
Nas últimas 4 semanas, o paciente teve:		Bem controlada	Parcialmente controlada	Descontrolada
Sintomas diurnos de asma por mais de alguns minutos, mais de uma vez por semana?	☐ Sim ☐ Não	Nenhum desses	1-2 desses	3-4 desses
Alguma limitação de atividade devido a sintoma de asma? (Corre/brinca menos que as outras crianças, cansa facilmente durante caminhadas/brincadeiras?)	☐ Sim ☐ Não			
Medicamento de alívio para asma* mais que uma vez por semana?	☐ Sim ☐ Não			
Qualquer despertar noturno ou tosse à noite devido à asma?	☐ Sim ☐ Não			

*Excluído o uso pré-exercício.

O diagnóstico de asma em lactentes e pré-escolares é difícil, pois tosse e sibilância são sintomas comuns nestas faixas etárias e os exames complementares disponíveis são pouco úteis. Apesar de uma anamnese detalhada e de exame físico cuidadoso, muitas vezes só é possível o diagnóstico sintomático de **sibilante recorrente**. Entretanto, estudos validaram alguns fatores preditivos e características sugestivas que auxiliam no diagnóstico de asma e no afastamento dos diagnósticos diferenciais (quadros 3 e 4).

Quadro 3 - Critérios para diagnóstico de asma em lactentes e pré-escolares sibilantes.

Critérios maiores	• Pai ou mãe com asma. • Lactente com dermatite atópica.
Critérios menores	• Diagnóstico médico de rinite alérgica. • Sibilância não associada a resfriado. • Eosinofilia maior ou igual a 4% no hemograma.

Ao avaliar os lactentes e pré-escolares sibilantes, considera-se de alto risco para o diagnóstico futuro de asma os que apresentam entre os critérios relacionados no quadro 3, um critério maior ou dois menores.

Quadro 4 - Diagnóstico de asma no pré-escolar.

Características sugestivas

- 1- Três ou mais episódios de sibilância ao ano na ausência de viroses respiratórias.
- 2- Pais e/ou irmãos receberam prescrição e usaram medicação inalatória (broncodilatadores, corticoides) em algum momento no passado.
- 3- Dispneia, sibilância, tosse noturna, desencadeadas por exercício físico ou gargalhadas, exposição a aeroalérgenos e na ausência de viroses respiratórias.
- 4- Resposta a broncodilatador inalatório durante as crises de sibilância acompanhada e comprovada por médico.
- 5- Controle dos sintomas após prova terapêutica com corticosteroide inalatório por dois a três meses, com subsequente piora após a suspensão.

Não sugestivas e necessidade de investigação complementar

Regurgitação, vômitos, disfagia, "engasgo", sintomas respiratórios presentes desde o período pós-natal, alterações na ausculta cardíaca e déficit pômbero-estatural.

GINA 2020.

Em crianças maiores de 6 anos de idade, a medida da função pulmonar por meio da espirometria poderá auxiliar no diagnóstico. Poderá, também, ser realizada a medida do pico do fluxo expiratório (Peak Flow) a cada consulta.

O tratamento deve ser feito com medicamento inalatório (spray) acoplado ao espaçador com máscara. A técnica inalatória deve ser orientada pelo profissional de saúde e checada a cada consulta.

O medicamento de primeira escolha para profilaxia é o corticoide inalatório, sendo disponível na rede SUS BH a beclometasona spray.

O tratamento de controle da asma é dividido em etapas, nas quais a dose de corticoide inalatório é aumentada progressivamente de acordo com a gravidade da apresentação da doença. A dose mínima inicial é de 100mcg/dia de beclometasona spray podendo chegar ao máximo de 800mcg/dia. Nesse caso, o encaminhamento para pneumologia pediátrica está recomendado.

A atenção primária deverá manter o acompanhamento desse paciente.

Medicamentos inalatórios disponíveis na rede básica

- Salbutamol spray oral 100 mcg/jato.
- Beclometasona spray oral 50 mcg/jato para menores de 12 anos.
- Beclometasona spray oral 200 mcg/jato para maiores de 12 anos.
- Fluticasona spray nasal 27,5 mcg/jato para crianças de 2 a 5 anos.
- Budesonida spray nasal 50 mcg/jato para maiores de 6 anos.
- Câmara inalatória adulto e infantil.

