

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

Asma e Rinite

Linhas de Conduta em Atenção Básica

Série A. Normas e Manuais Técnicos



Brasília – DF
2004

BlogEnfermagem.com

© 2004 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2004 – 2.500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Coordenação de Gestão da Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Sede, 6.º andar, sala 649

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 2898/ 2582

Fax: (61) 325 2094

E-mail: psf@saude.gov.br

Elaboração:

Celina Márcia Passos de Cerqueira e Silva

– Coordenação da publicação

Maria do Perpétuo Socorro Albuquerque Matos

Equipe técnica do Departamento de Atenção Básica:

Aline Azevedo da Silva

Andréa Leitão Ribeiro

Antônio Dercy Silveira Filho

Berardo Augusto Nunan

Carmem Lúcia De Simoni

Daisy Maria Coelho de Mendonça

Marli da Rocha Otero

Deurides Navega Cruz

Edenice Reis da Silveira

José Bruno de Alencar Pinto

Maria do Carmo Gomes Kell

Rosângela Cecim Albim

Tatiana Lofti de Sampaio

Vaneide Marcon Cachoeira

Áreas que colaboraram na elaboração da publicação:

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento

Materno

Departamento de Atenção Especializada

Coordenação-Geral de Média Complexidade

Colaboração:

Álvaro Cruz

Carlos Alberto Pereira

Dirceu Solé

Elza do Carmo Cabral

Hisbello Campos

Jussara Fiterman

Maria de Fátima Fernandes

Maria Lúcia de Bacellos Pereira

Marise Amaral

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Asma e rinite: linhas de conduta em atenção básica / [Celina Márcia Passos de Cerqueira e Silva (Coord.) et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

40 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0833-1

1. Asma. 2. Rinite. 3. Doenças respiratórias. 4. Atenção básica. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. II. [Silva, Celina Márcia Passos de Cerqueira e. (Coord.) et al.]. III. Título. IV. Série.

NLM WF 174

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2004/1008

Títulos para indexação:

Em inglês: Asthma and Rhinitis. Conduct Lines in Basic Health Care

Em espanhol: Asma y Rinitis. Líneas de Conducta en Atención Básica

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Denise Xavier Carnib Bezerra

Lilian Alves Assunção

Mara Rejane Vieira Soares Pamplona

Capa e projeto gráfico: Marcus Monici

Sumário

Lista de Quadros	5
Apresentação	6
Introdução.	8
Asma.	9
1 Definição	9
2 Diagnóstico Clínico	9
3 Diagnóstico Funcional.	10
3.1 Espirometria	10
3.2 Pico de Fluxo Expiratório (PFE)	11
3.3 Testes Adicionais	11
4 Classificação da Gravidade.	11
5 Tratamento	12
5.1 Objetivos do Tratamento da Asma	12
5.2 Princípios do Tratamento de Manutenção	13
5.3 Abordagem Educacional	13
5.3.1 Fatores Desencadeantes e Ações para Reduzir a Exposição na Asma.	14

5.4	Conduta Terapêutica de Acordo com a Gravidade	15
5.5	Apoio Especializado	17
6	Tratamento da Crise	18
6.1	Identificação do Asmático de Risco	18
6.2	Exames Complementares	20
6.3	Tratamento da Crise de Asma na Unidade Básica de Saúde	20
Rinite	. . . . .	21
1	Definição	21
2	Diagnóstico	21
3	Classificação	21
4	Manejo.	22
4.1	Tratamento Farmacológico.	22
Atribuições dos Profissionais da Equipe de Saúde	. . . . .	25
1	Atribuições Comuns a Todos os Profissionais da Equipe	25
2	Atribuições do Médico	26
3	Atribuições do Enfermeiro.	26
4	Atribuições do Auxiliar de Enfermagem	26
5	Atribuições do Agente Comunitário de Saúde.	26
6	Outros Profissionais	26
Referências Bibliográficas	. . . . .	28
Anexos	. . . . .	32
Anexo I	. . . . .	32
Anexo II.	. . . . .	33
Anexo III	. . . . .	35
Anexo IV	. . . . .	37

