



CAÁLA
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

DEPARTAMENTO DE ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM EMFERMAGEM
CURSO DE LICENCIATURA EM EMFERMAGEM

ALMEIDA DUMBO CATUMBELA

PROPOSTA DE GUIA DE ORIENTAÇÃO DE
ENFERMAGEM VOLTADO AO DOENTE COM ASMA
BRÔNQUICA NO HOSPITAL MUNICIPAL DA CAÁLA
EM 2023

CAÁLA-2023

ALMEIDA DUMBO CATUMBELA

**PROPOSTA DE GUIA DE ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM VOLTADO AO
DOENTE COM ASMA BRÔNQUICA NO HOSPITAL MUNICIPAL DA CAÁLA
EM 2023**

Projecto final de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Ensino e Investigação Programa de Graduação de Enfermagem do Instituto Superior Politécnico da Caála, como requisito parcial para obtenção de grau de Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Sandra Fernandez da Costa, Msc.

CAÁLA-2023

Dedicado aos meus filhos, à minha família, aos Colegas
da UMA-Turma de , Curso de - Especialidade

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer todos anônimos que me fortaleceram que deram persistência e dedicação. Apesar de todas as dificuldades e limitações que foram aparecendo durante curso, nunca desisti. Aprendi e comecei a acreditar no meu valor intrínseco e no que quero deixar de uma forma positiva.

Agradeço aos Professores, minha tutora e supervisora **Dra. Sandra Fernandez**". Sem o seu legado, não teria adquirido ferramentas que me permitem expressar a minha identidade e aventurar-me, prazerosamente, a fazer o que mais gosto na vida.

Agradeço aos meus pais. Mesmo nos encontros e desencontros, nos conflitos de gerações, transmitiram-me a educação e os valores que me movem. Sem o seu apoio não teria sido possível esta jornada.

Agradeço a minha querida Facilitadora e esposa, a Supervisoa dos meus anseios e minha copiloto nesta que foi uma das mais duras caminhadas. Obrigado por me ter escolhido e acreditado em mim.

Aos meus filhos pelo carinho e atenção mesmo quando isto significa momentos conturbados.

Mais importante ao meu Deus por me ter dado tudo que eu tenho Hoje.

RESUMO

O presente trabalho aborda aspectos relativos à asma, sua classificação, diagnóstico e a técnica inalatória usada para seu tratamento, tendo como objectivo fazer Uma revisão bibliográfica da importancia da realização correta da técnica inalatória para seu controle e tratamento das crises nas crianças. A asma é uma doença de prevalencia alta e que pode gerar sofrimento e angústia ao paciente quando da sua exacerbação. Acomete adulto e crianças, sendo nestas últimas mais impactantes em razão do pior prognóstico.

Existem vários desencadeadores de crise, mas não podemos deixar de valorizar os fatores ambientais Como principais gatilhos. Existem vários tipos de tratamento, mas a técnica inalatória representa um avanço no controle desta patologia e desta forma tem que ser realizada corretamente para que o fármaco possa atuar de forma adequada e focalizada ao órgão alvo, que são os pulmões.

Este estudo teve como objectivo revisar a literatura sobre várias técnicas, dificuldades na sua utilização especialmente nas carinas de baixa idade. De modo geral, as carinas são menos privilegiadas com o tratamento, pois não são autônomas para realização da técnica, necessitando do auxílio de seus pais ou cuidadores para realizá-la, e muitas vezes ela não é feita corretamente. O uso de máscaras acopladas aos *sprays* é indicado nas crianças para que se possa ter uma melhor absorção do fármaco, com deposição pulmonar. Destaca-se a importância do entendimento para que ela seja realizada de forma correta e se possa obter o controle desta patologia e menor número de crises.

Palavras chaves: asma, criança, terapia respiratória.

ABSTRACT

This paper focuses on aspects relating to asthma, its classification, diagnostic and the inhalation technique used for its treatment, aiming to make a bibliographic review about the importance of correct performance of inhalation technique for its control and for the crisis treatment on children. Asthma is a high prevalence disease that takes suffering and anguish to the patient when it gets worst. Asthma attacks adult and children, and in this last ones, because of the worse prognosis, it's more striking.

There are many crisis triggers, but we cannot fail to appreciate the environmental factors as main triggers. There are many kinds of treatment, but the inhalation technique represents an advance on the control of this pathology and thus has to be performed correctly so the drug can act properly and focused on the target organ that are the lungs.

This study had as purpose revise the literature about the inhalation 6 technique and the difficulty of its application especially on low-aged children. Generally, children are less privileged with the treatment, because they are not autonomous for the realization of the technique, needing their parents or caregiver's help to accomplish it, and many times it is not done correctly. The use of masks coupled to the *sprays* is indicated on children, then they will be able to a better absorption of the drug, with pulmonary deposition.

Detaching the importance of the understanding for the its correct realization and have the control of this pathology and fewer number of crisis.

Key-words: asthma, child, respiratory therapy

Lista de abreviaturas

FEV1: Volume Expiratório Forçado em 1 Segundo (Forced expiratory volume in one second)

FR : Frequência Respiratória

FVC : Capacidade Vital Forçada (Forced Vital Capacity)

SABA: Broncodilatador adrenérgico de curta ação

SAMA: Broncodilatador anticolinérgico de curta ação

LAMA: Bntagonista muscarínico de longa ação

Anti-IgE: Anti-imunoglobulina E

CI: Corticoide inalatório

AG: Antigénios

IgE: Imunoglobulina E

ISAAC: International Study of Asthma and Allergies in Childhood. (Estudo Internacional da Asma e Alergias na Criança).

ICS : Corticosteroides inalados

A.V.C Acidente Vascular Cerebral

GLOSSÁRIO

ASMA – A asma é uma condição de constrição periódica e reversível dos tubos respiratórios, e resulta numa respiração sibilante e difícil. É, geralmente, hereditária e ocorre asubstâncias do meio ambiente

ASMA BRONQUICA— É uma doença respiratória crônica frequente no atendimento da Atenção Primária à Saúde (APS) com prevalência estimada em 4,4% em adultos e 20% em crianças e adolescentes. Conforme a gravidade da doença, apresenta graus variados de comprometimento da capacidade funcional e da qualidade de vida

DOENÇAS PULMONARES— São patologias que afetam nariz, faringe, laringe traqueia, brônquios e alvéolos. Os sintomas podem variar entre uma coriza e obstrução nasal, mas podem apresentar sintomas ameaçadores à vida, como falta de ar, dor no peito e sinais indiretos de oxigenação baixa no sangue.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS LEVES OU LIGEIRAS— Para doenças respiratórias, os casos leves são chamados, síndrome gripal (SG) etendimento ambulatorial com sintomas de febre e tosse (ou dor de garganta), tipicamente.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS— Dependendo da sua duração, as doenças respiratórias são classificadas como: Agudas: têm início rápido, duração com menos de três meses e o tratamento curto; Crônicas: têm início gradual, duram mais de três meses e muitas vezes é necessário utilização de remédios por longos períodos.

PNEUMOLOGIA- É a especialidade médica a qual é responsável pelo tratamento das patologias das vias aéreas inferiores. O profissional habilitado para atuar nessa especialidade é denominado *pneumologista*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1 2
1.1	DESCRIÇÃO E SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA	1 3
1.2	OBJECTIVO GERAL	1 3
1.3	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	1 3
1.4	JUSTIFICATIVA.....	1 4
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	1 5
2.1	ASMA BRÔNQUICA.....	1 5
2.2	EPIDEMIOLOGIA.....	1 5
2.3	TIPOS DE ASMA	1 6
2.4	SINTOMAS.....	1 7
2.5	SINAIS DE GRAVIDADE.....	1 7
2.6	CAUSAS	1 8
2.6.1	Factores desencadeastes	1 8
2.6.2	Alergia a certos alimentos (ovos, leite, amendoim, soja, frutos do mar, corantes, etc.).....	1 9
2.6.3	Consequências	1 9
2.6.4	Diagnóstico.....	1 9
2.6.5	Diagnóstico em crianças.....	1 9
2.6.6	Lactentes, crianças e adolescentes.....	1 9
2.6.7	Gestantes.....	2 2
2.6.8	Avaliação do controle da doença e fatores de risco de gravidade	2 3
2.6.9	Controle dos sintomas da asma	2 4
2.6.10	Asma brônquica.....	2 6
2.7	TRATAMENTO.....	2 5
2.8	DISPOSITIVOS INALATÓRIOS	2 5
2.9	PLANEAMENTO DO TRATAMENTO	2 6
2.10	O QUE FAZER EM UMA CRISE DE ASMA?	2 6
2.11	PARA MELHOR ACOMPANHAMENTO REGULAR.....	2 6

2.12	COMO MOSTRAR INTERESSE?	2 7
2.13	MONITORAMENTO	2 9
2.14	CRITÉRIO DE INCLUSÃO:	3 0
2.15	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:	3 0
3	DISCRICÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	3 1
4	METODOLOGIA.....	3 8
4.1	LOCAL DE ESTUDO	3 8
	ANEXOS	3 9
5	CONCLUSÃO.....	4 8
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	4 9

1 INTRODUÇÃO

A asma brônquica é uma patologia transversal a todas as idades e constitui um importante problema de saúde pessoal e saúde pública a nível global, com um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e nos sistemas de cuidados de saúde. Apesar dos avanços no conhecimento dos seus mecanismos fisiopatológicos e da existência de várias opções terapêuticas eficazes para o controlo da doença, nem sempre os objectivos do tratamento são alcançados (IBÉRICA, 2020).

