



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

GUIA DE BOLSO PARA O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E ADULTO COM ASMA DE FORTALEZA



Um Guia de Bolso para
Profissionais da Atenção Primária
à Saúde

Atualização 2016

Baseado na Estratégia GINA e nas
Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma SBPT para
Tratamento e Prevenção da Asma

AUTORES

Márcia Alcântara de Holanda

Médica pneumologista- coordenação da Comissão de Asma SCPT

Gerardo Ribeiro Macêdo Alves

Farmacêutico-Coordenador e Executor de ações farmacêuticas do PROAICA

Alexssandra Maia Alves

Médica pneumologista pediatra- SMS de Fortaleza

APOIO

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

Maria do Perpétuo Socorro Parente Martins

Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde

Maria Imaculada Ferreira da Fonseca

Célula de Atenção às Condições Crônicas

Sandra Solange Leite Campos

Célula de Atenção Primária à Saúde

André Luís Benevides Bonfim

Célula de Atenção Especializada à Saúde

Elisabeth Amaral

Saúde da Criança

Riteméia Mesquita

Sociedade Cearense de Pneumologia e Tisiologia - SCPT

Filadélfia Passos Rodrigues Martins

Agradecimentos

Rafael Stelmach

ÍNDICE

Prefácio	04
O que é asma?	05
Como se faz o diagnóstico de asma?	05
Que outras doenças podem causar sintomas semelhantes?	05
Uma vez suspeitando de Asma qual o próximo passo?	06
Como tratar a asma?	06
Como controlar uma crise de Asma?	07
Como conduzir o tratamento mantendo o controle?	08
O paciente pode ter alta?	08
Atenção para considerações importantes	08
Consulta com equipe saúde da família e NASF.....	08
Anexo 1 (Classificação da Asma pelo Nível de Controle)	10
Anexo 2 (Tratamento por Etapas)	10
Anexo 3 (Técnica Inalatória)	11
Anexo 4 (Tabela de Equivalência de dose do CI)	11
Anexo 5 (Manejo nas Crianças menores de 5 anos)	11
Anexo 6 (Teste de Controle de Asma - ACT)	12
Anexo 7 (Medicamentos para Rinite)	13
Anexo 8 (Limpeza dos Espaçadores)	13
Referências bibliográficas.....	15

PREFÁCIO

A asma é um grave problema de Saúde Pública. Atinge pessoas de ambos os sexos, em todas as idades. Sua prevalência é elevada e ainda cresce em alguns países, girando em torno de 10% da população, sendo mais acentuada em crianças. Além do mais, a doença representa um fardo muito pesado para o paciente, seus familiares, a sociedade, e o serviço público de saúde. Entretanto é passível de controle.

Foi com a percepção desses fatos e com o intuito de controlar a doença em Fortaleza, que um grupo de profissionais da saúde, originários da Universidade Federal do Ceará (UFC), Sociedade Cearense de Pneumologia e Tisiologia (SCPT) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), criaram o Programa de Atenção Integral à Criança com Asma de Fortaleza em 1996 (PROAICA).

Algumas cidades brasileiras, inclusive Fortaleza, possuem programas exitosos de controle da asma de vários formatos e extensões.

Embora não tenha sido institucionalizado, o programa manteve-se ativo em algumas unidades de saúde do Município, sempre desenvolvido por profissionais voluntários e comprometidos com o controle dessa doença, até 2013. A partir de então, numa atitude política da Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza, o PROAICA criado em 1996, que atendia apenas a crianças, passou a incluir adultos em seu atendimento em todas as Unidades de Atendimento da Cidade. Essa ação deveu-se à capacitação voluntária de 580 profissionais de saúde do Município com relação ao manejo seguro da asma, na Atenção Primária.

Esse manual que ora entregamos a todos os que lidam com a doença na Atenção Primária da SMS foi criado para ser usado sempre que houver a necessidade de dirimir dúvidas ou conferir habilidades no manejo da doença.