É essencial verificar a adesão ao tratamento proposto e às medidas de controle da doença.

Orientações para acompanhamento clínico da criança e adolescente em uso de corticoterapia inalatória:

- Aferição de peso e estatura em toda consulta, observando a curva de crescimento.
- Aferição da PA (pressão arterial) em toda consulta.
- A avaliação oftalmológica será solicitada pelo profissional médico nos casos de uso de altas doses de corticóide inalatório por tempo prolongado.

Paciente controlado

Avaliação clínica de 3 em 3 meses.

No acompanhamento das crianças e dos adolescentes em uso de profilaxia, deve-se reduzir a dose do corticóide inalatório (beclometasona) ao conseguir o controle dos sintomas durante 3 meses. A seguir, reduzir a cada consulta de modo progressivo (25 a 50% em intervalos de 3 meses), suspendendo ao permanecer 3 meses assintomático.

Nível de controle	Ação no tratamento
Controlada	• Mantenha na menor etapa que controle a doença.
Parcialmente controlada	• Procure desencadeantes do não controle*. • Considere subir uma etapa.
Não controlada	• Procure desencadeantes do não controle. • Suba etapas até o controle.
Exacerbação	• Trate como exacerbação.

A suspensão do corticoide inalatório deve ocorrer, preferencialmente, fora do período da sazonalidade de doenças respiratórias (março a julho) respeitando os critérios abaixo:

1. Lactente e pré-escolar: ausência de sintomas por 3 meses ou mais; crises leves, eventuais que não demandam visitas a urgência ou internação, sem necessidades de corticoide sistêmico; boa qualidade de vida (tolerância às atividades físicas e sono adequado).
2. Escolar e adolescentes: ausência de sintomas por 3 meses ou mais, e espirometria normal (quando possível a realização); crises leves, eventuais que não demandam visitas à urgência ou internação, sem necessidades de corticoide sistêmico; boa qualidade de vida (tolerância às atividades físicas e sono adequado).
3. Após a suspensão, acompanhar o paciente por 12 meses com frequência mínima de 4 em 4 meses, garantindo o acesso da criança ou do adolescente a qualquer momento ao Centro de Saúde, caso volte a apresentar sintomas, estando atento à frequência do uso do medicamento de alívio o que pode significar necessidade de retorno da profilaxia.

Paciente parcialmente controlado/não controlado

- Avaliação clínica de 2/2 meses para os pacientes parcialmente controlados.
- Avaliação clínica de 2/2 meses para os pacientes não controlados, intercalando com consulta com pneumologista pediátrico.

Importante:

Após uma exacerbação, deve-se agendar consulta de revisão dentro de uma semana.

*Procurar desencadeantes do não controle:

Crianças e adolescentes em uso de profilaxia com corticóide inalatório sem resposta adequada, considerar:

1. Medicação:

- Adesão: está sendo administrada a dose prescrita?
- Administração: a técnica inalatória está correta? (pedir para demonstrar no próprio espaçador do paciente, verificando as condições do mesmo).

2. Controle ambiental:

- Avaliar condições do ambiente domiciliar conforme anexo 1.
- Tabagismo passivo ou ativo.

3. Diagnóstico diferencial (patologias associadas):

- Ver necessidade de se aprofundar na investigação diagnóstica (rinossinusopatia, aspiração de corpo estranho, refluxo gastroesofágico, fibrose cística, anel vascular, bronquiectasias, tuberculose, etc).
- Encaminhar para pneumologista pediátrico, se necessário.

4. Avaliar aumento de dose de corticóide inalatório após correção dos fatores acima.

Critério de abandono:

1. Crianças e adolescentes que não compareceram à unidade após 6 meses, mesmo após busca ativa mensal dos Agentes Comunitários de Saúde.