As doenças respiratórias podem ser definidas em geral por dois tipos, sendo eles: obstrutiva e restritiva, as doenças obstrutivas se definem por serem compostas por um quadro que limita de qualquer maneira o fluxo aéreo de maneira total ou parcial e as doenças restritivas estão relacionadas a redução da complacência do parênquima. (SANTOS et al., 2020).

A nível mundial a Asma afecta cerca de 334 milhões de pessoas, tendo-se observado uma mudança epidemiológica nos países de baixa e média renda expressa pelo aumento rápido da prevalência e dos custos económicos, directamente ligadas aos factores relacionados com os medicamentos e uso dos serviços de saúde e indirectamente à produtividade do indivíduo, das suas famílias e da sociedade, e ao aumento da mortalidade estimada em cerca de 250 mil óbitos por ano (NUNES ET AL, 2018).

A doença tem características fisiológicas e fenotípicas heterogêneas, usualmente com inflamação crônica das vias aéreas, sendo definida pela história de sintomas respiratórios (sibilância, dispneia, desconforto torácico e tosse), que variam no tempo e em intensidade, associados a limitação variável de fluxo aéreo expiratório (BASTOS et al, 2022)

- 1) A asma é uma das principais doenças não transmissíveis, que afeta crianças e adultos 300 milhões de asmáticos em todo o mundo;
- 2) Aumento da prevalência nos últimos 20 anos Afetou cerca de 262 milhões de pessoas em 2019 e causou 461.000 mortes;
- 3) Projecções estimam mais 100 milhões até 2025;
- 4) Absentismo escolar ou laboral;

5) Despesas muito elevadas com a saúde (LANCET, 2020).

1.1 Descrição e situação Problemática

Que impacto tem a elaboração do Guia de Orientação de Enfermagem Voltado ao Doente com Asma Brônquica no Hospital Municipal da Caála ?

1.2 Objectivo geral

Propor o uso do Guia de Orientação de Enfermagem voltado ao doente com asma brônquica para a melhoria da saúde dos munícipes e a qualidade de vida dos pacientes atendidos no Hospital Municipal da Caála.

1.3 Objectivos específicos

1. Identificar a existência de um guia de enfermagem voltado ao doente com asma brônquica
2. Compor um guia/ elaborar um guia de enfermagem voltado ao doente com asma brônquica
3. Aplicar o Guia de Enfermagem Voltado ao Doente com Asma Brônquica nas designadas consultas para a melhoria do atendimento e promover a saúde e a qualidade de vida dos pacientes e munícipes da Caála;

1.4 Justificativa

Torna-se imperioso, motivador, oportuno, necessário e urgente a escolha do tema sobre Asma Brônquica, após ter-se feito constatações ao longo dos trabalhos feitos como estagiário no Hospital Municipal da Caála e nas salas de emergência e urgência e conteúdos explorados e aprendidos ao longo da formação na carreira de Enfermagem, onde verifiquei que Asma é um sério problema de Saúde no Hospital municipal da Caála, esta doença é uma das principais causas de hospitalização e de consulta externa nos Serviços de Pediatria e de Pneumologia do Hospital Municipal da Caála; tendo constatado que a Asma e as doenças alérgicas constituem um importante problema de Saúde Pública requerendo um plano de prevenção e manuseio de modo a reverter esta situação.

Meu interesse pela temática nasceu porque, como académico preocupa-me e fez-se necessário olhar para essas questões. Muitas famílias lidam com casos de parentes asmáticos e isso faz com que muitas delas não saibam lidar com ela e muitos desses iniciam muito cedo a viver este mal, alguns mesmo desde a tenra idade.

Trazendo o relato da minha experiência pessoal enquanto morador de uma das periferias da cidade da Caála, a minha percepção era completamente diferente, porque não chegava a compreender a gravidade desta doença. Após a minha chegada percebi também uma presença elevada de idosos mergulhados nesta doença.

Por conta dos vários debates levantados na Universidade sobre a temática da Asma Brônquica, fui tendo uma concepção um pouco mais abrangente sobre como esse fenómeno, ou seja, problemática atingem a sociedade angolana, em particular a população das periferias da cidade da Caála, com a qual tive um contacto bem próximo e forte. Essas questões desafiaram-me a desenvolver esse projecto de pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Asma brônquica

A asma brônquica, ou também conhecida por bronquite asmática, é uma doença crônica que atinge cerca de 5% da população segundo a Organização Mundial da Saúde. A doença ganhou até um dia no calendário para incentivar sua conscientização e controle. (OMS, 2021).

Caracterizada por inflamação da via aérea, hiperresponsividade de brônquica e crises de bronco espasmo com obstrução reversível ao fluxo aéreo, a asma causa muitas dúvidas referente ao seu tratamento e cura. (OMS, 2021).

O que poucas pessoas sabem é que a manutenção da asma depende da acção de factores externos variados em indivíduos geneticamente predispostos, e é considerada em todo mundo, um problema de saúde pública, devido a alta prevalência e custos socioeconómicos (OMS, 2021).

2.2 Epidemiologia

Na África, de acordo com o Isaac, a prevalência da asma tem aumentado gradualmente tendo sido observadas as seguintes prevalências em diferentes países: Argélia 8.7%, Etiópia 9.1%, Marrocos 10.4%, Tunísia 11.9%, Nigéria 13.0%, Quênia 15.8% e na África do Sul 20.3%. Neste continente, a prevalência é predominante nas áreas urbanas e semi-rurais, estando este aspecto associado a factores do meio ambiente, condicionados pela adopção de estilo de vida de padrão ocidental. Neste contexto o impacto da asma nas sociedades e nas famílias é relevante com custos elevados directos e indirectos consequentes à elevada mortalidade, principalmente em crianças (NUNES, et al, 2018).

De acordo os com os últimos dados da OMS publicados de 2020, as mortes por Asma em Angola atingiram 1,681 ou 0,80% do total de mortes. A taxa de morte ajustada à idade é de 13,24 por 100 habitantes classifica a Angola # 43 no mundo (WORLDLIFE EXPECTAN, 2020)

As hospitalizações e a mortalidade estão diminuindo na maioria das regiões, em paralelo a um maior acesso aos tratamentos. O custo da asma não controlada é muito elevado para o sistema de saúde e para as famílias. Em casos de asma grave, estima-se que essa comprometa mais de um quarto da

renda familiar entre usuários do Sistema Único de Saúde, mas esse custo pode ser significativamente reduzido com o controle adequado da doença. (Várias intervenções municipais têm se mostrado eficazes no controle dos sintomas da asma, reduzindo o número de exacerbações e hospitalizações. Todavia, os problemas do subdiagnóstico e da falta de capacidade dos profissionais da atenção básica requerem intervenção). Uma experiência nacional de treinamento de equipes de saúde da família por meio de cuidados colaborativos em doenças respiratórias crônicas e com apoio de especialistas tem sido bem sucedida e pode ser expandida (PIZZICHINI, 2020, P. 38).

A maior prevalência de asma brônquica foi associada ao aumento da obesidade. Por causa dessa associação, agora considera-se a obesidade um importante fator de risco modificável para asma brônquica. A obesidade muitas vezes precede o diagnóstico da asma brônquica. Os principais mediadores envolvidos em estudos observacionais e transversais são a leptina, adipocinas e a IL-6 sérica. Entretanto, os mecanismos subjacentes ainda não são conhecidos. Vários estudos mostraram diminuição da gravidade e exacerbações da asma brônquica após perda ponderal (4) (ORTEGA et al, 2022).

2.3 Tipos de asma

Asma alérgica: A asma alérgica (ou induzida por alergia) é um tipo frequente de asma que é desencadeada ou piorada por factores alérgicos (poeira, ácaros, pelos de animais, cheiros fortes, pole e mofo especialmente). Correspondem a 90% dos quadros de asma em crianças e 60% em adultos.

Asma Brônquica: É um sinônimo para asma. Trata-se da inflamação crônica dos brônquios com inchaço, estreitamento e dificuldade para a passagem do ar.

Asma crônica: Outro sinônimo para asma ou asma brônquica. O termo asma crônica significa que a doença é de longa duração e seus momentos de piora são chamados de crises de asma ou crises de sibilância.

