

MEU DIÁRIO DA ASMA



FUNDAÇÃO
PROAR



A Fundação ProAR acredita que respirar bem e ter acesso às informações sobre doenças respiratórias crônicas é um direito de todos. Somos a união de profissionais da saúde, pacientes e entusiastas, que tem como objetivo expandir o acesso ao diagnóstico e tratamento das doenças respiratórias crônicas como a Asma.

Toda pessoa que tem asma tem direito ao tratamento. Muitos não sabem que existem muitos remédios que podem ser utilizados para controlar os sintomas da asma e, alguns deles, estão disponíveis gratuitamente nas farmácias do SUS. Se você quiser saber mais sobre isso, pergunte à equipe de saúde que está te acompanhando na Unidade Básica ou Especializada.

A Fundação PROAR, elaborou este diário da asma para te ajudar a ter uma vida melhor e com maior controle da doença. Aqui você e seus profissionais de saúde irão anotar pontos importantes da suas asma.

MINHAS INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome:

Nome Social:

Nome da Mãe:

Telefone: Data de nascimento:

Endereço:

Cartão do SUS/seguro saúde:

Contato de urgência:

Alergias:

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Unidade de saúde de referência:

Endereço:

Telefone:

Nome do médico/profissional de saúde:

Telefone do médico/profissional de saúde:

TELEFONES ÚTEIS

SAMU: 192

POLÍCIA MILITAR: 190

**OUVIDORIA-GERAL
DO SUS: 136**

**DISQUE PARAR DE
FUMAR: 0800 61 1997**



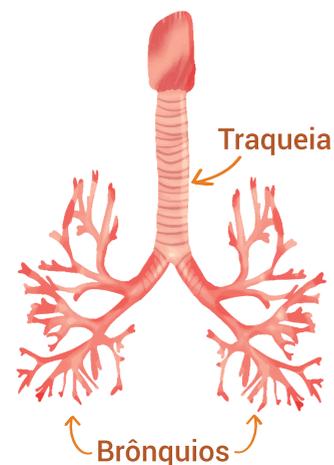
DIÁRIO DA ASMA



Olá, eu sou a Ana e sou profissional de saúde. Estou aqui para te ajudar a controlar os sintomas da asma.

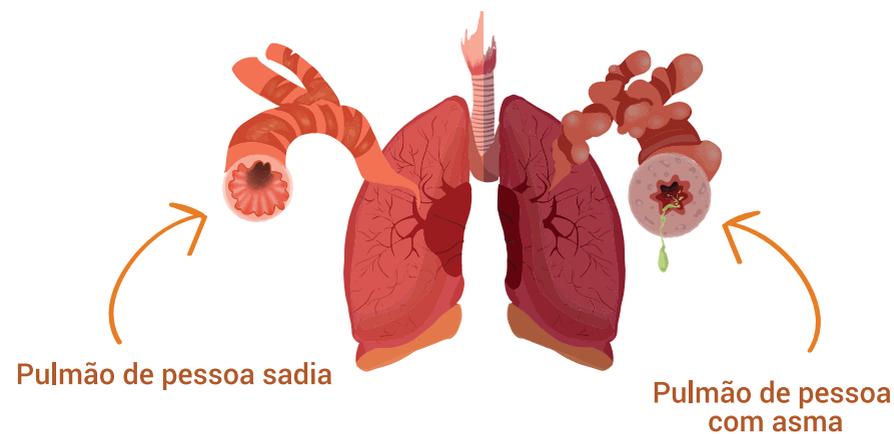
Este diário é muito importante e te ajudará a monitorar os sintomas da asma, o uso dos seus medicamentos e as crises de falta de ar. Com tudo registrado, fica mais fácil para o seu médico decidir os próximos passos do seu tratamento.

Não esqueça de registrar tudo e levar o seu diário sempre com você!



Antes de começar, vamos falar um pouco sobre a asma? A asma é uma doença muito comum e não tem cura, ou seja, é uma doença crônica. Mas não se assuste, ela tem tratamento e pode ser controlada. Utilizando os remédios de maneira correta e seguindo as orientações do seu médico, você pode ter uma vida totalmente normal.

A asma é uma doença inflamatória que atinge os brônquios, “canos” que levam o ar para os seus pulmões. Esta inflamação provoca sintomas como **FALTA DE AR, CHIADO NO PEITO, TOSSE SECA OU COM CATARRO E APERTO NO PEITO.**



Você terá 2 medicamentos: um para uso diário/controle (corticóide inalatório) e outro para resgate/alívio (broncodilatador).

