

O BIaSma

Boletim Informativo do SSC

Edição AMI-3

Saúde da Mulher, da Gestante e da Criança
Novembro/dezembro de 1999

Editorial: Esta edição traz uma análise dos atendimentos das crianças com diagnóstico de asma, durante o Diagnóstico de Demanda Ambulatorial. O objetivo é associar alguns dados de literatura com a nossa prática diária, não contemplando neste momento, uma ampla revisão do assunto. Como porta de entrada de um Sistema de Saúde, reconhecemos a importância da integração entre os diferentes níveis de atenção. Convidamos o Dr Paulo Silva, pneumologista do HCC e consultor do Ministério da Saúde em asma, para revisar esta edição.

Assinam esta edição: Maria Lúcia Medeiros Lenz (coord. Programas da Criança e Gestante)
Oscar Basso (Preceptor da Residência Médica)

As crianças com diagnóstico de Asma



A Asma é definida como uma doença onde ocorre recorrente e reversível obstrução de vias aéreas, causada por hiperreatividade brônquica (1). Na infância, é causa frequente de “chiado no peito”, acometendo aproximadamente 10% da população nesta faixa etária. É uma doença de morbidade alta interferindo de forma importante na vida da criança e de sua família. Estudos demonstram que a asma é a maior responsável pelo absenteísmo escolar até os 17 anos de idade. Aparece em 10% das crianças que procuram serviços de emergência médica e é responsável por 10% das hospitalizações (1). Desta forma, toda a criança deve receber uma abordagem terapêutica ampla, que não se esgota no atendimento da crise. (2)

**O MINISTÉRIO DA SAÚDE
CRIOU O DIA NACIONAL
DO COMBATE A ASMA (21 DE JUNHO).
4ª CAUSA DE INTERNAÇÃO DO SUS
3ª DE GASTOS**

Fonte: Site do Congresso Brasileiro de Asma

**Quantas crianças com asma
foram atendidas durante o
Diagnóstico de demanda?**

Entre 1507 crianças de 0 a 9 anos de idade, 71 apresentaram problema/diagnóstico “asma”. As crianças do gênero masculino foram mais presentes (56%), confirmando dados da literatura de que nesta faixa etária os meninos são acometidos com maior frequência(1,3). As

crises normalmente iniciam antes dos oito anos de idade, 50% anterior aos três anos, sendo que 30 a 50% tornam-se assintomáticas na puberdade (3). A distribuição destas crianças por faixa etária no SSC pode ser observada na tabela 1 e demonstra que 55% das crianças com asma tinham menos de 3 anos de idade.

TABELA 1. Distribuição das crianças atendidas durante a coleta de dados do Diagnóstico de Demanda Ambulatorial, segundo faixa etária. *GHC, SSC. 1999*

Idade (anos)	Crianças atendidas	
	N	%
< 1ano	9	13
1	13	18
2	17	24
3	2	3
4	5	7
5	9	13
6	6	9
7	3	4
8	2	3
9	5	7
Total	71	100

Quais os tipos de agendamento entre este grupo específico?

As consultas em sua maioria foram marcadas no dia (89%), destas 3% foram consultas extras. Em 8(11%) atendimentos as consultas haviam sido previamente agendadas.

Mesmo considerando as características da asma em manifestar-se em episódios agudos de hiperreatividade brônquica, obstrução e inflamação de vias aéreas (2), esta forma de agendamento, “do dia”, foi considerado inadequado. Provavelmente, não estamos acompanhando estas crianças fora destes períodos.

Quais os motivos que levaram estas crianças a consultar?

A obstrução é desencadeada por estímulos variados como alérgicos, irritativos, infecciosos, alterações climáticas e esforço físico (2). Sendo que as infecções virais são responsáveis por 1/3 de todos os fatores desencadeantes. Os 16 diferentes motivos que levaram as crianças com diagnóstico de asma a consultar no SSC estão relacionados na tabela 2 por ordem de aparecimento.

As manifestações clínicas variam de tosse até dispnéia severa (1). A tosse apareceu como o principal motivo de consulta entre as crianças no SSC. É interessante observar que em dez (14%) de todos os atendimentos de crianças com diagnóstico de asma, o motivo de consulta “asma” demonstra de certa forma o reconhecimento por parte do familiar sobre a doença. Este dado é importante no momento que a sub-avaliação da gravidade da crise pelos pacientes e profissionais de saúde e o consequente sub-tratamento, são consideradas as principais condições predisponentes da mortalidade por asma (2).