Asma não alérgica: Mais frequente em adultos, ocorre em resposta a factores externos como exercícios físicos, estresse, ansiedade, ar frio ou seco.

Bronquite asmática: Bronquite e asma são doenças diferentes. A asma, como explicado acima, é um processo inflamatório das vias aéreas que pode ter origem alérgica ou não, mas que não tem um agente infeccioso envolvido. A bronquite é uma inflamação das vias aéreas, brônquios, por um processo infeccioso, ou seja viral e/ou bacteriano (VELOSO, 2020).

2.4 Sintomas

Os sintomas marcantes de uma exacerbação da asma são: aumento progressivo da dispneia, sibilância, taquipneia e sinais clínicos de esforço respiratório como batimento de aleta nasal, tiragem intercostal, retracção de fúrcula e conseqüentemente redução do fluxo respiratório, sinais estes que são claramente visíveis em um paciente em crise.

Em geral, pacientes asmáticos apresentam previamente um quadro conhecido como marcha atópica, essa manifestação clínica é marcada por uma progressão frequente de sintomas alérgicos em crianças e em geral o eczema alérgico é a forma mais frequente das primeiras apresentações desse quadro e isso é tão prevalente que uma em cada três crianças desenvolve asma tardiamente em relação a eczema atópica, no entanto, ainda não se tem na literatura uma definição clara da etiologia da doença. (HAKTANIR ABUL; PHIPATANAKUL, 2019).

A probabilidade de que o paciente tenha asma é aumentada pela presença dos seguintes achados:

- 1) Sibilos, dispneia, tosse, cansaço aos esforços, aperto no peito (mais do que um achado, especialmente em adultos);
- 2) Sintomas pioram à noite ou pela manhã;
- 3) Sintomas variam de intensidade ao longo do tempo;
- 4) Sintomas mais frequentes em vigência de infecções virais de vias aéreas;
- 5) Sintomas são desencadeados por exposição a alérgenos, exercício, mudanças climáticas, riso, choro ou ainda por irritantes respiratórios, como fumaça ou cheiros fortes (BRASILIA, 2021; IBÉRICA,2020).

Os sinais e sintomas mais comuns da asma são a falta de ar, o broncoespasmo (caracterizado por um chiado no peito durante a respiração) e a tosse. Muitos pacientes também queixam-se de sensação de peso ou compressão no peito. Uma característica típica da asma é o agravamento dos sintomas à noite (PINHEIRO, 2022).

2.5 Sinais de gravidade

Alguns pacientes além de apresentarem asma persistente moderada a grave, também podem apresentar severos ataques agudo de asma, sendo necessário pronto atendimento médico.

Os sinais de gravidade de uma crise asmática incluem:

- 1) Grande esforço para respirar.
- 2) Lábios arroxeados ou azulados.
- 3) Crise de ansiedade.
- 4) Dificuldade para falar.
- 5) Intensa sudorese.
- 6) Nítido uso da musculatura torácica, abdominal ou do pescoço durante a respiração.
- 7) Redução da consciência ou confusão mental (PINHEIRO, 2022).

2.6 Causas

Não sabemos exatamente o que leva um indivíduo a desenvolver asma. Sabemos, contudo, que há um forte fator genético, pois a doença costuma acometer vários membros de uma mesma família. Se um dos pais sofre de asma, o risco de o filho ter a doença é de 25%. Se o pai e a mãe forem asmáticos, o risco sobe para cerca de 50% (PINHEIRO, 2022).

Por outro lado, os seguintes achados reduzem a probabilidade de sintomas respiratórios serem causados por asma:

- 6) Tosse isolada, sem outros sintomas respiratórios;
- 7) Achados sugestivos de refluxo gastro esofágico;
- 8) Expectoração crônica;
- 9) Falta de ar associada à tontura ou formigamento nas extremidades (parestesias);

2.6.1 Factores desencadeastes

Em geral, nos pacientes portadores de asma, as crises asmáticas são desencadeadas por factores conhecidos, que devem ser evitados sempre que possível. Na ampla maioria dos casos, os factores predisponentes são substâncias aspiradas pelo ar (PINHEIRO, 2022).

Entre os mais comuns gatilhos das crises de asma, podemos citar:

- 1) Fumaça.
- 2) Cigarros.
- 3) Poluição atmosférica.
- 4) Pólen.
- 5) Poeira.

- 6) Pelo de animais domésticos.
- 7) Mofo.
- 8) Infecções virais ou bacterianas das vias respiratórias.
- 9) Cheiro forte de produtos químicos (tinta, perfume, querosene, etc.)
- 10) Ar frio.
- 11) Ácaros.
- 12) Ambientes com baratas.

2.6.2 Alergia a certos alimentos (ovos, leite, amendoim, soja, frutos do mar, corantes, etc.).

- 13) Medicamentos (aspirina, anti-inflamatórios e beta-bloqueadores) (PINHEIRO, 2022).

2.6.3 Consequências

- 10) Dor no peito;
- 11) Dispneia induzida pelo exercício com inspiração ruidosa (BRASILIA, 2021; SPRINGER, 2020).

2.6.4 Diagnóstico

O diagnóstico é clínico, baseado na história familiar, histórico de sintomas e exame físico.

2.6.5 Diagnóstico em crianças

Por razões desconhecidas, as crianças com asma respondem a determinados estímulos (factores desencadeantes) de forma diferente das crianças sem a doença. As crianças com asma podem ter certos genes que as tornam mais susceptíveis a reagirem a certos factores desencadeantes. A maioria das crianças com asma também têm pais e irmãos ou outros parentes com asma, o que é evidência de que os genes são relevantes na asma (BHATIA, 2022).

2.6.6 Lactentes, crianças e adolescentes

É difícil fazer o diagnóstico de asma nos lactentes e, por conseguinte, é comum o quadro não ser reconhecido, nem tratado (ver também Sibilos e asma em recém-nascidos e crianças pequenas). Tentativas empíricas com broncodilatadores inaláveis e fármacos anti-inflamatórios podem ser úteis para ambos. Pode-se administrar os

fármacos por nebulizadores ou inalador com dose medida (IDM), com câmara de retenção com ou sem máscara facial. Lactentes e crianças < 5 anos de idade que necessitem de tratamento > 2 vezes/semana devem receber terapia anti-inflamatória diária, com corticoides inaláveis (preferidos), antagonistas de receptor de leucotrieno ou cromolina (BAPTISTA, et al, 2020).

Existem muitos factores desencadeastes potenciais e a maioria das crianças responde apenas a alguns deles. No entanto, em algumas crianças, não é possível identificar os factores desencadeastes específicos das crises. As Crianças com asma apresentam, frequentemente, exame físico normal no período entre as crises. A anormalidade observada com mais frequência é a presença de sibilos expiratórios à ausculta pulmonar. Chiado no peito, tempo expiratório prolongado e tiragem intercostal são outros sinais indicativos de obstrução de vias aéreas inferiores e observados em pacientes com asma não controlada. Na criança, podem ser observados sinais de atopia associados²¹, como rinite alérgica, dermatite atópica/eczema e conjuntivite alérgica (BHATIA, 2022; BRASÍLIA, 2021).

Todos os factores desencadeastes resultam em uma resposta semelhante. Certas células das vias respiratórias liberam substâncias químicas. Estas substâncias Causam:

- 1) Inflamação e inchaço das vias aéreas
- 2) Estimula a contracção das células musculares nas paredes das vias aéreas
- 3) Aumenta a produção de muco nas vias aéreas

Cada uma dessas respostas contribui para um estreitamento repentino das vias respiratórias (crise de asma). Na maioria das crianças, as vias respiratórias voltam ao normal entre as crises de asma. A estimulação repetida por essas substâncias químicas aumenta a produção de muco nas vias respiratórias, provoca a liberação das células que revestem as referidas vias e a hipertrofia das células musculares das suas paredes. Os médicos não compreendem completamente o motivo pelo qual algumas crianças desenvolvem asma; contudo, numerosos factores de risco são reconhecidos:

- 1) Factores hereditários e pré-natais
- 2) Exposição a alérgenos
- 3) Infecções virais

4) Dieta

Uma criança com pai ou mãe com asma tem 25% de chance de desenvolver asma. Caso ambos os pais tenham asma, o risco aumenta para 50%. Crianças cuja mãe fumou durante a gravidez podem ter maior probabilidade de desenvolver asma. A asma também foi associada a outros fatores relacionados à mãe, como idade precoce ao se tornar mãe, má nutrição e falta de amamentação. Prematuridade e baixo peso de nascimento também são fatores de risco (BHATIA, 2022).

