

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ASMA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS
Nº 43, DE 24 DE MARÇO DE 2026

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença respiratória crônica, heterogênea e complexa, caracterizada por inflamação das vias aéreas e hiperresponsividade brônquica, que se manifesta por sintomas respiratórios recorrentes, como sibilância, dispneia, opressão torácica e tosse, os quais variam em intensidade e flutuam ao longo do tempo.

No Brasil, a prevalência da asma é estimada em 4,6% dos adultos e 12,1% das crianças. A mortalidade relacionada à doença corresponde, em média, a seis óbitos por dia.

O conceito de controle da asma compreende dois aspectos distintos: o controle das limitações clínicas atuais e a redução dos riscos futuros. Com base nesses critérios, a doença pode ser classificada em asma controlada, parcialmente controlada ou não controlada. A gravidade da asma deve ser avaliada retrospectivamente, após pelo menos 2 a 3 meses de tratamento (Quadro I).

A asma também pode ser classificada de acordo com seu fenótipo, incluindo: asma alérgica; asma não alérgica; asma com predominância de tosse; asma de início tardio; asma com limitação persistente do fluxo de ar; asma associada à obesidade; e, no contexto da asma grave, os fenótipos inflamatórios mais reconhecidos são a asma eosinofílica (relacionada à inflamação tipo 2 [T2 alta], alérgica ou não alérgica) e a asma não eosinofílica (associada à inflamação T2 baixa ou não T2 alta), subclassificada em asma neutrofílica e asma paucigranulocítica.

Quadro I - Classificação de gravidade da asma, de acordo com a *Global Initiative for Asthma (GINA) 2025*.

GRAVIDADE	DEFINIÇÃO
Asma Leve	Permanece bem controlada com tratamento de baixa intensidade, como o uso de corticosteroide inalatório (CI) associado a formoterol em baixa dose sob demanda ou de corticosteroide inalatório em baixa dose como terapia de manutenção diária, associado a beta2-agonista de curta duração (SABA) sob demanda.
Asma Moderada	Permanece bem controlada com tratamento correspondente às etapas 3 ou 4, como o uso de corticosteroide inalatório associado a beta2-agonista de longa duração (CI-LABA) em dose baixa ou moderada, em qualquer das trilhas terapêuticas recomendadas.
Asma Grave	A asma grave é aquela que permanece não controlada apesar do uso otimizado de corticosteroide inalatório associado a beta2-agonista de longa duração (CI-LABA) em altas doses ou que requer esse nível de tratamento para manter o controle da doença. É fundamental diferenciar a asma grave da asma de difícil controle, que pode resultar de tratamento inadequado ou insuficiente, baixa adesão terapêutica, técnica inalatória incorreta ou da presença de comorbidades, como rinossinusite crônica e obesidade. Essas situações demandam abordagens terapêuticas específicas, distintas daquelas indicadas para pacientes com asma verdadeiramente refratária ao tratamento com CI-LABA em altas doses ou mesmo com corticosteroides orais. Assim, antes de classificar a asma como grave, é indispensável investigar e corrigir fatores modificáveis, incluindo baixa adesão ao tratamento, uso inadequado dos dispositivos inalatórios e comorbidades não tratadas.

A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, desempenha papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na identificação precoce de fatores de risco e na realização de intervenções oportunas, incluindo o encaminhamento para a atenção especializada quando indicado.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da asma baseia-se na identificação de critérios clínicos e funcionais.

Os sintomas respiratórios sugestivos incluem sibilância, dispneia, tosse e/ou sensação de aperto no peito, que apresentam variação ao longo do tempo e em intensidade, com piora típica durante a noite ou nas primeiras horas da manhã. Esses sintomas podem ser desencadeados por infecções virais, exercício físico, exposição a alérgenos, mudanças climáticas, riso ou irritantes ambientais, como fumaça, poluentes e odores fortes. Quando os testes de função pulmonar não confirmarem a presença de limitação variável do fluxo aéreo expiratório, recomenda-se repeti-los em diferentes circunstâncias: durante o período sintomático, nas primeiras horas da manhã ou após a suspensão do broncodilatador.