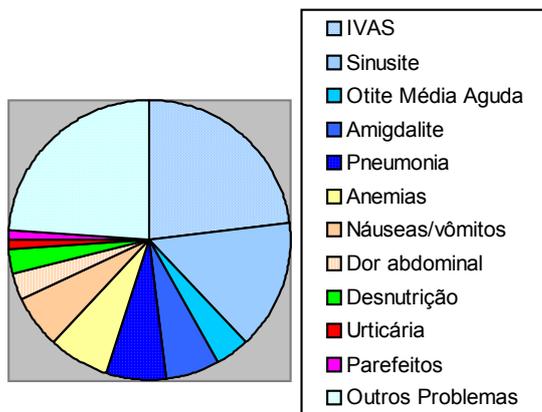
Devemos lembrar afecções que cursam com broncoespasmo e que entram como diagnóstico diferencial: - refluxo gastroesofágico, corpo estranho, fibrose cística, cardiopatias, TBC, parasitoses, laringotraqueomalácia, alergia ao leite de vaca (4). Particularmente bronquiolite, em criança menor de 1 ano, é um diagnóstico diferencial muitas vezes difícil de ser feito (1)

Motivo de Consulta (anos)	Atendimentos	
	N	%
Tosse	25	35
Febre	12	17
Asma	10	14
Puericultura	5	7
Revisão de tratamento	3	4
Bronquite aguda	3	4
Lesões de Pele	3	4
Resultados exame sangue	2	3
Queixas/sintomas garganta	2	3
Vômitos	2	3
Outros Procedimentos preventivos	1	1
Conjuntivite	1	1
Fraqueza Geral / cansaço	1	1
Bronquite crônica	1	1
Total de atendimentos	71	100

Que problemas/diagnósticos apresentavam concomitante com asma?

Serviços de Atenção Primária caracterizam-se por abordar ampla diversidade de problemas (5). Em 54 (76%) crianças, a asma não foi o único diagnóstico. Concomitante, foram identificados 25 diferentes problemas/diagnósticos (figura 1). Entre estes, 16 (23%) crianças apresentavam IVAS, 18 (25%) infecção respiratória de provável etiologia bacteriana (sinusite, Otite média aguda, amigdalite), 5 (7%) quadro de

pneumonia, 5 (7%) anemia, 4(6%) náuseas e vômitos.



Por quem foram atendidas?

Houve encaminhamentos?

O profissional da área médica foi o responsável por 97% dos atendimentos destas crianças e 2 crianças foram atendidas pela psicologia.

Os médicos residentes foram responsáveis por 7 atendimentos e em nenhum caso houve supervisão. Não houveram discussão de caso em 97% dos atendimentos. No entanto, em metade dos atendimentos houveram interconsultas, que quando informadas, foram com o auxiliar de enfermagem.

Somente uma criança foi encaminhada (para o otorrino), sendo que 99% dos casos foram resolvidos nas Unidades.

Quais foram as condutas tomadas ?

Muitas condutas, nem sempre é sinônimo de dificuldades no manejo, para quem trabalha em APS pode significar muitos problemas.

O objetivo do tratamento da criança asmática é o de **controlar os sintomas, identificar e procurar diminuir/ eliminar os fatores desencadeantes, permitir atividade física e prática de esportes sem limitações, prevenir episódios de asma aguda e grave, evitar hospitalizações, minimizar efeitos colaterais das drogas** (2).

Entre os 71 atendimentos onde foi diagnosticado asma, em 47 (66%) foi prescrito nebulização (nem sempre especificado com que medicação), em 10 (14%) foi prescrito broncodilatador oral, em um atendimento prescrito aminofilina, um

atendimento prescrito corticóide oral e um corticóide inalatório. Em nenhum atendimento foram prescritos teofilina e cromoglicato. Uma criança recebeu orientação para afastar possíveis agentes irritantes, quatro receberam orientações não especificadas, uma foi observada e nove foram orientadas para retorno em tempo determinado.

No entanto, existe a dificuldade em olhar para as condutas frente a tantos problemas concomitantes, além disto, não sabemos ao certo quais os atendimentos que cursavam com crise aguda de asma.

Somente em 17 atendimentos o diagnóstico de asma apareceu sozinho, e entre estes, 70% foi prescrito nebulização, nem sempre com a especificação da droga utilizada e em quatro atendimentos foi acrescido broncodilatador oral.