Critério para encaminhamento ao Pneumologista Pediátrico:

1. Asma de difícil controle (asma que necessita doses altas de corticoide inalado; asma que necessita mais de uma classe de medicamento controlador ou profilático).
2. Asma moderada e grave.
3. Pouca resposta ao tratamento.
4. Achados clínicos inesperados (crepitações, baqueteamento digital ou cianose).
5. Displasia broncopulmonar.
6. Diagnóstico duvidoso.
7. Pneumonia de repetição.
8. Egresso de terapia intensiva de doença respiratória.
9. Lactente sibilante.
10. Tosse persistente a esclarecer.
11. Laringite de repetição.

Obs: Na consulta com pneumologista pediátrico, deverá apresentar todos os exames realizados (obrigatoriamente **RX de tórax, não necessita ser recente**), bem como espaçador e medicamentos inalatórios em uso.

Referência bibliográfica

Camargo Jr CA, Sponner C, Rowe BH. Continuous versus intermittent beta-agonists for acute asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, issue 4. Art no CD001115.

Castro-Rodriguez JA, Rodrigo GJ, Rodríguez-Martínez CE. Principal findings of systematic reviews of acute asthma treatment in childhood. J Asthma. 2015;52:1038–1045

DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 919349, Acute asthma exacerbation in children; updated 2018 Jun 21

Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA 2020

Maue DK; Krupp N; Rowan CR. Pediatric Asthma severity score is associated with critical care interventions. World J Clin Pediatric 2017 February 8; 6(1):34-39

Powell CV, Kolamunnage-Dona R, Lowe J, Boland A, Petrou S, Doull I, Hood K, Williamson PR; MAGNETIC study group. MAGNESium Trial In Children (MAGNETIC): a randomised, placebo- -controlled trial and economic evaluation of nebulised magnesium sulphate in acute severe asthma in children. Health Technol Assess. 2013 Oct;17(45):v-vi, 1-216.

Richard J Scarfone, MD, FAAP. Acute asthma exacerbations in children: Emergency department management Post TW, ed. UpToDate. 2018 Waltham, MA: UpToDate Inc.

Solé D, Wandalsen GF, Camelo Nunes IC, Naspitz CK; ISAAC - Brazilian Group Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among Brazilian children and adolescents identified by the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) - Phase 3. J Pediatr (Rio J). 2006 Sep-Oct;82(5):341-6. Epub 2006 Aug 28.

Vézina K, Chauhan BF, Ducharme FM. Inhaled anticholinergics and short-acting beta(2)-agonists versus short-acting beta2-agonists alone for children with acute asthma in hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jul 31;(7):CD010283. CD010283.pub2. Review.

Anexo 1 - Controle do ambiente

As principais medidas a serem incentivadas no controle do ambiente são:

- Escolha o lugar mais arejado e quente para colocar a cama do paciente alérgico, evitando deixá-la encostada na parede.
- Abra as janelas da casa e do lugar de dormir pelo menos uma hora por dia.
- O quarto deve ser simples, sem tapetes e carpetes, evitando móveis e objetos desnecessários que possam acumular pó.
- As cortinas devem ser leves e lavadas com frequência.
- Sempre que possível, conserve roupas, livros e objetos dentro de armários fechados.
- Evite levantar muito pó durante a limpeza da casa. Faça a limpeza diária da casa e dos móveis com pano úmido.
- Travesseiros e colchões devem ser encapados com capa impermeável.
- Evite roupas e cobertores de lã. Lave cobertores e colchas a cada duas semanas (ou cubra-os com tecido de fácil lavagem) e coloque-os no sol sempre que possível. Faça o mesmo com colchões e travesseiros.
- Não ande em lugares empoeirados como porões e depósitos.
- Elimine brinquedos de tecido, principalmente de pelúcia.
- Evite ter animais de pelos ou penas dentro de casa. Caso os tenha, mantenha-os limpos e intensifique a limpeza da casa.
- Evite odores fortes (perfumes, ceras, desinfetantes).
- Evite contato com pó, talco e giz.
- Não deixe plantas dentro de casa.
- Não permita que fumem perto do paciente e proíba o cigarro dentro de casa.