CID 10

J45.0 Asma predominante alérgica

J45.1 Asma não alérgica

J45.8 Asma mista

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes que apresentarem sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras condições que possam simular a doença. Adicionalmente, para o uso dos medicamentos biológicos, o paciente deverá apresentar os seguintes critérios específicos:

- **Omalizumabe (Anti-IgE):** pacientes com idade > 6 anos, peso entre 20 e 150 kg, IgE total sérica entre 30 e 1.500 UI/mL com asma alérgica grave não controlada apesar do uso de corticoide inalatório em dose alta associado a um LABA, de acordo com as tabelas de dose para a faixa etária aplicável;
- **Mepolizumabe (Anti-IL-5):** idade ≥ 6 anos com asma eosinofílica grave refratária ao tratamento com corticoide inalatório em dose alta + LABA e com contagem de eosinófilos no sangue periférico ≥150 células/μL (crianças, adolescentes ou adultos em uso contínuo de corticoide oral) ou ≥300 células/μL (adultos);
- **Benralizumabe (Anti-IL-5Rα):** adultos com asma eosinofílica grave refratária e contagem de eosinófilos no sangue periférico ≥ 300 células/μL. Pacientes adultos em uso contínuo de corticoide oral, são incluídos se apresentarem asma eosinofílica grave refratária e contagem de eosinófilos no sangue periférico ≥150 células/μL;
- **Dupilumabe (Anti-IL-4):** idade ≥ 6 anos, com asma alérgica grave com fenótipo T2 alto não controlada apesar do uso de corticoide inalatório-LABA, pelo menos uma exacerbação grave no ano anterior com necessidade de curso de corticoide oral, confirmação de alergia mediada por IgE por meio de teste cutâneo ou IgE específica positiva para pelo menos um aeralérgeno (IgE sérica ≥ 30 UI/mL).

Nota: Nos casos em que não houver resposta ao imunobiológico após 6 meses de uso e a introdução de outra terapia imunobiológica for indicada, recomenda-se considerar, para fins de elegibilidade, a contagem de eosinófilos realizada antes do início do imunobiológico em uso.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Confirmado o diagnóstico de asma e respeitados os critérios de inclusão deste Protocolo, bem como as indicações em bula aprovadas no Brasil para todos os medicamentos citados, serão excluídos os pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos preconizados neste Protocolo.

DIAGNÓSTICO (continuação)

No adulto, o exame físico pode ser normal, embora sibilos expiratórios sejam um achado frequente, ainda que não específico da asma. O surgimento de sintomas respiratórios na infância, a presença atual ou pregressa de rinite alérgica ou eczema e a história familiar de asma ou outras doenças alérgicas aumentam a probabilidade diagnóstica. Deve-se investigar, ainda, a presença atual ou pregressa de tosse, dispneia e sensação de aperto no peito.

A avaliação funcional deve ser realizada, preferencialmente, por espirometria, com análise do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e da relação entre VEF1 e capacidade vital forçada (VEF1/CVF). Na indisponibilidade desse exame, pode-se utilizar a avaliação do pico de fluxo expiratório (PFE). Quando a espirometria não confirmar o diagnóstico, o teste de provocação brônquica pode ser útil.

Na criança, o diagnóstico deve considerar a presença dos seguintes critérios:

- 1) episódios recorrentes de sibilância aguda, com ou sem sintomas semelhantes aos da asma entre os episódios;
- 2) exclusão de outras causas para os sintomas respiratórios; e
- 3) resposta clínica favorável ao tratamento da asma. A espirometria deve ser solicitada para pacientes a partir dos 6 anos de idade, embora possa ser realizada em crianças menores, com limitações na interpretação dos resultados.

O diagnóstico diferencial da asma varia conforme a idade, sendo possível a sobreposição com outras condições respiratórias.

Na sobreposição asma-doença pulmonar obstrutiva crônica (asma-DPOC), coexistem características de ambas as doenças. A avaliação clínica deve considerar a natureza e o padrão dos sintomas respiratórios, verificando se são persistentes ou variáveis. Também é importante investigar a presença atual ou pregressa de asma, incluindo a idade de início dos sintomas, bem como exposições relevantes, como tabagismo e outros fatores de risco ambientais ou ocupacionais associados à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Quadro II - Critérios clínicos e funcionais para o diagnóstico de asma em adultos, adolescentes e crianças com idade maior ou igual a 6 anos.