É uma honra passar esse produto de um trabalho coletivo para você que deseja cuidar de maneira individualizada de cada asmático que chegue à sua unidade de saúde.

Fortaleza, julho de 2015.

Márcia Alcântara Holanda

O QUE É ASMA?

A asma é uma doença crônica heterogênea, muito prevalente e na maioria das vezes começa na infância. Geralmente é inflamatória. Pessoas com predisposição genética quando submetidas a alguns estímulos (vírus, fungos, ácaros, esforço físico, estresse emocional, frio, fumaça de cigarro, poeira domiciliar e ocupacional, produtos químicos, etc) tem desencadeada uma reação imunológica que gera broncoconstrição e hipersecreção de muco dificultando o fluxo aéreo de forma leve a intensa. O processo é geralmente recorrente e reversível com ou sem medicação.

COMO SE FAZ O DIAGNÓSTICO DE ASMA?

Pela História clínica:

Falta de ar, tosse, chiado, aperto no peito, principalmente à noite e no início da manhã, causados por: alterações do ambiente, esforços físicos, outros. Criança com crises de dispneia, tosse seca persistente, incomodativa, mesmo sem infecções respiratórias virais.

Os sintomas são episódicos e melhoram com uso de medicações beta-agonista (salbutamol). A história de pais asmáticos e/ou dermatite atópica sugerem o diagnóstico de asma em crianças menores de 4 anos.

Pela espirometria

A confirmação do diagnóstico se faz pela espirometria, possível apenas em maiores de seis anos.

Padrão obstrutivo e que, após o broncodilatador mostra aumento do VEF1 de 200 ml e/ou 12% em relação ao pré BD ou 200 ml e 7% em relação ao predito.

QUE OUTRAS DOENÇAS PODEM CAUSAR SINTOMAS SEMELHANTES?

Diagnóstico diferencial

Nos **menores de 5 anos**: rinossinusite; doença pulmonar crônica da prematuridade, malformação pulmonar, fibrose cística, bronquiectasias, discinesia ciliar, bronquiolite obliterante pós infecciosa, síndrome aspirativa crônica, laringotraqueomalácia, tuberculose, cardiopatias congênitas, imunodeficiência

Nos **maiores de 5 anos e adultos**: rinossinusite, síndrome de hiperventilação alveolar e síndrome do pânico, obstrução das vias aéreas superiores-neoplasias e corpo estranho, disfunção de cordas vocais, DPOC, doenças difusas do parênquima pulmonar, insuficiência cardíaca, doenças da circulação pulmonar (hipertensão e embolia)

UMA VEZ DIAGNOSTICADO ASMA, QUAL O PRÓXIMO PASSO?

Em se tratando de uma doença crônica, é necessário uma avaliação para decidir sobre o início de um tratamento contínuo farmacológico ou não. Para isso é necessário:

- Avaliar o **Nível de Controle** da doença no **último mês**.
- Avaliar os **Riscos para Desfechos Desfavoráveis** numa visão longitudinal.

COMO AVALIAR O NÍVEL DE CONTROLE?

Usam-se essas perguntas em relação às últimas 4 semanas:

- Os sintomas ocorrem mais de 2 vezes por semana*?
- Precisa usar broncodilatador (salbutamol) mais de 2 vezes por semana*?
- Teve despertar noturnos alguma vez?
- Houve limitação de atividades (faltas escolares, ao trabalho, impedimento de atividade laboral ou lúdica) alguma vez?

*Em crianças abaixo dos 5 anos as perguntas são modificadas, onde se lê “2 vezes por semana” deve ser substituído por “1 vez por semana”.

Se todas as respostas forem **NÃO**, classifica-se como **Asma bem controlada**.

Se a resposta for **SIM** a 1 ou 2 dessas perguntas classifica-se como **Asma parcialmente controlada**

Se a resposta for **SIM** a 3 ou 4 dessas perguntas classifica-se como **Asma não controlada**

As tabelas de Classificação estão no **Anexo 1**

COMO AVALIAR O RISCO PARA DESFECHOS DESFAVORÁVEIS?