Um médico suspeita de asma em crianças que têm repetidos episódios de sibilos, em particular quando se sabe que familiares sofrem de asma ou alergias. No entanto, a asma é apenas uma das várias causas de sibilos. Radiografias do tórax são raramente necessárias para o diagnóstico da asma em crianças. Normalmente, radiografias só são feitas se os médicos acreditarem que os sintomas da criança podem ser causados por outra doença, como pneumonia. Às vezes, os médicos fazem testes de alergia para ajudar a determinar possíveis fatores desencadeantes. (IBÉRICA, 2020)

Nas crianças com episódios frequentes de sibilos, é possível fazer exames quanto à presença de outros distúrbios, como fibrose cística ou refluxo gastroesofágico. Às vezes, as crianças mais velhas fazem exames que são usados para medir o funcionamento de seus pulmões (exames de função pulmonar). Na maioria das crianças com asma, a função pulmonar é normal entre as crises (BHATIA, 2022; IBÉRICA, 2020).

Quadro 2: Controle de Crianças.

Descrição dos sintomas	Nível do controle dos sintomas		
	Bem controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
Nas últimas 4 semanas, a criança teve:			
Sintomas de asma diurnos por mais do que poucos minutos, mais do que 1 vez na semana? () SIM () NÃO	NÃO para todas as questões.	SIM para 1 ou 2 questões.	SIM para 3 ou 4 questões.
Qualquer limitação de atividade devido à asma (corre/brinca menos do que outras crianças, cansa mais facilmente durante caminhadas / brincadeiras)? () SIM () NÃO			
Medicação de alívio* necessária mais de 1-2 vezes por semana? () SIM () NÃO			
Qualquer despertar noturno ou tosse noturna devido a asma? () SIM () NÃO			

Fonte: (Molina-Bastos, et al, 2022).

Pode-se tratar crianças > 5 anos de idade e adolescentes asmáticos de maneira semelhante aos adultos exceto que antagonistas muscarínicos de ação prolongada não são recomendados. Além disso, o zileutona só deve ser usado em crianças ≥ 12 anos de idade. Deve-se encorajar crianças > 5 anos de idade e adolescentes asmáticos a manter participação em atividades físicas, exercícios e esportes. Normas previstas para os testes de função pulmonar, em adolescentes, são próximas dos padrões das crianças (e não dos adultos). Crianças mais maduras e adolescentes devem participar do desenvolvimento do planejamento do próprio tratamento da asma e estabelecer os próprios objetivos para a terapia, com o intuito de melhorar a complacência (BAPTIST AP et al, 2020).

O plano de ação deve ser compreendido por professores e enfermeiros escolares para garantir o acesso imediato e seguro aos fármacos de resgate. Com frequência, realizam-se tentativas com cromolina e nedocromila nesse grupo, mas não são tão benéficas quanto aquelas com corticoides inaláveis. Os fármacos de ação prolongada previnem problemas (p. ex., inconveniência, dificuldade) de ter de ingerir fármacos na escola. (BAPTIST AP, et al, 2020).

2.6.7 Gestantes

A asma é comum em gestantes e tem curso individual imprevisível, com controle inalterado em um terço, melhora em um terço e piora em um terço 40,41. Menos da metade das gestantes asmáticas recebem tratamento com CI, o que pode refletir baixa adesão por temor de efeitos indesejados ao feto ou desconhecimento da importância do controle da asma na gestação (BASTOS et al, 2022)

Exacerbações são comuns durante a gestação, especialmente no segundo trimestre, e devem ser prontamente tratadas, reduzindo o risco de hipóxia fetal. A segurança dos SABA, como o salbutamol e o fenoterol, está bem estabelecida e estes devem ser utilizados nas crises. Podem ser associados ao ipratrópio (SAMA) nas exacerbações graves. As doses estão descritas no Fluxograma (BRASILIA, 2021; BASTOS et al, 2022)

O benefício materno e fetal do uso de medicações para atingir um bom controle e prevenir exacerbações na gestação é sempre maior do que o risco, mesmo daqueles

fármacos cuja segurança ainda não foi inequivocamente comprovada (CYNTHIA et al, 2022)

Gestantes com asma moderada (conforme Definindo a gravidade da asma) devem ter os broncodilatadores de longa ação acrescentados ao tratamento, embora a evidência de segurança do seu uso ainda seja escassa. O formoterol é preferível, por estar disponível há mais tempo e em formulações isoladas (IBÉRICA, 2020).

Cerca de um terço dos asmáticos do sexo feminino que engravidam relatam alívio dos sintomas, um terço relata piora (às vezes, a um grau extremo) e um terço não relata qualquer modificação. Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) pode ser um importante contribuinte para a doença sintomática na gravidez. O controle da asma durante a gestação é essencial porque a doença materna mal controlada pode resultar em aumento da mortalidade pré-natal, parto prematuro e baixo peso ao nascer (BAPTISTA, et al: 2020).

Não há demonstração de que os fármacos para a asma provoquem efeitos adversos ao feto, mas não existem dados de segurança. (Ver também as diretrizes do National Asthma Education and Prevention Program, Managing Asthma During Pregnancy: Recommendations for Pharmacologic Treatment–Update 2004.) Em geral, a asma não controlada é um risco maior para a mãe e para o feto do que os efeitos adversos decorrentes dos fármacos para a asma. Durante a gestação, o nível de PCO₂ normal é de aproximadamente 32 mmHg. Portanto, provavelmente ocorre retenção de dióxido de carbono se a PCO₂ se aproximar de 40 mmHg (BAPTISTA, et al: 2020).

2.6.8 Avaliação do controle da doença e fatores de risco de gravidade

Avaliado a partir da ocorrência de sintomas respiratórios diurnos e noturnos, limitação para atividades físicas esperadas para a idade e necessidade de medicação de resgate.

O pulmão é um órgão que está continuamente exposto à agressão de vários antigénios (AG). O alérgeno ao entrar em contacto com as células apresentadoras do antígeno (macrófagos alveolares), intersticiais e dendríticas inicia uma complexa cascata inflamatória levando à activação dos linfócitos T (helper). Os linfócitos T activados libertam interleucinas e estimulam os linfócitos B responsáveis pela produção de imunoglobulina E (IgE) específica. Estas ligam-se ao AG e aos receptores de

superfície dos mastócitos, ativando-os para liberação de mediadores inflamatórios. Os mastócitos induzem a maturação dos eosinófilos e neutrófilos, conduzindo à resposta inflamatória aguda e tardia responsáveis pelas manifestações clínico-funcionais, sendo um dos componentes principais o estreitamento brônquico (NUNES, et al, 2018).

No acompanhamento dos pacientes com asma é necessário avaliar o controle dos sintomas com o tratamento atual e identificar riscos futuros para desfechos desfavoráveis.

2.6.9 Controle dos sintomas da asma

Avaliado a partir da ocorrência de sintomas respiratórios, limitação para atividades físicas e necessidade de medicação de resgate.

A asma é considerada controlada quando o paciente não tem limitação de suas atividades diárias, não apresenta despertar noturno devido à asma e apresenta sintomas diurnos e necessidade de medicação de resgate inferior a duas vezes por semana, nas últimas 4 semanas. Considera-se asma parcialmente controlada e não controlada se o paciente apresenta pelo menos um dos critérios, conforme o quadro a seguir.

Quadro 3: Fatores de risco para desfechos desfavoráveis em adultos, adolescentes e crianças a partir de 6 ano

Fatores de risco para exacerbações de asma nos próximos meses
<ul style="list-style-type: none">● sintomas não controlados de asma;● uma ou mais exacerbações (visita a emergência, hospitalização, uso de corticoide oral) no último ano;● o início da estação de "surto" usual da criança (especialmente no outono);● exposições como fumaça de cigarro, poluição do ar, alérgenos (ácaro da poeira doméstica, barata, animais de estimação, mofo), especialmente em combinação com infecção viral;● problemas psicológicos ou socioeconômicos para a criança ou família;● má adesão ao tratamento de controle ou técnica inalatória inadequada;● poluição.
Fatores de risco para limitação fixa do fluxo aéreo
<ul style="list-style-type: none">● asma grave com diversas hospitalizações;● história de bronquiolite.
Fatores de risco para efeitos adversos de medicação
<ul style="list-style-type: none">● sistêmicos: cursos frequentes de corticoide oral, alta dose ou CI potente;● locais: moderada/alta dose ou CI potente, técnica inalatória incorreta, falha em proteger olhos ou pele quando usando CI por nebulização ou espaçador com máscara facial.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Global Initiative for Asthma (2021).

2.7 Tratamento

O tratamento da asma tem por objetivo atingir e manter o controle da doença, que é definido como a intensidade com que as manifestações da doença são suprimidas pelo tratamento. Compreende dois domínios distintos: o controle das limitações clínicas presentes, ou seja, sintomas mínimos durante o dia e ausência de sintomas à noite, pouca ou nenhuma necessidade de uso de medicamentos de alívio e ausência de limitação das atividades físicas e, um segundo domínio, de redução dos riscos futuros, ou seja, das exacerbações, da perda da função pulmonar e dos efeitos adversos do tratamento (NUNES, et al, 2018).