OBJETIVOS DO CONTROLE DA ASMA

O objetivo do tratamento da asma é controlar os sintomas para que você tenha uma melhor qualidade de vida, além de evitar crises, visitas à emergência e internações hospitalares por causa da asma. Nós, profissionais de saúde, esperamos que você se sinta bem com o mínimo de medicamentos possível. **E você?**

Escreva aqui quais são os seus objetivos pessoais em relação a asma:

AGENDA DE CONSULTAS

Data	Hora	Local	Consulta/ Exame	Dúvidas para próxima consulta
01/10/23	14h30	ProAR	Espirometria	

MEDICAMENTOS

Liste os medicamentos prescritos para o tratamento de alívio e controle da asma, incluindo nome, dosagem e horário de administração.

Nome do medicamento/ dosagem	Posologia	Tipo de tratamento	Médico responsável
		() Controle () Alívio	
		() Controle () Alívio	
		() Controle () Alívio	
		() Controle () Alívio	

Esta tabela deve ser preenchida por um profissional de saúde preferencialmente à lápis para possíveis mudanças de prescrição.

Se você apresentou algum efeito adverso após o uso do seu tratamento para a asma, anote aqui:

Tratamento de controle: é o medicamento que você vai usar todos os dias para tratar a inflamação dos seus brônquios.

Tratamento de alívio: também conhecido como tratamento de resgate, é o medicamento que você vai usar sempre que houver uma piora dos sintomas da asma, ele é fundamental em momentos de emergência e deve estar sempre com você.

1- SINTOMAS DIÁRIOS: COMO AVALIAR?

Sempre que você apresentar sintomas da asma registre na tabela! Você pode assinalar mais de uma opção se necessário.

Data	Sintomas	Quando	Ação	Outras informações
	<input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse com secreção <input type="checkbox"/> Aperto no peito <input type="checkbox"/> Chiado	<input type="checkbox"/> Acordei ____ vezes a noite <input type="checkbox"/> Pela manhã, ao acordar <input type="checkbox"/> Durante o dia	<input type="checkbox"/> Usei o medicamento de alívio ____ vezes <input type="checkbox"/> Usei o medicamento de controle <input type="checkbox"/> Usei o corticóide oral (ex.: Predisolona) <input type="checkbox"/> Fui para a emergência	<input type="checkbox"/> Não fui ao trabalho/escola/faculdade por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Não consegui realizar minhas atividades do dia a dia por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Os sintomas da asma não atrapalharam minhas atividades
	<input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse com secreção <input type="checkbox"/> Aperto no peito <input type="checkbox"/> Chiado	<input type="checkbox"/> Acordei ____ vezes a noite <input type="checkbox"/> Pela manhã, ao acordar <input type="checkbox"/> Durante o dia	<input type="checkbox"/> Usei o medicamento de alívio ____ vezes <input type="checkbox"/> Usei o medicamento de controle <input type="checkbox"/> Usei o corticóide oral (ex.: Predisolona) <input type="checkbox"/> Fui para a emergência	<input type="checkbox"/> Não fui ao trabalho/escola/faculdade por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Não consegui realizar minhas atividades do dia a dia por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Os sintomas da asma não atrapalharam minhas atividades
	<input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse com secreção <input type="checkbox"/> Aperto no peito <input type="checkbox"/> Chiado	<input type="checkbox"/> Acordei ____ vezes a noite <input type="checkbox"/> Pela manhã, ao acordar <input type="checkbox"/> Durante o dia	<input type="checkbox"/> Usei o medicamento de alívio ____ vezes <input type="checkbox"/> Usei o medicamento de controle <input type="checkbox"/> Usei o corticóide oral (ex.: Predisolona) <input type="checkbox"/> Fui para a emergência	<input type="checkbox"/> Não fui ao trabalho/escola/faculdade por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Não consegui realizar minhas atividades do dia a dia por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Os sintomas da asma não atrapalharam minhas atividades
	<input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse com secreção <input type="checkbox"/> Aperto no peito <input type="checkbox"/> Chiado	<input type="checkbox"/> Acordei ____ vezes a noite <input type="checkbox"/> Pela manhã, ao acordar <input type="checkbox"/> Durante o dia	<input type="checkbox"/> Usei o medicamento de alívio ____ vezes <input type="checkbox"/> Usei o medicamento de controle <input type="checkbox"/> Usei o corticóide oral (ex.: Predisolona) <input type="checkbox"/> Fui para a emergência	<input type="checkbox"/> Não fui ao trabalho/escola/faculdade por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Não consegui realizar minhas atividades do dia a dia por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Os sintomas da asma não atrapalharam minhas atividades
	<input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse com secreção <input type="checkbox"/> Aperto no peito <input type="checkbox"/> Chiado	<input type="checkbox"/> Acordei ____ vezes a noite <input type="checkbox"/> Pela manhã, ao acordar <input type="checkbox"/> Durante o dia	<input type="checkbox"/> Usei o medicamento de alívio ____ vezes <input type="checkbox"/> Usei o medicamento de controle <input type="checkbox"/> Usei o corticóide oral (ex.: Predisolona) <input type="checkbox"/> Fui para a emergência	<input type="checkbox"/> Não fui ao trabalho/escola/faculdade por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Não consegui realizar minhas atividades do dia a dia por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Os sintomas da asma não atrapalharam minhas atividades
	<input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse com secreção <input type="checkbox"/> Aperto no peito <input type="checkbox"/> Chiado	<input type="checkbox"/> Acordei ____ vezes a noite <input type="checkbox"/> Pela manhã, ao acordar <input type="checkbox"/> Durante o dia	<input type="checkbox"/> Usei o medicamento de alívio ____ vezes <input type="checkbox"/> Usei o medicamento de controle <input type="checkbox"/> Usei o corticóide oral (ex.: Predisolona) <input type="checkbox"/> Fui para a emergência	<input type="checkbox"/> Não fui ao trabalho/escola/faculdade por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Não consegui realizar minhas atividades do dia a dia por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Os sintomas da asma não atrapalharam minhas atividades