Os principais **desfechos desfavoráveis** em Asma e que devem ser evitados são: Exacerbação (conceitualmente ida a emergência pela crise ou necessidade de corticoide oral); internação e morte por asma.

Os principais fatores de risco para exacerbações são: Asma não controlada; necessidade de altas doses de SABA (mais de 1 tubo/mês), uso inadequado da medicação, VEF1 <60%. Também problemas psicológicos ou socioeconômicos maiores, exposição ao fumo e aeroalérgenos, comorbidades como obesidade, rinosinusite e alergia alimentar, eosinofilia no intubação na vida e a partir de uma exacerbação grave no último ano.

QUANDO INICIAR O TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO?

Asma não controlada, último mês com **necessidade de SABA mais de 2 x mês** ou qualquer **despertar noturno**. Se os **sintomas são infrequentes** (<2x mês) mas se existem **fatores de risco** principalmente **exacerbação grave no último ano** ou história prévia de **UTI**. Nesse caso inicia-se com a **Etapa 2**.

Se os sintomas forem muito **frequentes e perturbadores** (maioria dos dias) ou **despertares noturnos ≥ 1 x semana**, recomenda-se iniciar pela **Etapa 3**.

Pode também iniciar curto ciclo de corticoide oral se a apresentação inicial for asma não controlada ou exacerbação aguda.

COMO TRATAR A ASMA?

TRATAMENTO

O tratamento é dividido em etapas que vão de 1 a

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
	Beclometasona HFA 50µg spray oral-1 puff 2 x ao dia É a dose inicial preferencial para os menores de 5 anos Beclometasona HFA 50µg spray oral- 2 puff 2 x ao dia Ainda está na etapa 2 nos acima de 12 anos e adultos	Beclometasona HFA 50µg spray oral- 2 puff 2 x ao dia Nos menores de 12 anos Beclometasona HFA 250µg* spray oral -1 puff 2 x ao dia > 12 anos e adultos	REFERENCIAR
Salbutamol spray- 3 puffs de 4/4h se crise de tosse, chiado ou cansaço Fazer até de 20 em 20 min 3 x na 1ª hora			

SEMPRE ORIENTAR A TÉCNICA CORRETA DO USO DO DISPOSITIVO INALATÓRIO A CADA PRESCRIÇÃO!!! Está disponível do **Anexo 3**

A dose máxima recomendada pelo fabricante é 8 puffs/dia. Na criança 400mcg e no adulto 800mcg.

Sempre higienizar a boca após a administração de corticoide inalatório para evitar dentre outros efeitos, a monilíase oral. **Anexo 3**

Crianças abaixo de 7 anos ou que não conseguem prender a respiração, idosos ou pacientes debilitados física ou mentalmente devem usar ESPAÇADOR. Esse pode ser adquirido na UAPS.

A tabela de equivalência de dose do corticoide inalatório está no **Anexo 4**

ONDE ADQUIRIR A MEDICAÇÃO SEM CUSTO?

Apenas a Beclometasona 250µg e o Salbutamol 100 µg são padronizada para dispensação em todas as UAPS.

A Beclometasona 50µg ainda não, porém pode ser adquirida gratuitamente (assim como as outras) em farmácias particulares conveniadas com o Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”. Para isso, é necessário que o paciente leve sua identidade e CPF e a receita carimbada e assinada contendo o endereço do paciente e da instituição emitente. Se criança é necessário registro da mesma e documentos de um dos pais (ou pessoa com guarda judicial).

Sugere-se que o uso do Beclometasona - ou equivalente - seja precedido de dois puffs de 100cg de salbutamol (broncodilatador de alívio).

COMO CONTROLAR UMA CRISE DE ASMA?

Em casa

O Plano de Ação deve ser sempre prescrito na receita junto ao tratamento contínuo

Iniciar logo no início da crise- falta de ar, tosse insistente ou chiado. Não esperar piorar.

