

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA-IMIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP

NATÁLIA DOS REIS DE ANDRADE

DIÁRIO ASMÁTICO DO PACIENTE

RECIFE

2023

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA-IMIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP

DIÁRIO ASMÁTICO DO PACIENTE

Autora: Natália dos Reis de Andrade

Orientadora: Dra. Livia Barboza De Andrade

Coorientadora: Me. Caroline Palácio Da Silva

RECIFE

2023

Diário Asmático do Paciente. Produto Técnico oriundo da Dissertação do Mestrado em Cuidados Paliativos associado a Residência do IMIP – Ano: 2023



Diário do Paciente Asmático

Este diário é destinado ao controle e monitoramento do paciente asmático, na tentativa de conhecer sua rotina e otimizar seu tratamento.

Este diário pertence a:

Identificação Pessoal

Nome: _____ Nascimento: __/__/____
 Cartão do SUS: _____ Telefone: (____) _____
 Endereço: _____

Informações:

Alergias:

Meu Tratamento:

Medicamento	Horário de uso	Uso
		<input type="checkbox"/> diário <input type="checkbox"/> durante as crises
		<input type="checkbox"/> diário <input type="checkbox"/> durante as crises
		<input type="checkbox"/> diário <input type="checkbox"/> durante as crises
		<input type="checkbox"/> diário <input type="checkbox"/> durante as crises
		<input type="checkbox"/> diário <input type="checkbox"/> durante as crises
		<input type="checkbox"/> diário <input type="checkbox"/> durante as crises
		<input type="checkbox"/> diário <input type="checkbox"/> durante as crises

- Esteja sempre perto do seu filho durante o uso dos inaladores e lembre-se de conferir se todas as etapas foram seguidas adequadamente. Se ainda existir pó na capsula (remédio), peça para ele repetir as etapas.
- Após o uso do inalador lembre-se de escovar os dentes ou lavar a boca.
- O número de vezes que seu filho vai usar a medicação deve ser dito apenas pelo médico.
- O mesmo inalador pode ser usado por um período de 3 meses.
- Declaro não haver conflito de interesse. Todas as etapas do uso da medicação foram baseadas nas orientações do fabricante.

O QUE É A ASMA?

A asma pode afetar qualquer pessoa, no entanto, existem pessoas com maior predisposição a desenvolvê-la decorrente do histórico familiar. A asma afeta as vias respiratórias do paciente, ocorrendo inflamação e estreitamento delas, as deixando mais inchadas, fazendo com que haja o aumento na produção de muco ou “catarro”, causando dificuldade na passagem de ar, dificuldade em respirar e muitas vezes, chiado no peito.

SINTOMAS:

Os sintomas são falta de ar, chiado no peito, cansaço, aperto no peito e tosse que pode ser seca ou com muco.

CRISE DE ASMA:

A crise de asma acontece quando os sintomas da asma ficam mais evidentes e o controle dos seus sintomas precisa ser imediato. A asma pode ser leve sem comprometer suas atividades diárias, ou pode ser grave e te limitar em muitas atividades do dia a dia.

Algumas situações podem contribuir para o aparecimento da crise de asma, ou o aparecimento dos seus sintomas, como exposição a poeira, mofo, fumaça, pelos, cheiros fortes, gripes ou resfriados, fatores emocionais, obesidade e sedentarismo.

COMO PREVENIR?

Alguns cuidados simples podem minimizar os sintomas e as exacerbações da asma:

- Manter a casa arejada e limpa, livre de poeira, mofo, poluição, pelos e outros fatores;
- Evitar tapetes, cortinas e móveis ou objetos que acumulem poeira;
- Ficar longe de fumaças ou ambientes com poluição;
- Evitar perfumes fortes, produtos químicos ou tintas;
- Usar pano úmido para limpar a casa e os móveis;
- Praticar atividade física;
- Reeducação alimentar;
- Uso adequado dos medicamentos.

TRATAMENTO:

O paciente asmático deve fazer uso de medidas educativas, como realização de atividade física regular e reeducação alimentar na tentativa de minimizar os riscos de obesidade. Realizar o tratamento medicamentoso de forma regular e adequada, o tratamento medicamentoso regular é imprescindível para o sucesso do tratamento.