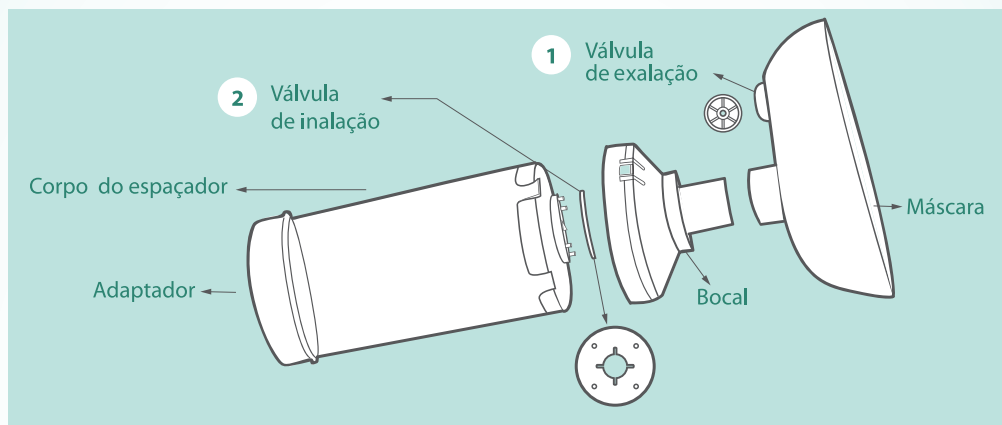
Anexo 2 - Como avaliar se o frasco ainda tem medicamento

O responsável pela criança ou o adolescente deve anotar no frasco a data que iniciou o uso do spray, tanto da medicação para crise (broncodilatador) quanto da prevenção (corticóide inalatório). Dessa forma, pode-se calcular o tempo de duração da medicação pelo número de doses do frasco.

Evite colocar o frasco de alumínio na água.

Anexo 3 - Limpeza do espaçador em domicílio

Lavar o espaçador a cada 15 dias, conforme instrução abaixo.



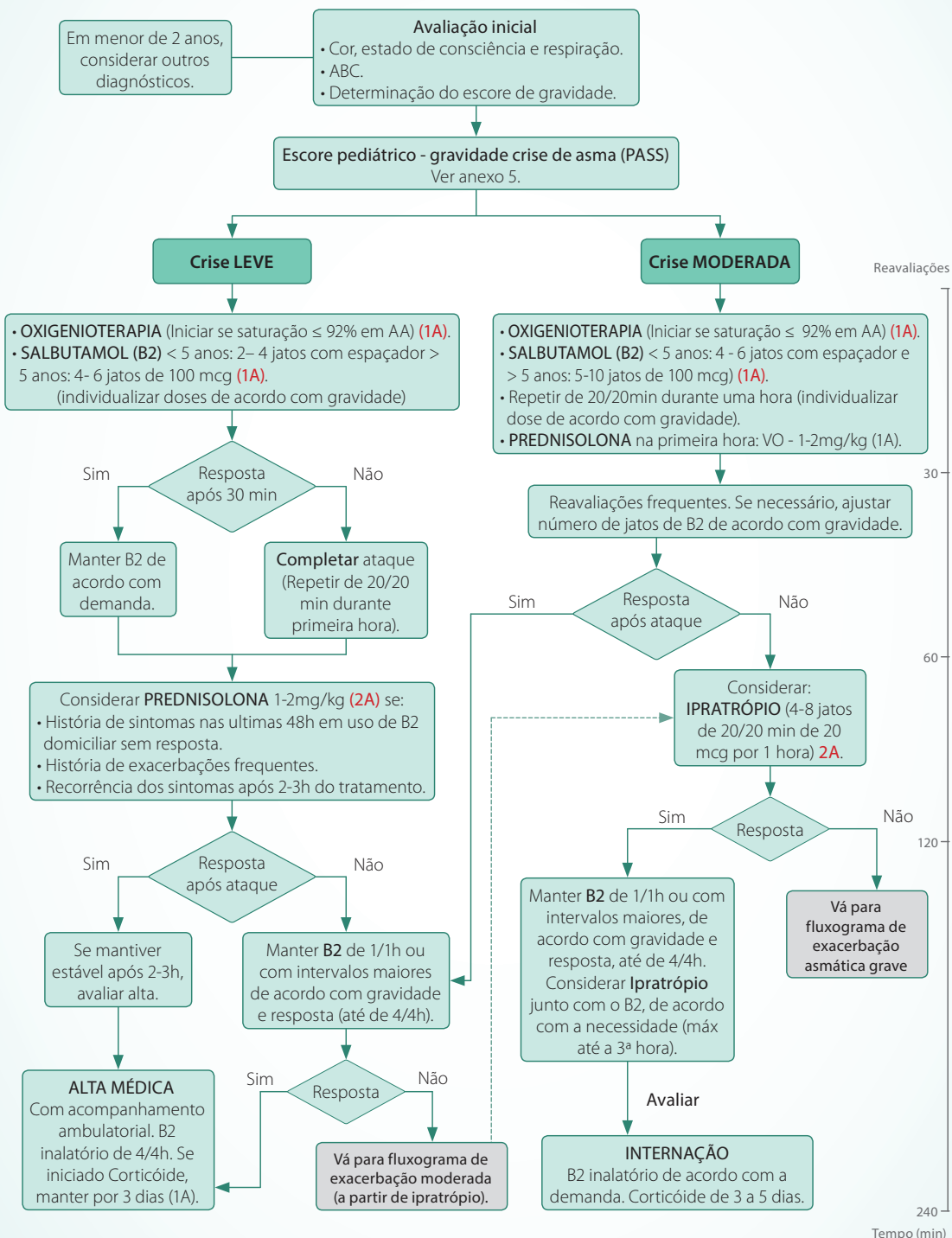
1. Para proceder à limpeza, desmonte o aparelho retirando todas as peças com cuidado, exceto a válvula de exalação que fica na máscara e não precisa ser retirada.
2. Lave todas as peças com água e detergente neutro.
3. Após a limpeza, a câmara (parte de maior volume) dos espaçadores transparentes (de plástico rígido ou acrílico) deverá permanecer 30 minutos em solução de 1 litro de água com 2 gotas de detergente neutro. Não enxágue depois desse procedimento.
4. Coloque todas as peças para secar em local protegido da luz solar.
5. Encaixe novamente o adaptador e a máscara ao corpo do espaçador, sem esquecer de recolocar a válvula de inalação (2).
6. Depois de seco, guarde o espaçador em local protegido da luz, do calor, da poeira e longe do alcance das crianças.