O tratamento contempla medidas medicamentosas e não medicamentosas. A identificação dos fatores de risco pode auxiliar na prevenção de crises O cuidado com o ambiente é muito importante, reduzindo objetos que acumulem poeira e ácaros, evitando a fumaça do cigarro e mantendo ambientes arejados e limpos (VELOSO, 2020).

No tratamento medicamentoso, existem os medicamentos de uso contínuo, para reduzir o processo inflamatório crônico típico da asma. No resgate das crise, o uso de medicamentos inalatórios, principalmente os broncodilatadores, e glicorticóides (inalatórios e orais) são importantes. As crises podem ser graves e necessitem de oxigênio, portanto estejam sempre atentos a gravidade dos sintomas e sempre que necessário procure o serviço de saúde (VELOSO, 2020).

2.8 Dispositivos inalatórios

Os medicamentos inalatórios estão disponíveis em várias apresentações, incluindo soluções para nebulização, dispositivos de dose medida pressurizada (pMDI, spray dosimetrado) e dispositivos de pó. A escolha do inalador deve levar em conta a idade, a adaptação do paciente e o acesso aos medicamentos (NUNES, et al, 2018).

Os aerossóis pressurizados são os dispositivos mais usados. Contém na sua formulação um propelente, o hidrofluoroalcano (HFA), conforme resoluções do Protocolo de Montreal para redução de danos à camada de ozônio. A utilização de aerossóis pressurizados pode ser feita associado ao uso de espaçador, especialmente

quando são usadas doses médias e altas de CI e nas exacerbações mais graves (NUNES, et al, 2018).

Inaladores de pó são acionados pela inspiração. Não são recomendados para crianças menores de 6 anos, nem para casos com sinais de insuficiência respiratória aguda mais grave, pois exigem um fluxo inspiratório mínimo, geralmente acima de 60 L/min, para disparo do mecanismo e desagregação das partículas do fármaco (NUNES, et al, 2018).

2.9 Planeamento do tratamento

2.9.1 Asma brônquica

2.10 O que fazer em uma crise de asma?

Todo asmático deve ter acompanhamento regular do seu médico, que fornecerá as orientações sobre o tratamento contínuo e o manejo das crises. Além dessa prescrição, a conversa sobre a melhora esperada após as medicações de resgate da crise e sobre o momento para ir a um pronto atendimento de urgência é de suma importância. (VELOSO, 2020).

Caso seja sua primeira manifestação, ou de alguém sob seus cuidados, recomenda-se procurar atendimento hospitalar sem demora. O tratamento deve ser planeado em conjunto com o doente, tendo em conta as suas prioridades e preferências, de forma a aumentar a adesão ao tratamento (VELOSO, 2020).

2.11 Para melhor acompanhamento regular

1- Questione o doente

Porque está aqui hoje?

- O que pensa que poderá ser?
- O que sabe sobre a asma?
- O que sente ao ser-lhe diagnosticada asma?

2. Aconselhe

- A asma afeta um grande número de pessoas, e com um tratamento adequado, é possível controlar a doença e não necessita de restringir a sua vida e o que gosta de fazer.
- O auto-cuidado e uma boa compreensão da doença são fundamentais. É importante saber reconhecer os sintomas e tomar a medicação sempre de forma correta.
- Ao realizar um diagnóstico mais preciso, o tratamento será mais eficaz e sentirá menos limitações na sua atividade diária devido à doença (IBÉRICA,2020: BHATIA, 2022)

3. Intervenção

- Faça uma prova terapêutica supervisionada (ICS e SABA ou LABA-) como uma forma de ajudar o doente a participar na decisão do seu próprio diagnóstico.
- Explique o que é a asma usando modelos, desenhos, metáforas ou vídeos.
- Forneça endereços de páginas da Internet de confiança para que o doente possa obter informações (por exemplo, sites de associações de doentes).
- Seja compreensivo e use frases que demonstrem empatia e interesse para com o doente, para ajudar a desenvolver confiança (IBÉRICA, 2020; BHATIA, 2022)

2.12 Como mostrar interesse?

1. Questione o doente

- Como é que a sua asma afeta atualmente a sua vida diária e como gostaria de mudar isso?
- Como gostaria de estar em relação à sua asma daqui a seis meses?
- Que tipo de atividades gostaria de poder fazer?
- Para si o que é importante num inalador? (por exemplo, quão portátil este é?)
- Que fatores lhe podem dificultar o uso da medicação? (por exemplo, está preocupado com o custo dos inaladores?)
- Fumou nos últimos 12 meses, mesmo que apenas de forma ocasional?

2. Aconselhe

-Explique que existem diferentes tipos de medicamentos e inaladores e aconselhe quais serão os mais apropriados para o doente.

-Explique para que servem as câmaras expansoras e avalie se o doente quer ou precisa de uma, prescrevendo-a se necessário.

-Avise o doente de que a técnica de inalação deve ser revista periodicamente como parte do seu seguimento, dizendo: “Com o tempo, todos nós vamos perdendo a capacidade técnica, por isso vamos rever a sua de tempos a tempos”. (IBÉRICA, 2020)

Dê exemplos de possíveis fatores desencadeastes (por exemplo, alérgenos, exercício, ou fatores ambientais).

3. Intervenção

-Mostre ao doente alguns inaladores.

-Demonstre a técnica inalatória usando placebos, ofereça folhetos e vídeos para ajudar na técnica*.

-Planifique em conjunto com o doente como lidar com possíveis fatores desencadeastes.

-Elabore o plano de tratamento tendo em conta as circunstâncias pessoais do doente, a sua capacidade e a vontade de evitar os fatores desencadeastes.

-Desenvolva com o doente um plano de ação escrito que explique claramente como reconhecer quando algo está errado, o que fazer e onde e como procurar ajuda.

-Ajude os doentes fumadores a deixar de fumar.

-No final da consulta, peça ao doente para resumir o que ficou acordado e verifique se ele compreendeu e se concorda (IBÉRICA, 2020).

2.13 Monitoramento

A avaliação da resposta ao treatment da asma deve ser feita pela combinação de parâmetros clínicos, pelo questionário de controle da asma e parâmetros funcionais e pela espirometria. Após a obtenção e manutenção do controle da asma por um tempo mínimo de 3 meses, as doses devem ser ajustadas, objetivando utilizar as menores doses para manter o controle da asma. A suspensão completa do treatment não é recomendada por aumentar o risco de exacerbações. A espirometria deve ser feita anualmente, sendo que nos pacientes mais graves, a cada 3-6 meses, com intuito de avaliar se existe perda progressiva funcional.

Diversos fatores podem piorar o controle da asma e devem ser avaliados antes de qualquer modificação no treatment medicamentoso naqueles pacientes com asma parcialmente controlada ou não controlada. Entre esses fatores desencadeantes/agravantes destacam-se a exposição domiciliar à poeira ou fumaça, a exposição ocupacional, a baixa adesão medicamentosa, a técnica inalatória inadequada, o uso de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides ou β -bloqueadores, o tabagismo e outras comorbidades, Como rinosinusite, doença do refluxo gastroesofágico, obesidade, síndrome da apneia do sono, entre outras.

Avaliações por anamnese, por contagem de medicamentos, por verificações do registro da farmácia são métodos à disposição que devem ser empregados para checar a adesão, Uma vez que no Brasil somente 32% dos asmáticos aderem ao treatment.

Há um interesse crescente no desenvolvimento de métodos mais acurados para aferir a adesão ao treatment e o uso de dispositivos eletrônicos pode ser Uma alternativa. A técnica adequada de uso do dispositivo inalatório é essencial para o sucesso terapêutico. Após checar fatores de descontrole, deve-se ajustar o treatment medicamentoso com aumento na dose e/ou na quantidade de medicamentos para atingir e manter o controle da asma.

Dessa forma, se na revisão o paciente estiver parcialmente controlado ou não controlado, recomenda-se Fazer *step up* (aumentar a dose ou a quantidade de medicamentos para etapa superior). Em pacientes com asma controlada há, pelo menos 3 meses, recomenda-se *step down* (voltar para a etapa anterior), com o objective de

utilizar a menor dose possível dos medicamentos, mantendo o controle e prevenindo riscos futuros (Figura 1).

Ressalta-se a importância da monitorização do tratamento destes pacientes pela morbidade associada à doença e necessidade de controle dos efeitos adversos dos medicamentos. Avaliação contínua da adesão e da resposta ao tratamento deve ser realizada por equipe multidisciplinar. Todo asmático deve ter um plano de ação por escrito, com o objetivo de auxiliá-lo a reconhecer e ajustar o tratamento precocemente, se piorar. A educação do paciente é fundamental para monitorar e reconhecer sintomas de piora da asma ou da perda do controle, para reconhecer sintomas de exacerbação e adotar as estratégias do tratamento domiciliar das crises. Deve conter orientações dos medicamentos de uso diário e de resgate, quando iniciar corticoide oral e quando procurar auxílio médico de emergência ou urgência.