Sempre que você apresentar sintomas da asma registre na tabela!
Você pode assinalar mais de uma opção se necessário.

Data	Sintomas	Quando	Ação	Outras informações
	<input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse com secreção <input type="checkbox"/> Aperto no peito <input type="checkbox"/> Chiado	<input type="checkbox"/> Acordei ____ vezes a noite <input type="checkbox"/> Pela manhã, ao acordar <input type="checkbox"/> Durante o dia	<input type="checkbox"/> Usei o medicamento de alívio ____ vezes <input type="checkbox"/> Usei o medicamento de controle <input type="checkbox"/> Usei o corticóide oral (ex.: Predisolona) <input type="checkbox"/> Fui para a emergência	<input type="checkbox"/> Não fui ao trabalho/escola/faculdade por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Não consegui realizar minhas atividades do dia a dia por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Os sintomas da asma não atrapalharam minhas atividades
	<input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse com secreção <input type="checkbox"/> Aperto no peito <input type="checkbox"/> Chiado	<input type="checkbox"/> Acordei ____ vezes a noite <input type="checkbox"/> Pela manhã, ao acordar <input type="checkbox"/> Durante o dia	<input type="checkbox"/> Usei o medicamento de alívio ____ vezes <input type="checkbox"/> Usei o medicamento de controle <input type="checkbox"/> Usei o corticóide oral (ex.: Predisolona) <input type="checkbox"/> Fui para a emergência	<input type="checkbox"/> Não fui ao trabalho/escola/faculdade por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Não consegui realizar minhas atividades do dia a dia por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Os sintomas da asma não atrapalharam minhas atividades
	<input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse com secreção <input type="checkbox"/> Aperto no peito <input type="checkbox"/> Chiado	<input type="checkbox"/> Acordei ____ vezes a noite <input type="checkbox"/> Pela manhã, ao acordar <input type="checkbox"/> Durante o dia	<input type="checkbox"/> Usei o medicamento de alívio ____ vezes <input type="checkbox"/> Usei o medicamento de controle <input type="checkbox"/> Usei o corticóide oral (ex.: Predisolona) <input type="checkbox"/> Fui para a emergência	<input type="checkbox"/> Não fui ao trabalho/escola/faculdade por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Não consegui realizar minhas atividades do dia a dia por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Os sintomas da asma não atrapalharam minhas atividades
	<input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse com secreção <input type="checkbox"/> Aperto no peito <input type="checkbox"/> Chiado	<input type="checkbox"/> Acordei ____ vezes a noite <input type="checkbox"/> Pela manhã, ao acordar <input type="checkbox"/> Durante o dia	<input type="checkbox"/> Usei o medicamento de alívio ____ vezes <input type="checkbox"/> Usei o medicamento de controle <input type="checkbox"/> Usei o corticóide oral (ex.: Predisolona) <input type="checkbox"/> Fui para a emergência	<input type="checkbox"/> Não fui ao trabalho/escola/faculdade por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Não consegui realizar minhas atividades do dia a dia por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Os sintomas da asma não atrapalharam minhas atividades
	<input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse com secreção <input type="checkbox"/> Aperto no peito <input type="checkbox"/> Chiado	<input type="checkbox"/> Acordei ____ vezes a noite <input type="checkbox"/> Pela manhã, ao acordar <input type="checkbox"/> Durante o dia	<input type="checkbox"/> Usei o medicamento de alívio ____ vezes <input type="checkbox"/> Usei o medicamento de controle <input type="checkbox"/> Usei o corticóide oral (ex.: Predisolona) <input type="checkbox"/> Fui para a emergência	<input type="checkbox"/> Não fui ao trabalho/escola/faculdade por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Não consegui realizar minhas atividades do dia a dia por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Os sintomas da asma não atrapalharam minhas atividades
	<input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse com secreção <input type="checkbox"/> Aperto no peito <input type="checkbox"/> Chiado	<input type="checkbox"/> Acordei ____ vezes a noite <input type="checkbox"/> Pela manhã, ao acordar <input type="checkbox"/> Durante o dia	<input type="checkbox"/> Usei o medicamento de alívio ____ vezes <input type="checkbox"/> Usei o medicamento de controle <input type="checkbox"/> Usei o corticóide oral (ex.: Predisolona) <input type="checkbox"/> Fui para a emergência	<input type="checkbox"/> Não fui ao trabalho/escola/faculdade por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Não consegui realizar minhas atividades do dia a dia por causa dos sintomas da asma <input type="checkbox"/> Os sintomas da asma não atrapalharam minhas atividades