Atenção:

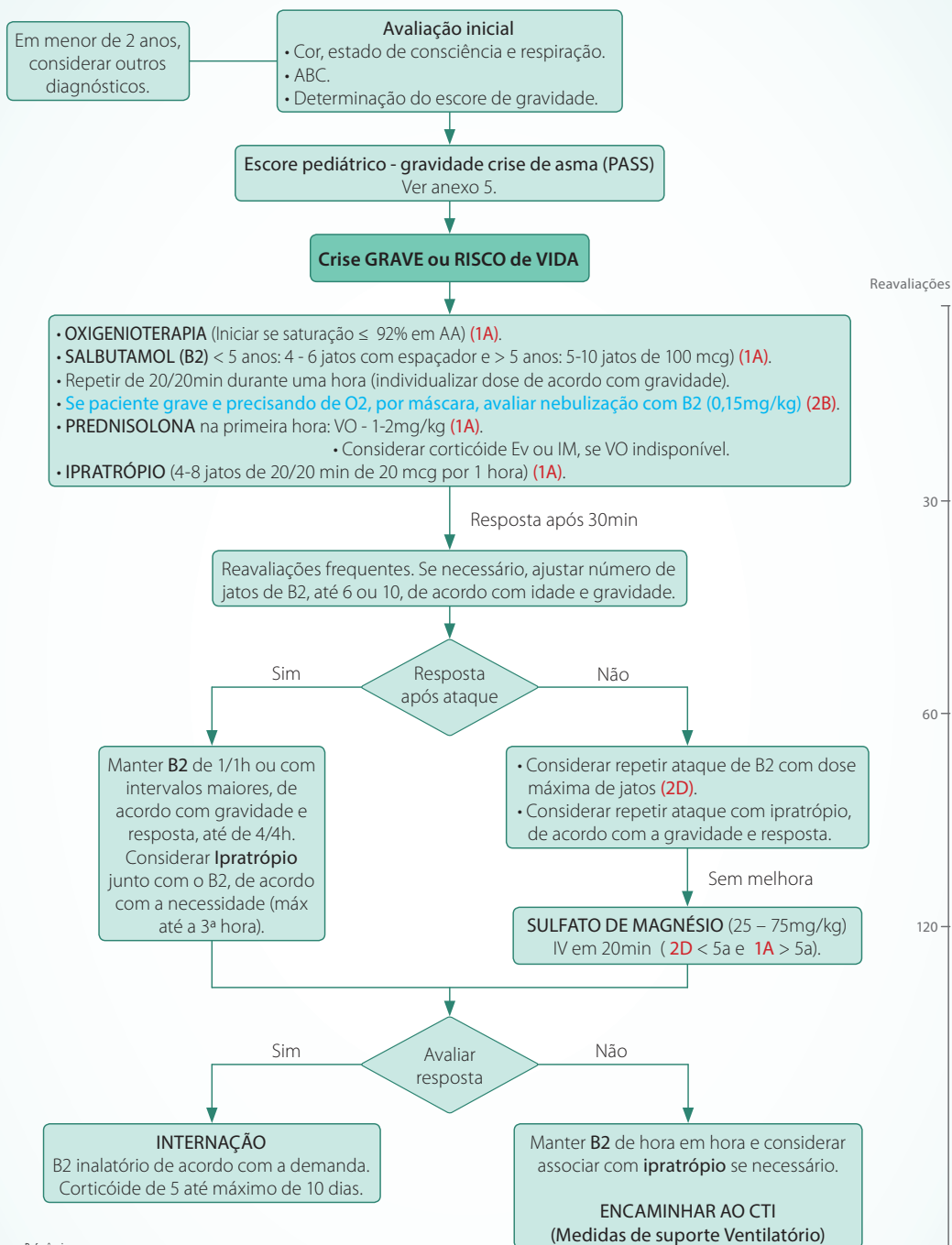
1. Não utilize bucha, esponja de aço ou escova para limpeza do espaçador.
2. Não ferva o espaçador para não danificar suas peças.
3. Não use vinagre nem água sanitária durante a limpeza para uso individual.

Anexo 4 - Manejo da exacerbação da asma na infância

Protocolo de exacerbação asmática leve/moderada



Protocolo de exacerbação asmática grave



Referências:

1. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA 2019.
2. DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 919349, Acute asthma exacerbation in children; updated 2019 Jun 21.
3. Richard J Scarfone, MD, FAAP. Acute asthma exacerbations in children: Emergency department management Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (Accessed on July 2019).
4. Castro-Rodriguez JA, Rodrigo GJ, Rodriguez-Martinez CE. Principal findings of systematic reviews of acute asthma treatment in childhood. J Asthma. 2015;52:1038-1045.

Recomendamos o uso do sulfato de magnésio nas Unidades de Pronto atendimento e Hospitais, para adequada monitorização do paciente.

Anexo 5 - Escore Pediátrico - Gravidade Crise de Asma - PASS

Escore Pediátrico - Gravidade Crise de Asma - PASS				
Escore		1	2	3
Frequência respiratória (irpm)	2 a 3 anos	≤ 34	35 a 39	≥ 40
	4 a 5 anos	≤ 30	31 a 35	36
	6 a 12 anos	≤ 26	27 a 30	31
	Maior de 12 anos	≤ 23	24 a 27	28
Saturação de O2		> 90% AA	85 a 90%	< 85% AA
Ausculta pulmonar		Nornal ou com sibilos ao final da expiração	Sibilos expiratórios	Sibilos inspiratórios e expiratórios ou ausculta diminuída
Retrações*		Nenhuma ou 1 localização	2 localizações	> 3 localizações
Dispneia		Frases completas, murmúrio ou balbucia	Frases incompletas ou choro curto	Frases curtas ou monossilábicas, gemência

*Localizações das retrações: intercostal, sub-diafragmática e retração de fúrcula.

PASS ≤ 7: LEVE PASS 8-11: MODERADA PASS ≥ 12: GRAVE



SAÚDE



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**