Lista de Quadros

Quadro 1	Classificação de Gravidade da Asma	12
Quadro 2	Tratamento Farmacológico da Pessoa com Asma de Acordo com a Gravidade.	17
Quadro 3	Classificação da Intensidade da Crise de Asma em Adultos e Crianças	19
Quadro 4	Indicação de Exames	20
Quadro 5	Tratamento Farmacológico da Rinite	24

Apresentação

A asma é um problema de saúde pública que afeta parcela significativa da população, principalmente crianças. No Brasil, a prevalência de asma varia de 10 a 20%, dependendo da região e da faixa etária consideradas¹, sendo responsável por cerca 350 mil internações e 2 mil óbitos anualmente, segundo dados do DATASUS referentes ao ano de 2002. A rinite alérgica é a forma mais comum de doença atópica, com prevalência estimada entre 10% e 25% da população geral, freqüentemente coexistindo com a asma².

Esta publicação é parte da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Respiratórias, em construção, sendo o módulo I voltado para asma e rinite. Foi elaborada em parceria com sociedades científicas brasileiras: Pneumologia e Fisiologia, Pediatria, Alergia e Imunopatologia, universidades, profissionais de saúde e Sociedade Brasileira de Asmáticos, tomando como referências o III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma/2002 e o Guia para Manejo da Rinite Alérgica e seu Impacto na Asma/2002 – Iniciativa ARIA.

Considerando a capilaridade e a importância da atenção básica para a organização do sistema de saúde, as ações propostas nesta publicação deverão centrar-se nas unidades básicas de saúde, onde as medicações para asma e rinite estarão disponíveis. Assim, o Ministério da Saúde financiará

o elenco de medicamentos necessários ao tratamento da asma e parte dos fármacos necessários para a rinite, em todo o País.

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Respiratórias – módulo Asma e Rinite, além desta publicação, contempla as discussões sobre o fortalecimento da atenção integral e resolutiva, a garantia da continuidade do cuidado e a educação permanente dos profissionais envolvidos.

Humberto Costa
Ministro da Saúde

Introdução

Este documento foi elaborado com a finalidade de orientar a atenção às pessoas com asma e/ou rinite, subsidiando, tecnicamente, os profissionais da rede de Atenção Básica em Saúde (ABS), disponibilizando-lhes conhecimentos atualizados, de maneira sintética e acessível, que possibilitem tomar condutas com adequada relação custo/benefício.

A ABS é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem-delimitados (território geográfico), considerando a dinamicidade existente neste território-processo, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária. Deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações, a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos).

Pela sua organização, a ABS se constitui como primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

No caso da asma, freqüentemente, nos serviços de saúde é feita uma abordagem restrita ao tratamento sintomático do seu quadro agudo, apresentando, como resultado, internações desnecessárias e morbidade elevada; visitas freqüentes a serviços de urgência; e recorrentes faltas ao trabalho e à escola, com alto custo econômico e social.

Face a esse quadro, o Ministério da Saúde considera que a implementação de ações mais efetivas para a atenção às pessoas com asma e rinite na ABS é o pilar para a redução do número de óbitos e internações desnecessárias no País e para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Asma

1 DEFINIÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por aumento da reatividade das vias aéreas inferiores (hiper-responsividade brônquica) a uma variedade de estímulos e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento. É uma condição multifatorial determinada pela interação de fatores genéticos e ambientais³⁻⁵.

Na patogenia da asma, está envolvida uma variedade de células, como os mastócitos, eosinófilos, macrófagos, linfócitos T auxiliares, e mediadores inflamatórios, como a histamina, triptase, leucotrienos, prostaglandinas, dentre outros. Esses mediadores inflamatórios atuam sobre a via aérea e promovem broncoconstrição, secreção de muco, exsudação de plasma e hiper-responsividade da via aérea⁵⁻⁶.

2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico da asma deve ser baseado em condições clínicas e/ou funcionais. **Em grande parte, os achados clínicos são suficientes para estabelecer o diagnóstico de asma, não havendo necessidade de confirmação funcional**⁷⁻¹⁰.