Pode Iniciar com Salbutamol spray oral - 3 puff de 20 (vinte) em 20 (vinte) minutos até 3 (três) vezes e manter de 4 (quatro) em 4 (quatro) horas até a resolução completa dos sintomas.

Continuando a crise após 1ª (primeira) hora iniciar Prednisona ou Prednisolona (corticosteróide oral) e se não houver melhora procurar urgente o Pronto Socorro

Na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS)



IMPORTANTE !!!

Crises **graves** e com **risco de vida** devem ser encaminhadas imediatamente ao **Pronto Socorro** –com maior suporte- mas já inicia conduta com SABA e Corticóide oral enquanto aguarda remoção

Todas as UAPS têm disponíveis os kits de emergência da Asma

* A dose do salbutamol pode ser aumentada obedecendo 1 puff para cada 3 kg, ao máximo de 10 puffs por vez-GINA 2014

*** A dose do corticoide oral é 1-2 mg/kg no máximo 40mg

Se houver disponível na unidade também é recomendado oximetria de pulso e suporte de O₂ se sat < 93%(adultos) e 95%(crianças) enquanto se aguarda remoção para unidade de maior suporte.

COMO CONDUZIR O TRATAMENTO MANTENDO O CONTROLE?

PELAS CONSULTAS DE SEGUIMENTO

Reavaliar o paciente a cada três meses, sendo que pode-se manter, diminuir ou aumentar a etapa do tratamento a partir do nível de controle da asma

Asma controlada → Baixar a dose de Beclometasona se possível (menor dose **50µg 2xdia**)

Asma parcialmente controlada → Asma não controlada → Aumentar a etapa

Um instrumento de fácil manejo que pode ser utilizado para o seguimento dos pacientes é o Questionário ACT (**Anexo 6**)

Antes de aumentar a etapa, verificar a adesão, uso correto do medicamento e dos dispositivos além do controle ambiental.

O PACIENTE PODE TER ALTA?

A ALTA

Na criança pode suspender o tratamento somente após 1 (um) ano, assintomático e na mínima dose do medicamento. Orientar que a asma pode reincidir (não tem cura). Adultos não se recomenda suspender medicação, deixar apenas a menor dose para manter bom controle.

Pacientes que não conseguem o controle da asma com dose alta de corticoide inalatório, mesmo com o uso diário e correto dos medicamentos **devem ser referenciados**.

ATENÇÃO PARA CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Verificar comorbidades como rinite, doença do refluxo gastroesofágico, obesidade esses fatores são importantes para o controle da doença, necessitando de tratamento concomitante com o da asma.

As medicações disponíveis nas UAPS e as doses estão no **Anexo 7**

MANEJO DA ASMA PELA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Cada unidade pode determinar os profissionais responsáveis por cada atividade ou a mesma pode ser coletiva, desde que todas sejam executadas.

FAZENDO: PRÉ- CONSULTA/ PÓS-CONSULTA

1) AVALIANDO A ADESÃO (Sugestão: Enfermeiro e/ou Farmacêutico)

1.1 Está usando a medicação diariamente? Mostrar os frascos de Beclometasona e Salbutamol (do próprio paciente se tiver trazido e se não, usar o da unidade) e pedir o paciente/cuidador para apontar qual delas usa diariamente.

1.2 Colocar o frasco do Beclometasona no recipiente com água para estimar a quantidade.

1.3 Orientar limpeza dos espaçadores **Anexo 8**.

1.4 Orientar sobre o papel das farmácias conveniadas com a farmácia popular.

2) AVALIANDO A TÉCNICA (Sugestão: Enfermeiro e/ou Farmacêutico e/ou Assistente Social e/ou Técnico de Enfermagem e/ou ACS)

2.1 Está usando da forma correta?

Perguntar: Você pode me mostrar como está usando?