VACINAS RECOMENDADAS PARA PACIENTES COM ASMA

VACINAS COVID-19 – Acesse os dados atualizados sobre a disponibilidade de vacinas e os grupos contemplados pelo PNI em: sbim.org.br/covid-19

VACINAS	ESQUEMA/RECOMENDAÇÃO	DISPONIBILIDADE
Gripe/Influenza	<ul style="list-style-type: none"> Desde que disponível, a vacina influenza quadrivalente (4V) é preferível à vacina influenza trivalente (3V); Recomendar a partir dos 6 meses de idade, de acordo com calendários para cada faixa etária. 	3V – UBS e Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) 4V – Rede privada
Pneumonia/ Pneumocócicas conjugadas	<ul style="list-style-type: none"> Sempre que possível, utilizar a VPC13 ou VPC15; Crianças: vacinar o mais precocemente possível a partir dos 2 meses de idade (número de doses dependerá da idade em que iniciar a vacinação). Ver Calendário de vacinação da criança; Crianças de 12 e 23 meses, não vacinadas anteriormente com a VPC13 ou VPC15, mesmo que adequadamente vacinadas com a VPC10: duas doses de VPC13 ou VPC15 com intervalo de dois meses; Crianças a partir de 2 anos, adolescentes, adultos e idosos não vacinados com VPC13 ou VPC15: uma dose de VPC13 ou VPC15; 	VPC10 – UBS e CRIE VPC13 ou VPC15 - Rede privada
Pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23)	<ul style="list-style-type: none"> A partir dos 2 anos de idade: duas doses com intervalo de cinco anos entre elas. Se a segunda dose de VPP23 foi aplicada antes de 60 anos de idade, uma terceira dose está recomendada após essa idade, com intervalo mínimo de cinco anos da última dose. 	VPP23 - CRIE
<p><i>Observações para esquema sequencial VPC13 ou VPC15 e VPP23 (após os 2 anos de idade):</i></p> <p>1. Sempre iniciar esquema com a vacina conjugada (VPC13 ou VPC15), seguida pela aplicação da vacina VPP23, respeitando o intervalo mínimo de dois meses entre elas.</p>		
Tríplice bacteriana (DTPw ou DTPa) OU Tríplice bacteriana do tipo adulto (dTpa) e suas combinações	<ul style="list-style-type: none"> É preferível o uso da vacina tríplice bacteriana acelular (e suas combinações), visto ser menos reatogênica que a vacina de células inteiras. 	DTPw, dT (>7 anos) e dTpa (gestantes/puérperas) – UBS Penta acelular, hexa acelular e dTpa (< 7 anos) – CRIE

TODO INDIVÍDUO DEVE ESTAR EM DIA COM AS VACINAS RECOMENDADAS, de acordo com o calendário vacinal para sua faixa etária.

EM CASO DE DÚVIDAS, PERGUNTE AO SEU MÉDICO OU NA UBS OU CRIE.

MENSAGEM FINAL

Lembre-se de que seu diário de sintomas da asma deve ser adaptado às suas necessidades pessoais. Manter um registro detalhado de sua condição pode ajudar você e seu médico a tomar decisões sobre o seu tratamento e o gerenciamento da asma. Certifique-se de compartilhar regularmente suas informações com um profissional de saúde para obter orientações apropriadas e ajustar seu plano de tratamento conforme necessário.



Escaneie o QR Code ao lado para acessar como usar adequadamente seu dispositivo inalatório.



NOTAS PESSOAIS

Este espaço é para anotações pessoais. Expresse aqui seus sentimentos, preocupações ou observações relacionadas à sua asma.

Uma iniciativa da:

FUNDAÇÃO
PROAR

Agência responsável:

laPiuma
comunicação health

Apoio:

sanofi

Autoria: Juliana Franceschini, Angela Honda, Gabriela P. Pinheiro e Álvaro A. Cruz

2023® Direitos reservados: Fundação ProAR
Proibida a reprodução integral ou parcial sem autorização.

Contato: contato@fundacaoproar.org.br