São indicativos de asma:¹¹

- um ou mais dos seguintes sintomas: dispnéia, tosse crônica, sibilância, aperto no peito e desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã;
- sintomas episódicos;

- melhora espontânea ou pelo uso de medicações específicas para asma (broncodilatadores, antiinflamatórios);
- diagnósticos alternativos excluídos (insuficiência cardíaca, DPOC, bronquiolite e outros).

Perguntas que devem ser formuladas às pessoas (ou responsáveis) para estabelecer o diagnóstico clínico de asma¹¹

- Tem ou teve episódios recorrentes de falta de ar (dispnéia)?
- Tem ou teve crises ou episódios recorrentes de chiado no peito (sibilância)?
- Esses episódios foram aliviados com broncodilatador?
- Tem tosse persistente, particularmente à noite ou ao acordar?
- Acorda por tosse ou falta de ar?
- Tem tosse, sibilância ou aperto no peito após exposição a mofo, poeira domiciliar, animais, fumaça de cigarro, perfumes ou após resfriados, riso e/ou choro?

3 DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

Quando não for possível a confirmação do diagnóstico apenas pelos achados clínicos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem utilizar o apoio dos profissionais especializados existentes na rede, que poderão solicitar os exames complementares a seguir:

3.1 Espirometria

Estudo da função pulmonar, por meio das medidas dos fluxos e volumes gerados nos ciclos respiratórios basais e forçados. Exige a compreensão e colaboração da pessoa submetida ao exame, equipamentos exatos e emprego de técnicas padronizadas aplicadas por profissionais capacitados. Os valores obtidos devem ser comparados a valores previstos adequados para a população avaliada¹².

São indicativos de asma^{7,8,13,14}:

- obstrução das vias aéreas caracterizada por redução do VEF₁ (volume expiratório forçado no 1.º minuto) e da relação VEF₁/CVF (capacidade vital forçada);

- obstrução ao fluxo aéreo que desaparece ou melhora significativamente após o uso de broncodilatador. Limitação ao fluxo aéreo sem resposta ao broncodilatador em teste isolado não exclui o diagnóstico de asma;
- variações acima de 20% do VEF₁, espontâneas ou induzidas por tratamento.

3.2 Pico de fluxo expiratório (PFE)

É a medida do fluxo expiratório máximo, obtido com equipamento portátil e expresso em litros por minuto. Tem maior facilidade de execução que a espirometria, sendo utilizado para diagnóstico, para avaliar a gravidade da crise e acompanhamento da pessoa em tratamento¹¹. Quando houver disponibilidade pode ser realizado nas UBS por profissional capacitado.

O aumento do PFE de 20% nos adultos e de 30% nas crianças, 15 minutos após uso de broncodilatador de ação rápida, é indicativo de asma¹⁵.

3.3 Testes adicionais

Em indivíduos sintomáticos com espirometria normal e ausência de reversibilidade demonstrável ao uso de broncodilatador, o diagnóstico pode ser confirmado pela demonstração de hiper-responsividade das vias aéreas com agentes broncoconstritores ou teste de exercício¹⁶⁻¹⁸.

O diagnóstico de alergia deve ser feito mediante uma anamnese cuidadosa tentando identificar prováveis alérgenos desencadeadores das crises, que poderão ser confirmados por meio de provas *in vivo* (testes cutâneos imediatos) ou *in vitro* (determinação de concentração sanguínea de IgE específica)¹¹.

4 CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE

A asma pode ser classificada quanto à gravidade em intermitente e persistente e, esta última, em leve, moderada e grave¹¹.

Estima-se que 60% dos casos de asma sejam intermitentes ou persistentes leves, 25% a 30% moderados e 5% a 10% graves¹¹.

A avaliação da gravidade da asma pode ser feita pela análise da frequência e intensidade dos sintomas e/ou pela função pulmonar¹⁹ (Quadro 1).