Pedir para demonstrar exatamente como usa em casa: Expirar, colocar a bombinha na boca ou próximo, apertar e sugar, prender a respiração por 10 segundos. Lavar a boca após. Se criança, pedir a mãe para fazer com o espaçador

3) ORIENTANDO O PLANO DE AÇÃO (Sugestão: Enfermeiro e/ou Farmacêutico)

3.1 O plano de resgate está correto?

Pergunta: O que você faz quando começa a tosse insistente, falta de ar e cansaço?

A resposta deve ser que assim que começar a crise já inicia o Salbutamol. Fazer de 20 (vinte) em 20 (vinte) minutos 3 vezes ao todo, se não passar, fazer novamente e administrar o corticosteroide oral, se não resolver, vai para a emergência.

Demonstrar se a técnica está correta: cada “bombada” (PUFF) aguardar 10 (dez) segundos.

Lembrar ao paciente para sempre andar com a bombinha aonde ele for (levar para: escola, trabalho, etc)

4) AVALIANDO O AMBIENTE (Sugestão: Agente de Saúde e/ou Enfermeiro)

Questionar sobre fumantes, animais, limpeza, tapete, cortina, pelúcia, colchão, ventilador...

ANEXO 1 – CLASSIFICAÇÃO DA ASMA PELO NÍVEL DE CONTROLE

Avaliação do nível de controle- Sintomas nas últimas 4 semanas	Asma bem controlada	Asma parcialmente controlada	Asma não controlada
Sintomas diurnos > 2* x/semana sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	Nenhum desses itens	1 ou 2 itens sim	3 ou 4 itens sim
Necessidade de SABA >2 * x/semana sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>			
Qualquer despertar noturno sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qualquer limitação de atividades sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>			

* Em crianças < 5 anos considerar sintomas ≤ 1 x por semana

ANEXO 2- TRATAMENTO EM ETAPAS

MAIORES DE 5 ANOS

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4	ETAPA 5
	CI dose baixa	CI dose baixa + LABA	CI dose média ou alta +LABA	Referenciar para adicionar anti-IgE
Considerar CI dose baixa	Antileucotrieno Teofilina baixa dose	CI dose média ou alta CI dose baixa + antileucotrieno	Dose alta de CI + antileucotrieno Adicionar Tiotrópio	Ad Tiotrópio Ad dose baixa de Corticóide oral
(SABA) B2 DE CURTA DE RESGATE				

MENORES DE 5 ANOS

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
	CI dose baixa	CI dose dobrada	Referenciar
	Antileucotrieno CI intermitente	CI baixa dose + Antileucotrieno	
(SABA) B2 curta de resgate			

ANEXO 3- TÉCNICA INALATÓRIA



1. Agitar o nebulímetro
2. Expirar
3. Colocar o nebulímetro na boca envolvendo todo o lábio para não deixar escapar o ar
4. Acionar (apertar) o dispositivo
5. Inspirar prendendo a respiração por 10 segundos
6. Repetir o procedimento se necessário



Se usar espaçador

1. Agitar o nebulímetro
 2. Encaixa-lo no espaçador
 3. Encaixar o espaçador no rosto da criança
 4. Acionar (apertar)
 5. Contar 10 segundos ou respirações
 6. Repetir o procedimento se necessário
7. Higienizar a boca e rosto

COMO FAZER O ESPAÇADOR ARTESANAL?

Providenciar uma garrafa pet pequena ("aquarium fresh" ou refrigerante 600ml) de preferência sem reentrâncias



MELHOR



Cortar o "fundo" da garrafa com uma faca



Esquentar a "boca" da garrafa em água fervente para que o plástico fique maleável



Cobrir as bordas do fundo cortado com um esparadrapo ou uma fita crepe para não machucar o rosto da criança. Ao colocar o espaçador ele deve recobrir a boca e o nariz sem deixar espaço para que a medicação escape. Se necessitar corte a região do nariz para melhor adaptação.



Está pronto para uso!!!