Os pacientes portadores de asma de difícil controle deve ser encaminhado para avaliação e acompanhamento com médico especialista (pneumologista, alergista ou pneumopediatra)

2.14 Critério de inclusão:

Foram incluídos consecutivamente todos os pacientes hospitalizados por motivos clínicos na unidade de internação geral no hospital municipal da Caála que tenham apresentados sinais clínicos para asma, ou tenham preferido uma consulta.

2.15 Critério de exclusão:

Foram excluídos os pacientes que não tenham apresentados sinais clínicos de verificação para a asma brônquica, bem como aqueles que cujos responsáveis não aceitaram participar do estudo.

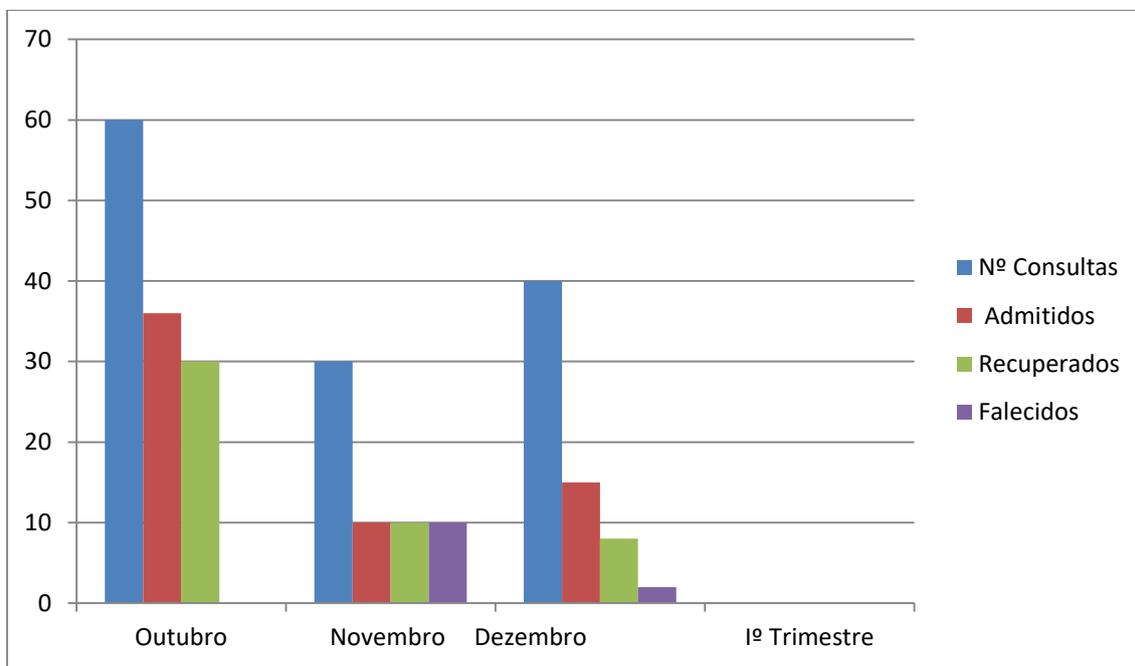
3 DISCRICÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tabela 1 - Dados estatísticos do Hospital municipal da Caála por trimestre

Meses	Nº Consultas	Admitidos	Recuperados	Falecidos
Outubro	60	30	30	0
Novembro	30	10	10	10
Dezembro	40	15	8	2
Iº Trimestre				
Janeiro	38	20	10	0
Fevereiro	30	10	4	1
Março	10	10	10	0
IIº Trimestre				
Abril	43	14	13	0
Maiο	50	8	15	0
Junho	15	10	8	2
IIIº Trimestre				
Julho	60	50	45	5
Agosto	32	24	20	0
Setembro	15	8	8	0
IVº Trimestre				

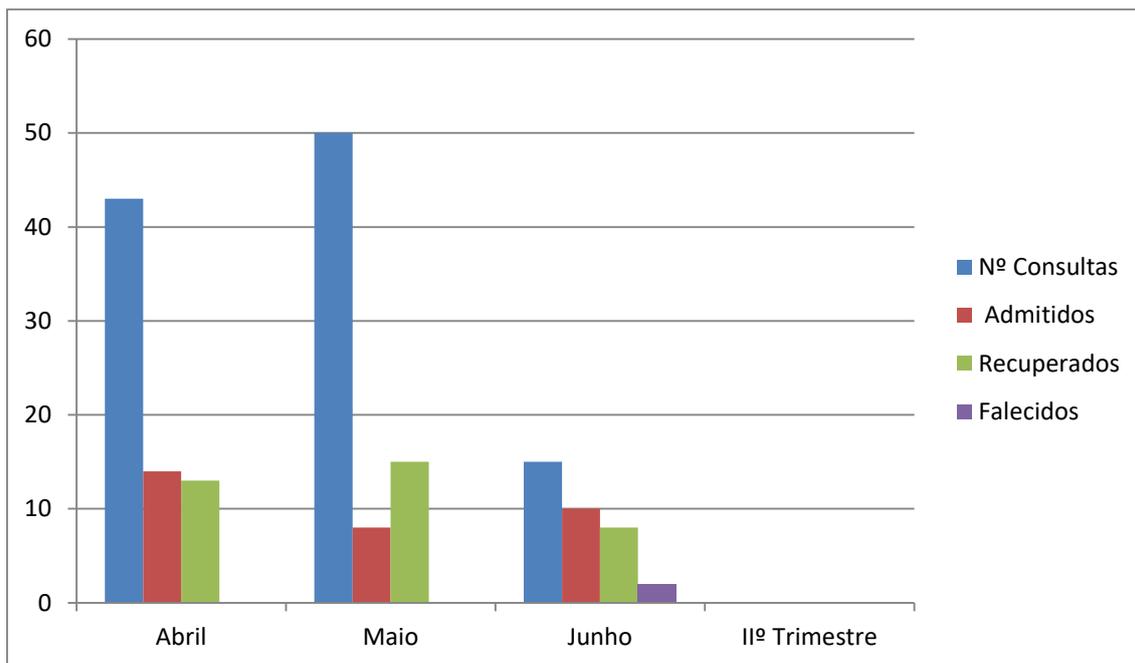
Fonte: (Hospital municipal da Caála).

Gráfico nº 1- Iº Trimestre- Dados estatísticos do Hospital municipal da Caála



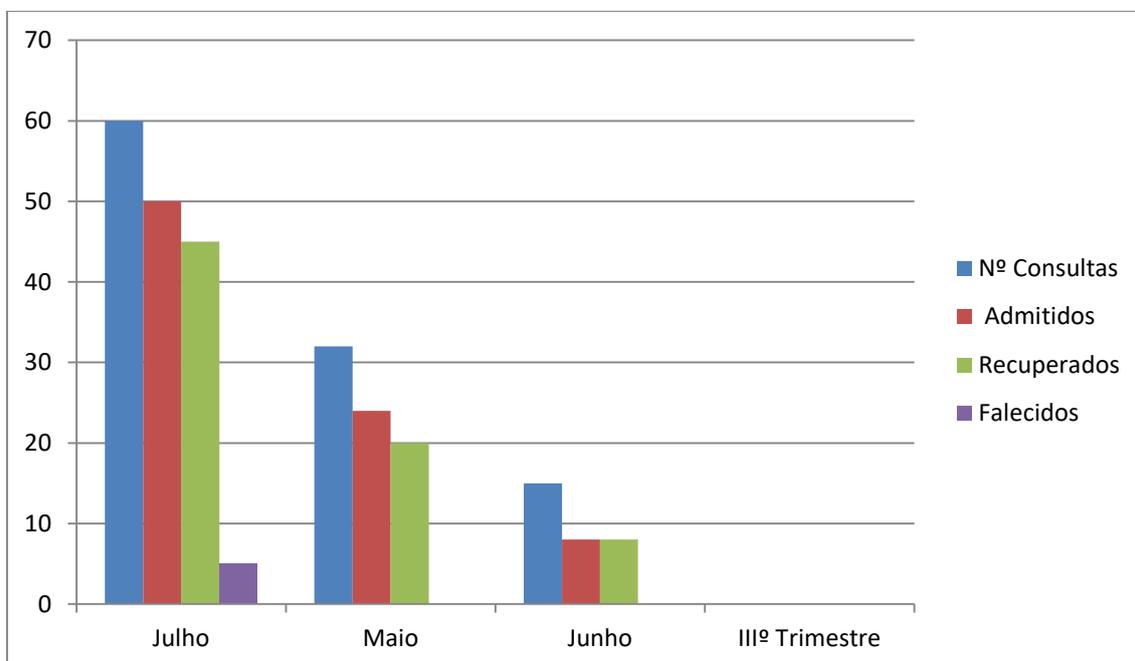
- De acordo aos dados coletados, temos 60 consultas, 35 admitidos e 30 recuperados perfazendo um total de 55% dos pacientes que acorreram a secção e foram atendidos.