QUADRO 1 CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA ASMA

Classificação	Frequência e Intensidade dos Sintomas		PFE ou espirometria (% previsto)
	Dia	Noite	
Intermitente	<ul style="list-style-type: none">• Menor que 1x/semana• Atividades normais	<ul style="list-style-type: none">• Menor ou igual a 2x/mês	≥ 80%
Persistente leve	<ul style="list-style-type: none">• Maior que 1x/semana, mas não todo dia• Crises podem afetar atividades	<ul style="list-style-type: none">• Maior que 2x/mês e menor que 1x/semana	≥ 80%
Persistente moderada	<ul style="list-style-type: none">• Diários• Crises podem afetar as atividades	<ul style="list-style-type: none">• Maior que 1x/semana	60-80%
Persistente grave	<ul style="list-style-type: none">• Contínuos• Atividades limitadas	<ul style="list-style-type: none">• Frequentes	< 60%

Modificado de Global Strategy for Asthma Management and Prevention – GINA, 2003.

5 TRATAMENTO

São três os pilares do tratamento da asma: ação educativa para controle da doença, tratamento farmacológico de manutenção e o tratamento da crise (asma aguda)¹¹.

5.1 Objetivos do tratamento da asma¹¹:

- controlar sintomas;
- prevenir limitação crônica ao fluxo aéreo;
- permitir atividades normais – trabalho, escola e lazer;
- manter função pulmonar normal ou a melhor possível;
- evitar crises, idas à emergência e hospitalizações;
- reduzir a necessidade do uso de broncodilatador para alívio;
- minimizar efeitos adversos da medicação;
- reduzir o risco de morte.

5.2 Princípios do tratamento de manutenção¹¹:

- todas as pessoas com asma devem receber orientação sobre sua doença e noções de como eliminar ou controlar fatores desencadeantes, especialmente domiciliares e ocupacionais;
- deve-se iniciar o tratamento de manutenção de acordo com a classificação da gravidade da asma;
- as diferenças entre tratamento broncodilatador sintomático (crise) e tratamento de manutenção regular devem ser enfatizadas;
- todas as pessoas com asma persistente moderada e grave devem ter um plano de automanejo escrito para uso em caso de exacerbações (anexo I);
- sempre que o controle esperado da asma não for alcançado (anexo II), antes de quaisquer mudanças deve-se considerar a:
 - adesão das pessoas ao tratamento;
 - técnica de uso dos dispositivos inalatórios;
 - presença de fatores desencadeantes e/ou agravantes, como sinusite crônica, refluxo gastroesofágico, exposição a novos alérgenos, distúrbios psicossociais e outros.

5.3 Abordagem educacional

A educação para o autocuidado e autonomia é um dos pilares do tratamento da asma, ao lado do tratamento farmacológico. O fornecimento de informações à pessoa com asma e seus familiares e o desenvolvimento de certas habilidades podem melhorar o seu controle e a qualidade de vida¹¹.

Uma conversa clara é necessária para estabelecer uma parceria entre o profissional de saúde e a pessoa com asma e seus familiares para dar a esses uma compreensão básica dos mecanismos da asma e dos objetivos do tratamento. Os pontos a serem esclarecidos são os seguintes: o papel da inflamação e da broncoconstrição; a ação das medicações prescritas, com ênfase nos dois componentes básicos da farmacoterapia – a medica-

ção antiinflamatória para controlar a inflamação crônica das vias aéreas e prevenir as crises e os broncodilatadores de alívio para tratar os episódios de broncoespasmo; o uso correto dos dispositivos inalatórios (anexo III); as medidas de controle ambiental para alérgenos e irritantes que pioram a asma; o reconhecimento das crises e as ações para o seu controle ²⁰⁻²³.

Os programas educacionais podem ser em grupo ou individuais. Os locais de tratamento da asma devem dispor de material básico para esta finalidade: dispositivos para uso de medicação inalatória, planos de auto-manejo por escrito e amostras de medicação.

5.3.1 Fatores desencadeantes e ações para reduzir a exposição na asma⁹

É importante que os profissionais considerem os hábitos culturais e condições socioeconômicas das famílias/indivíduos ao abordar estas questões buscando orientá-los, quanto à redução de danos.

a) Alérgenos da poeira domiciliar:

- retirar objetos do quarto de dormir que acumulem poeira;
- lavar as roupas de cama, incluindo cobertores e acolchoados, em água quente; secar a quente ou ao sol;
- evitar o uso de carpetes/tapetes no quarto de dormir;
- limpar a casa com pano úmido, evitando varrer e usar aspirador.