ANEXO 7 MEDICAMENTOS PARA A RINITE

Beclometasona 50mcg spray nasal – 1 jato 1 a 2 x ao dia. Em bula a partir de 6 anos

Budesonida 50mcg spray nasal- 1 jato em cada narina 1 a 2 x ao dia. Em bula a partir de 4 anos

Loratadina 5ml 1 x dia nos < 30 kg e 10 ml ou 1 cp 1 x dia nos > 30 kg Crianças a partir de 2 anos

ANEXO 8 LIMPEZA E MANUTENÇÃO DOS ESPAÇADORES

NA UNIDADE DE SAÚDE- Espaçadores de uso comunitário

Materiais necessários: Espaçador universal; nebulímetro de broncodilatador; máscara; Luvas de procedimento, Recipiente plástico opaco com tampa.

Principais atividades:

- Limpar mesas e bancadas com álcool a 70%;
- Checar se a pia encontra-se completa com: água, sabão líquido, papel toalha, cesto de lixo forrado com saco plástico preto (lixo comum) com tampa de acionamento por pedal ou lixeira sem tampa;
- Lavar as mãos e colocar luvas de procedimento;
- Informar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
- Remover tampa de nebulímetro (bombinha);
- Agitar o nebulímetro (bombinha) cerca de dez vezes (Figura 1);
- Acoplar o nebulímetro (bombinha) ao espaçador;
- Posicionar o paciente com o tronco ereto;
- Posicionar máscara na face do paciente;
- Pressionar a parte superior do nebulímetro (bombinha) (Figura 2) e contar dez movimentos de inspiração e expiração ou dez segundos, repetir procedimento conforme prescrição médica.
- Recolher o material;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Ao final do expediente proceder a limpeza e desinfecção das máscaras usadas durante o turno: lavar e submergir em solução de hipoclorito a 1% durante 30 minutos;
- Enxaguar com bastante água potável e secar ao ambiente;
- Este espaçador só poderá ser reutilizado após duas horas (2h) da retirada do mesmo da solução de hipoclorito a 1%, para que venha a diminuir os efeitos do cloro sobre o medicamento.

- A solução de hipoclorito a 1% tem validade de 12 horas e todo material imerso deve estar bem seco para evitar a sua rediluição com consequente alteração da concentração do princípio ativo – cloro.
- Detergente enzimático tem ação sobre a matéria orgânica, com alta penetração, sendo atóxico, não corrosivo, pH neutro e não iônico.
- Armazenar em depósito plástico opaco com tampa;
- Manter a solução em depósito plástico opaco e fechado;
- Lavar o recipiente diariamente com água e sabão, enxaguar e secar no momento da troca de solução;
- Identificar o recipiente com: nome, data e hora da troca;
- Descartar máscaras sempre que apresentarem falha em sua integridade;
- Lavar as mãos.

ORIENTAÇÕES PARA HIGIENIZAÇÃO DO ESPAÇADOR NO DOMICÍLIO

1. A limpeza deve ser feita a cada 7 dias, utilizando água e detergente neutro. Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente;
2. Mergulhar a câmara do espaçador em solução de água com detergente neutro (2 gotas para cada litro de água) por 30 minutos. Durante este período, deixar as outras partes secando naturalmente;
3. Enxaguar tudo em água corrente, as partes internas e externas;
4. Colocar para secar ao ar livre;
5. Guardar o espaçador montado em recipiente tampado;
6. Não utilizar escovinhas nem buchas ao lavar o espaçador.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Cadernos de atenção básica no 25. Brasília: Ministério da Saúde; 2010

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for asthma management and prevention 2015

Global Initiative for Asthma (GINA). Guia de Bolso para Tratamento e Prevenção da Asma: para Adultos e Crianças com mais de 5 anos. Resumo direcionado aos profissionais da atenção primária à saúde para utilizar em conjunto com relatório principal - 2014.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma – 2012. J Bras Pneumol. 2012;38(supl.1):S1-S46.

LINKS IMPORTANTES:

http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_200_70_38_completo_versao_corrigida_04-09-12.pdf

http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Pocket_Portuguese2014.pdf

http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2015

<http://www.ginabrasil.com.br> ou <http://www.ginanobrasil.com.br>