Entre as 39 crianças em que o motivo da consulta tenha sido provável crise aguda, ou seja, vieram por “asma”, “tosse”, “bronquite aguda” e “cansaço”, foram manejadas da seguinte forma:

- nebulização: 29 (74%)
- nebulização + broncodilatadores- b2: 5(21%)
- somente broncodilatadores- b2:4(10%)
- aminofilina: 1(3%)
- corticóide oral:1(3%)
- corticóide inalatório:1(3%)
- anti-histamínico: 3(8%)

As crianças que apresentaram diagnóstico de asma associada a infecção respiratória aguda de provável etiologia bacteriana (amigdalite, sinusite e pneumonia), receberam antibioticoterapia em 70% dos atendimentos. As drogas prescritas, em ordem de frequência foram: amoxicilina, ampicilina, sulfametoxazol+trimetopim e eritromicina.

As 16 crianças que apresentavam IVAS concomitante receberam tratamento que incluiu soro fisiológico nasal, orientação para aumentar ingestão hídrica, anti-histamínicos e analgésicos e antipiréticos (nenhuma prescrição de AAS foi registrada).

Antibioticoterapia foram prescritos em 4 destes 16 atendimentos de IVAS.

Que exames complementares foram solicitados?

Segundo literatura, a avaliação complementar da criança asmática inclui: hemograma, rx de tórax, prova tuberculínica (se não BCG), EPF e espirometria em maiores de 5 anos (2).

Em 82% dos atendimentos no SSC de crianças com asma, nenhum exame foi solicitado. Para aquelas em que foram solicitados exames, 100% apresentavam patologias concomitantes com a asma: dor abdominal, náuseas, vômitos, anemia e problemas mal definidos. A avaliação complementar solicitada, por ordem de frequência, durante o Estudo de Demanda foi: Rx de Tórax(7), hemograma(5), rx de seios da face (2), Rx simples de abdome (2) e EPF (1).

Educação em Saúde:



**Quando: Quartas feiras
às 18horas**

**Onde: Anfiteatro da Pediatria
O que: Encontro dos familiares
de crianças asmáticas com
o Dr Paulo Silva**

**Todos os seus pacientes estão
convidados a participar!**

Declaração dos Direitos da Criança Asmática

**(apresentado pela Mothers of
Asthmatics, Inc,USA) (6)**

1. *Tomar conhecimento, junto a família, de fatos cientificamente provados, de tal modo que tragam preocupações apropriadas e evitem ansiedades desnecessárias.*
2. *Ser cuidada por um médico que lhe dê apoio e tratamento preventivo da asma, bem como tratamento dos ataques agudos.*
3. *Viver em uma casa onde não se fume e na qual foram tomadas medidas razoáveis para eliminar alérgenos relevantes.*
4. *Ter completo acesso a medicações e aparelhos apropriados de modo que seu desempenho escolar, atlético e social não seja limitado pela asma de forma incontrolável.*
5. *Aprender técnicas de automanejo para minimizar a dependência de pessoal médico, clínicas de emergência e hospitalizações.*
6. *Tomar conhecimento, junto a família, de fatos cientificamente provados, de tal modo que tragam preocupações apropriadas e evitem ansiedades desnecessárias.*

Anexos

- Guia para tratamento da crise e manutenção de asma em criança, compilado do Guideline apresentado em novembro/99 em atividade da preceptoria Médica do SSC " Guidelines na Prática da Medicina Geral Comunitária".
- Material compilado do Programa Nacional de Atendimento Para Pacientes Asmáticos do Sistema Público de Saúde

Referências bibliográficas:

1. FIREMAN, P. Primary Pediatrics Care, third Ed, Stanford, 1997
2. LEÃO, E et al. Pediatria Ambulatorial. Coopmed 3ª Ed, 1998
3. SILVA, LCC et al. Compêndio de Pneumologia. 2ª Ed, São Paulo, 1991
4. MARCONDES, E et al. Pediatria em Consultório. Editora Sarvier. 3ª Ed, 1996
5. STARFIELD, B. Primary Care- Concepts, Evaluation and Policy, Oxford Un Press, New York, 1992
6. American Thoracic Society.
[HTTP://www.vh.org/providers/clinguide/pcombpei.html](http://www.vh.org/providers/clinguide/pcombpei.html)
7. TRAESEL, C. Asma. "Guidelines na Prática da Medicina Geral Comunitária". Mimeo. Nov, 1999
8. SILVA, P. Programa Nacional de Atendimento para Pacientes Asmáticos do Sistema Público de saúde. 1999