Obs.: O benefício da utilização de capas impermeáveis de colchões e travesseiros é controverso.

b) Fumaça de cigarro:

- parar de fumar;
- não ficar em ambientes com fumaça.

c) Animais com pelo:

- remover o animal de casa ou, no mínimo, do quarto de dormir.

d) Mofo:

- reduzir a umidade em casa, deixando as janelas e portas abertas pelo menos uma hora por dia;
- limpar áreas úmidas freqüentemente.

e) Baratas:

- limpar a casa freqüente e cuidadosamente;
- utilizar métodos de desinsetização, de preferência aplicando o produto em meio sólido (iscas);
- não deixar lixo acumulado.

f) Atividades físicas:

- estimular qualquer tipo de atividade física, respeitando as preferências individuais. Na asma induzida por exercícios, sintomas podem ser prevenidos pelo uso do broncodilatador antes do esforço.

g) Medicamentos:

- evitar o uso de β -bloqueadores (propranolol, atenolol e outros);
- não usar AAS e antiinflamatórios não hormonais, se esses medicamentos causarem sintomas de asma.

5.4 Conduta terapêutica de acordo com a gravidade

As pessoas com asma intermitente, persistente leve e persistente moderada devem ser preferencialmente, acompanhadas nas unidades básicas de saúde.

O tratamento farmacológico não reduz a necessidade de ações educativas para diminuir a exposição a fatores agravantes/desencadeantes e para o controle da doença. Essas ações devem ser realizadas em todos os casos de asma.

I – Asma intermitente

Utilizar broncodilatador de ação rápida por via inalatória durante a crise aguda para alívio dos sintomas (ver item 6.3)¹¹. Nesses pacientes, após o controle da crise, o broncodilatador de ação rápida pode ser usado por via oral, apenas quando a medicação por via inalatória não estiver disponível. Salbutamol: 0,15mg/kg/dose, máximo de 2gm/dose, via oral, de 8-8 horas por 5-7 dias ou medicação equivalente (anexo IV A).

II – Asma persistente leve

Utilizar broncodilatador de ação rápida por via inalatória durante a crise aguda para alívio dos sintomas (ver item 6.3).

Iniciar terapia antiinflamatória de manutenção. A primeira escolha é corticosteróide inalatório, por exemplo, beclometasona 400-500mcg/dia em adultos e 200-400mcg/dia em crianças ou outro corticosteróide inalatório em doses equivalentes. A budesonida tem aproximadamente a mesma potência clínica da beclometasona, podendo ser utilizada nas mesmas doses acima. Deve-se utilizar a metade da dose referida para a fluticasona, já que sua potência clínica é duas vezes maior que a da beclometasona (anexo IV A)^{*,11,12}.

Os corticosteróides inalatórios são usualmente utilizados duas vezes ao dia¹¹.

III – Asma persistente moderada

Utilizar broncodilatador de ação rápida por via inalatória durante a crise aguda para alívio dos sintomas (ver item 6.3).

Utilizar corticósteróide inalatório, por exemplo: beclometasona na dose de 800-1.200mcg/dia em adultos e 400-800mcg/dia em crianças ou outro corticosteróide inalatório em doses equivalentes como a budesonida ou a fluticasona (anexo IV A)¹¹.

Quando disponível, a associação de broncodilatador de ação prolongada por via inalatória com doses médias/baixas de corticosteróides inalatórios deve ser preferida (anexo IV A)¹¹.

IV – Asma grave

Utilizar broncodilatador de ação rápida por via inalatória durante a crise aguda para alívio dos sintomas (ver item 6.3).

Iniciar a associação de corticosteróide inalatório (beclometasona 1.200-2.000mcg/dia em adultos e 800-1.600mcg/dia em crianças ou outro corticosteróide inalatório em doses equivalentes) a broncodilatador inalatório de ação prolongada (anexo IV A).

*A deposição pulmonar do corticosteróide inalatório pode variar, a depender do propelente e do sistema de inalação.