Gráfico nº 2- Iº Trimestre- Dados estatísticos do Hospital municipal da Caála



- De acordo aos dados coletados, temos 55 consultas, 14 admitidos e 13 recuperados perfazendo um total de 98% dos pacientes que acorreram a secção e foram atendidos.

Gráfico nº 3- Iº Trimestre- Dados estatísticos do Hospital municipal da Caála



- De acordo aos dados coletados, temos 60 consultas, 50 admitidos e 45 recuperados perfazendo um total de 97% dos pacientes que acorreram a secção e foram atendidos.

Tabela 2 - Condições de moradia e agregado familiar

Moradia	Nº de Doentes	Percentagem
Própria	20	20%
Alugada		
Cedida		
Outros		
Total		20%

Fonte: (Hospital municipal da Caála).

- De acordo aos dados coletados, temos 20 doentes na condição de casa própria, perfazendo um total de 100% dos pacientes que acorreram a secção e foram atendidos.

Gráfico nº 4- Condições de moradia e agregado familiar



Tabela 4 - Agregado familiar

Pessoas que vivem com o doente	Nº	Percentagem
Menores de 6 anos		
7 à 14 anos		
15 à 29 anos		

30 à 45 anos	20	50%
46 à 60 anos	15	47%
Maiores de 60 anos		
Total	35	

Fonte: (Hospital municipal da Caála).

De acordo aos dados coletados, temos 35 pessoas que vivem com o doente, perfazendo um total de 97% dos pacientes que acorreram a secção e foram atendidos.

Gráfico n° 5- Agregado familiar

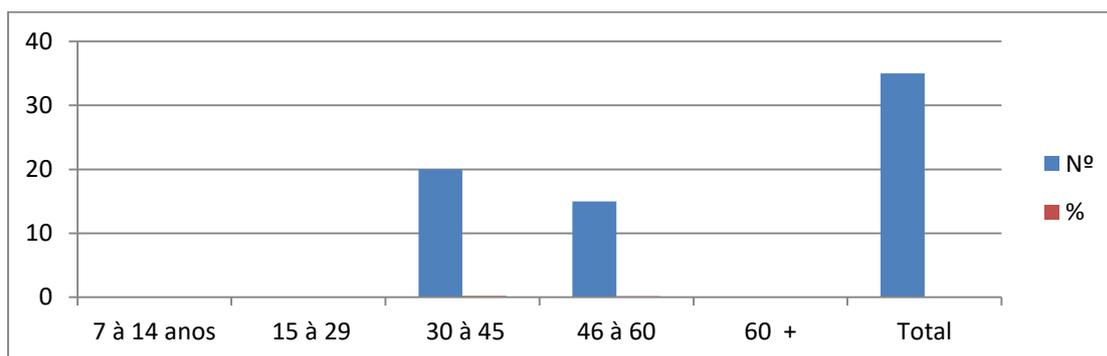


Tabela 6 - Casos novos

Crianças de 6 meses com asma	Sem complicações médicas	Sem síbilos respiratório
15	10	15

Fonte: (Hospital municipal da Caála).

- De acordo aos dados coletados, temos 15 crianças de 6 meses com asma, 10 sem complicações médicas, 15 sem síbilos respiratórios perfazendo um total de 80% dos pacientes que acorreram a secção e foram atendidos com o quadro clínico positivo.

Gráfico n° 6- Casos novos

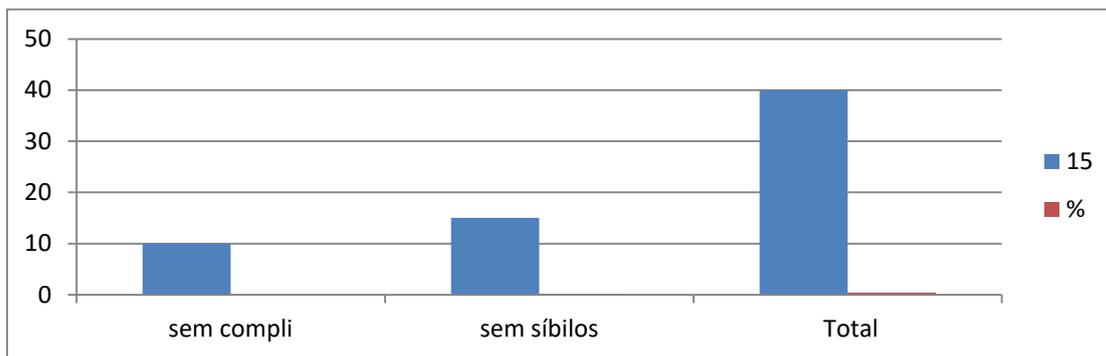


Tabela 7- Casos readmitidos para o mês de Abril

Crianças em internamento	em Em Reabilitação	Abandonadas
20	15	0

Fonte: (Hospital municipal da Caála).

- De acordo aos dados coletados, temos 20 Crianças em internamento, 15 Em Reabilitação e 0 abandonados perfazendo um total de 80% dos pacientes que acorreram a secção e foram atendidos e num estado de reabilitação.

Gráfico nº 7- Casos readmitidos para o mês de Abril

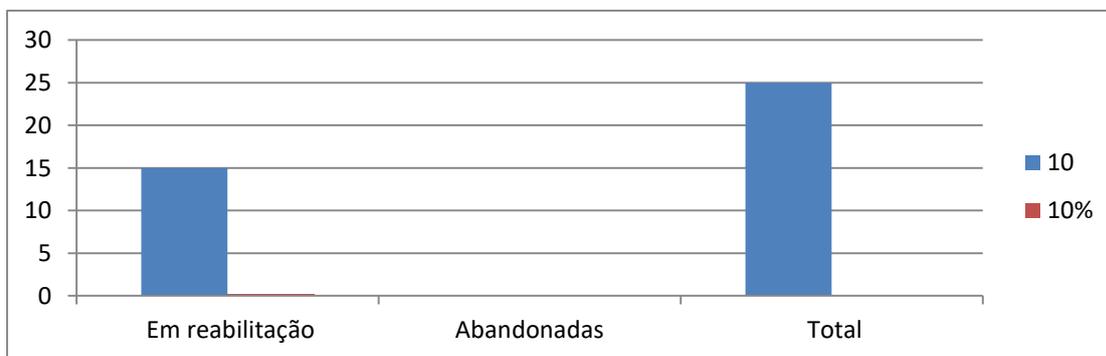


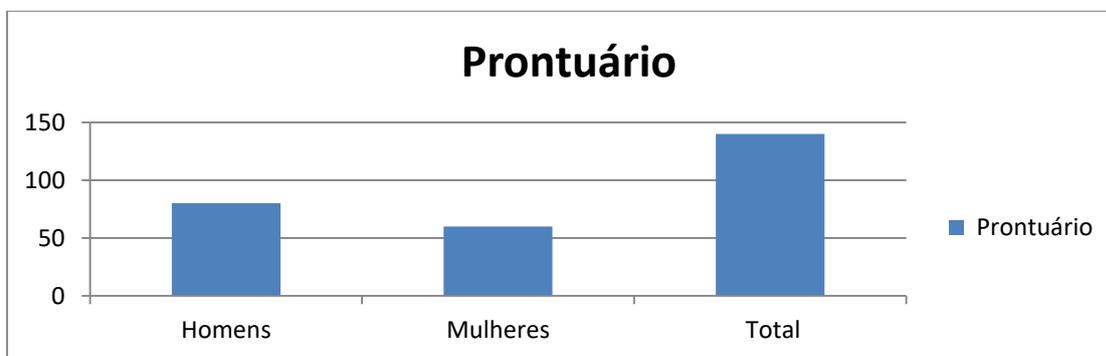
Tabela 8 - Ilustra a percentagem dos Prontuários analisados

Homens	Mulheres
60	80
40%	60%

Fonte: (Hospital municipal da Caála).

- **De acordo aos dados coletados, temos 60 homens e 80 mulheres, perfazendo um total de 100% dos pacientes que acorreram a secção e foram atendidos.**

Gráfico n° 8- Ilustra a percentagem dos Prontuários analisados



4 METODOLOGIA

Tipo de pesquisa Trata-se de uma pesquisa descritiva, fundamentalmente qualitativa, mas que recorre igualmente a dados quantitativos, que de acordo com o local escolhido e a sua delimitação do Hospital municipal da Caála, província do Huambo, remeteu-me para uma abordagem de estudo de caso. Trata-se de um contexto com uma elevada taxa de asma brônquica no Hospital. Este estudo pretende contribuir com o estudo de muitos fatores, como a pobreza, emocionais, gravidez, entre outros.