O tratamento medicamentoso é feito geralmente por via inalatória, devendo ser realizado conforme prescrição médica, contida no campo “meu tratamento”.

Existe o medicamento controlador e o de alívio. O medicamento controlador deve ser utilizado todos os dias, para controlar a asma e minimizar seus sintomas. O medicamento de alívio, deve ser utilizado apenas durante as crises, que é quando os sintomas da asma se tornam mais evidentes, tornando a respiração mais difícil.

Existem diversos tipos de sistemas de inalação. São prescritos de acordo com sua indicação, vantagens e desvantagens. Os inaladores de pó seco (IPS), são dispositivos simples, pequenos, portáteis, que entregam a medicação em forma de pó, de forma que seja respirável e permita a deposição pulmonar, estando cada vez mais frequentes nas prescrições de pacientes asmáticos.

Controle Diário

Medicamento	Horário	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

Medicamento	Horário	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Medicamento	Horário	25	26	27	28	29	30	31					

INALADORES DE PÓ SECO:

Aerocaps



- Quando seu filho terminar todas as etapas, confira se ainda existe pó na capsula (remédio), se ainda tiver, peça para ele repetir às etapas. Depois de usar o inalador, remova e descarte a capsula vazia.

- Limpe o local onde a capsula ficou, com um paninho seco, pincel ou escovinha macia. Nunca lave o inalador.

- Peça ao seu filho para escovar os dentes ou lavar a boca sempre após o uso.

INALADORES DE PÓ SECO:

CDM- HALER



- Quando seu filho terminar todas as etapas, confira se ainda existe pó na capsula (remédio), se ainda tiver, peça para ele repetir às etapas. Depois de usar o inalador, remova e descarte a capsula vazia.

- Limpe o local onde a capsula ficou, com um paninho seco, pincel ou escovinha macia. Nunca lave o inalador.

- Peça ao seu filho para escovar os dentes ou lavar a boca sempre após o uso.



INALADORES DE PÓ SECO:

DISKUS

<p>1 Abra o seu dispositivo inalador...</p> 	<p>2 Gire a peça roxo clara com o polegar...</p> 	<p>3 Até o bocal ficar visível</p> 
<p>4 Empurre a alavanca roxa até o fim (seta)</p> 	<p>5 Você ouvirá um clique (uma dose foi liberada)</p> 	<p>6 Indicada pelo visor contador de doses</p> 
<p>7 Solte todo ar de dentro de você</p> 	<p>8 Coloque a boca no inalador e puxe o ar rápido e forte</p> 	<p>9 Prenda a respiração e conte até 10</p> 

Limpe o local onde a capsula ficou, com um paninho seco, pincel ou escovinha macia. Nunca lave o inalador.

Peça ao seu filho para escovar os dentes ou lavar a boca sempre após o uso.



INALADORES DE PÓ SECO: AEROLIZER



Quando seu filho terminar todas as etapas, confira se ainda existe pó na capsula (remédio), se ainda tiver, peça para ele repetir às etapas. Depois de usar o inalador, remova e descarte a capsula vazia.

Limpe o local onde a capsula ficou, com um paninho seco, pincel ou escovinha macia. Nunca lave o inalador.

Peça ao seu filho para escovar os dentes ou lavar a boca sempre após o uso.

Controle de sintomas e adesão medicamentosa

Data __/__/__ à __/__/__	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sab	Dom
Realizou a medicação conforme prescrita na folha “meu tratamento”?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Acordou a noite com falta de ar, dificuldade em respirar, dor ou chiado no peito?	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não
Necessitou realizar medicação de alívio hoje? (Aerolin)	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes __ <input type="checkbox"/> Não
Apresentou tosse, cansaço, chiado no peito?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sentiu alguma dificuldade em respirar durante o dia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Teve contato com fumaça, poeira, cheiro forte ou mofo hoje?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Realizou Atividade física hoje?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sentiu desconforto ao realizar a atividade física?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Necessitou alguma ida a urgência hoje?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Necessitou de internamento hoje?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Minhas Consultas

Data	Local	Profissional	Hora

Gostaria de saber ou contar...