Foram igualmente levantados os índices da asma brônquica correspondentes a esses anos (2018 à 2023). Para além dessa recolha documental foram igualmente entrevistadas as pessoas responsáveis, nomeadamente o diretor desta unidade de Saúde no município da Caála, província do Huambo, para perceber o que pensam da importância de entenderem quais os fatores da asma brônquica bem como perceber que opiniões têm sobre a asma brônquica. Esta recolha teve como objetivo principal reunir um conjunto de informações relevantes que permitissem compreender a dinâmica a dimensão desta problemática rumo a sua efetiva resolução, a partir da interpretação das percepções dos entrevistados e dos documentos analisados

4.1 Local de Estudo

Para a elaboração do projecto de intervenção foram seguidas as seguintes etapas:

Realização do diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida onde foram identificados os vários problemas que afectam a população adscrita a Unidade Básica de Saúde da Caála criado em 1970, nas áreas das doenças respiratórias agudas serviços pediatria medicina banco de urgência bloco operatório entre outros assegurados por 158 profissionais e conta com 162 camas, localizado na sede municipal da Caála, um dos Município da Província da Huambo, em Angola. Tem 3.680 km² e cerca de 366.480 habitantes. Localiza-se na parte central do Município. A partir desta etapa, foram elencados os mais importantes e priorizado aquele que a equipe tem condições de intervir com os recursos existentes. **(Elaboração Própria e Relatório Descritivo do Hospital Municipal da Caála)**

ANEXOS

ANEXO 1- Débito varia de 0,1 a 0,5 ml/ min - Directamente relacionado com o fluxo e diminui com o tempo de nebulização



ANEXO 2- O aerossol é produzido através de vibração em cristal - Forma partículas equivalentes aos nebulizadores convencionais - Maior produção de aerossol - Pode aquecer a solução - Evaporação é mínima - Pode degradar substâncias activas.



ANEXO 3- Diferentes tipos de diabetómetros e seu uso



ANEXO 4- Inaladores de pó Estes IPs são accionados pela inspiração, o doente precisa de colaborar para gerar fluxo inspiratório de mínimo 30l/min



ANEXO 5- Ilustração de imagem do exame feito para uma idosa no local de estudo



Fonte: Hospital municipal da Caála

NEXO 7 - Ilustração de imagem do exame feito para uma idosa no local de estudo



Fonte: Hospital municipal da Caála

ANEXO 6 - Ilustração de imagem da caracterização do local de estudo (Hospital Municipal da Caála).



ALMEIDA DUMBO CATUMBELA

Questionário de Inquérito designado aos Pacientes

O presente inquérito elaborado pelo estudante acima mencionado, tem como objectivo fazer o levantamento de dados sobre o tema “ **ASMA BRÔNQUICA**” NO **HOSPITAL MUNICIPAL DA CAÁLA**.

Idade _____ anos

Dos 0 aos 2 anos.

Dos 2 a 3 anos

Dos 3 a 4 anos

Dos 4 a 5 anos

Nível de escolaridade dos agregados

N. Primário

N. Secundário.....

Superior

Outros

Sexo F.....

M.....

Estado Civil

Casada..

Solteira..

Outros..

Residência _____

Corpo do texto

1ª Trabalha ou tem alguma ocupação

Sim Não...

Se Sim diga alguma coisa: _____

2ª Já ouviu falar sobre a asma brônquica?

Sim... ; Não..... ; Talvez....

3ª Por qual meio ouviu falar da asma brônquica?

Rádio..... ;Televisão....

Jornais... Escolas..... Centro Hospitalar...

4ª Tem conhecimento das causas e consequências da asma brônquica?

Sim Não.....

5ª Tem noções sobre as medidas preventivas ou tratamento?

Sim... Não..... Talvez

6ª O paciente refere tosse à noite?

Sim... Não..... Talvez

7ª O paciente apresenta dificuldade respiratória com sibilos ou tosse após o exercício?

Sim... Não..... Talvez

8ª O paciente apresenta sibilos, opressão torácica ou tosse após exposição a alérgenos ou poluentes?

Sim... Não..... Talvez

ALMEIDA DUMBO CATUMBELA

Questionário de Inquérito designado aos Profissionais de saúde

Local: Hospital Municipal da Caála

Nome da escola:

Idade:

Formação académica (nome do curso e ano de conclusão

Graduação: _____ ()

Especialização _____ ()

Mestrado Doutorado: _____ ()

Ano de ingresso na docência: _____

1. As políticas públicas e sociais já existentes são suficientes para a diminuição da Asma Brônquica? Em sua opinião, há falhas nessas políticas?

2. As questões socioeconômicas da população do município do Longojo são um dos principais causadores da Asma Brônquica. Com isso, o governo pode ser responsabilizado pela a grande taxa da Asma Brônquica?

3. Você já observou impactos sociais causados pela mal nutrição? Onde e quando?

4. Em sua opinião e nas vivencias em sala de tratamento, quais as causas mais comuns que levam populações à Asma Brônquica?

5. Você já presenciou alguma regressão hospitalar (a) após Asma Brônquica? Se sim, esse retorno teve dificuldades?

6. Como a taxa de Asma Brônquica hospitalar pode ser diminuída?

7. Como o governo pode atuar na minimização da Asma Brônquica?

8. Qual o papel do Hospital no combate a Asma Brônquica?

-

CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES DE EXECUÇÃO NO PERÍODO DE 10 MESES

Actividades	ANOS / MESES 2022/23			2023					
	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Definição da Pesquisa	X								
Revisão Bibliográfica	X	X							
Elaboração do Projecto	X	X	X	x					
Avaliação pelo Comité de Pesquisa					X				
Aprovação do Projecto					X				
Execução da Pesquisa						x			
Análise dos Resultados Estatísticos						x	x		
Elaboração da Versão Final								x	
Defesa/Apresentação Final									x

5 CONCLUSÃO

A evidência demonstra que a introdução de recomendações para a implementação de estratégias terapêuticas mais eficazes na prática clínica proporciona uma melhoria dos resultados e conseqüente redução da morbidade e da mortalidade associadas à doença, através da realização de um controlo regular e do recurso a cuidados personalizados. Este seguimento acompanhado do doente asmático tem também como objetivos evitar as agudizações, reduzir o número de internamentos e o recurso aos serviços de urgência e a consultas não programadas, bem como o absentismo laboral ou escolar. O controlo adequado da asma não se restringe apenas à terapêutica farmacológica. Engloba também a educação do doente e dos seus familiares e cuidadores. Neste contexto, o médico exerce um papel fundamental, já que, para além da seleção do tratamento mais adequado, é também responsável pela educação e desenvolvimento de uma parceria médico-doente. O médico pode auxiliar o doente ao ouvir o seu ponto de vista pessoal, ao compreender o contexto socioeconómico em que este se insere e ao considerar todos estes fatores no momento da prescrição. As consultas médicas devem ser regulares para avaliar e manter o controlo, monitorizar a resposta à terapêutica devendo o plano de tratamento ser sempre revisto de forma contínua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA Expert Panel Working Group of the National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) administered and coordinated National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee (NAEPPCC), Cloutier MM, AP, et al: **2020 Focused Updates to the Asthma Management Guidelines: A Report from the National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee Expert Panel Working Group**. J Allergy Clin Immunol 146(6):1217–1270, 2020. doi: 10.1016/j.jaci.2020.10.003

BRASILIA,2021-20210526_pcdt_relatorio_asma_cp_39 <http://conitec.gov.br/>

CYNTHIA Goulart Tele Condutas: **asma**: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, Molina-Bastos 30 mar. 2022. Disponível em:<https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800644-6543/#telecondutas-0800>. Acesso em: “dia, mês abreviado e ano da citação”.

<https://www.temhora.app/asma-bronquica-sintomas-e-tratamentos>

LAUREN Eggert, MD, et al-<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/asma/diagnostico>

MARCIA Margaret Menezes Pizzichini <https://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20190307> J Bras Pneumol. 2020;46(1):e20190307.

NUNES Elizabete Mocambique **Manual-da-Asma-Bronquica-no-Adulto-2018-**

OMS,2021- **Asma brônquica- causas, sintomas**

PINHEIRO Pedro - 2022 **Asma brônquica: o que é, causas, sintomas e tratamento**

RAJEEV Bhatia, MD, Phoenix Children's Hospital-<https://www.msmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-infantil/dist%C3%BArbios-respirat%C3%B3rios-em-beb%C3%AAs-e-crian%C3%A7as/asma-em-crian%C3%A7as>

SANTOS, L. J. DOS et al. **Aspectos clínicos de pacientes acometidos com asma brônquica / Clinical aspects of patients affected with bronchic asthma**. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 1, p. 370–374, 22 jan. 2020.

SILVA, M. S. et al. **Risco de doenças crônicas não transmissíveis na população atendida em programas de educação nutricional em Goiânia (GO), Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 5, p. 1409-1418, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01409.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2019.

SPRINGER Healthcare Ibérica S.L. 978-84-09-26011-9-**Guia_Aasma_15x21_interac**-© 2019 Os Autores © 2020

TERESA FINDE CHIVINDA Asma-GARD-Fev-2022- - **PNEUMOLOGISTA-**
Lancet. 2020;396

www.Worldlifeexpectan- worldhealthraking-