Fator diagnóstico	Critérios para diagnóstico de asma
Histórico de sintomas respiratórios	
Sibilância, falta de ar, aperto no peito e/ou tosse. Termos podem variar, por exemplo, crianças podem descrever como respiração pesada.	- Os sintomas variam ao longo do tempo e em intensidade. - Os sintomas pioram à noite ou nas primeiras horas da manhã. - Os sintomas são frequentemente desencadeados por exercício, riso, alérgenos, ar frio; - Os sintomas podem aparecer ou piorar com infecções virais.
Confirmação de limitação variável do fluxo aéreo expiratório	
Variabilidade excessiva do fluxo aéreo expiratório (um ou mais dos testes abaixo)	Quanto maiores e mais frequentes forem as variações, maior a confiabilidade no diagnóstico. Se o resultado inicial for negativo, os testes podem ser repetidos durante os sintomas ou nas primeiras horas da manhã. Se a espirometria não for possível, o PFE pode ser utilizado, embora seja menos confiável.
Teste positivo de responsividade ao broncodilatador (reversibilidade) com espirometria (ou PFE ^a)	Adultos: aumento no VEF₁ ou CVF $\geq 12\%$ e ≥ 200 mL em relação ao basal, com maior confiabilidade se o aumento for $\geq 15\%$ e ≥ 400 mL; ou aumento no PFE $\geq 20\%$ se a espirometria não estiver disponível. Crianças: aumento no VEF₁ $\geq 12\%$ em relação ao basal (ou no PFE $\geq 15\%$). Medir 10 a 15 minutos após a inalação de 200 a 400 mcg de salbutamol ou equivalente, comparando com os valores antes do broncodilatador. O teste é mais confiável se o broncodilatador tiver sido suspenso antes: Beta2-agonista de curta duração (SABA) ≥ 4 horas; beta2-agonista de longa duração (LABA) 24 a 48 horas^b.
Variação excessiva no PFE medido duas vezes ao dia, durante duas semanas ^{c,d} .	Adultos: variabilidade média diária no PFE $> 10\%$. Crianças: variabilidade média diária no PFE $> 13\%$.
Aumento da função pulmonar após 4 semanas de tratamento c/corticoide inalatório	Adultos: aumento no VEF₁ $\geq 12\%$ e ≥ 200 mL (ou no PFE $\geq 20\%$) em relação ao basal. Crianças: aumento no VEF₁ $\geq 12\%$ (ou no PFE $\geq 15\%$) em relação ao basal.
Teste de provocação brônquica positivo.	Adultos: queda no VEF₁ $\geq 20\%$ com dose padrão de metacolina, ou $\geq 15\%$ com hiperventilação padronizada, teste com solução salina hipertônica ou manitol, ou $> 10\%$ e > 200 mL com desafio provocação por exercício padronizado. Crianças: queda em relação à linha de base no VEF₁ $> 12\%$ do previsto (ou no PFE $> 15\%$). Se o VEF₁ diminuir durante um teste de provocação, verifique se a relação VEF₁/CVF também diminuiu, uma vez que a inalação incompleta, por exemplo, devido à obstrução laringea indizível ou esforço insuficiente, pode resultar em uma falsa redução do VEF₁.
Variabilidade excessiva da função pulmonar entre consultas (Boa especificidade e baixa sensibilidade).	Adultos: variação no VEF₁ $\geq 12\%$ e ≥ 200 mL (ou no PFE de $\geq 20\%$) entre consultas. Crianças: variação no VEF₁ $\geq 12\%$ (ou $\geq 15\%$ no PFE⁺) entre as consultas.
Papel de biomarcador do tipo 2 no diagnóstico da asma	
Em paciente com sintomas típicos de asma, mas teste de função pulmonar negativo, valores dos eosinófilos sanguíneos acima do intervalo de referência regional podem apoiar o diagnóstico de asma tipo 2, mas também podem ser decorrentes de condições não relacionadas à asma. Níveis mais baixos de eosinófilos sanguíneos não excluem o diagnóstico de asma. A contagem de eosinófilos sanguíneos pode variar significativamente conforme sexo, idade e horário da coleta, sendo geralmente mais elevada pela manhã.	

CVF = Capacidade Vital Forçada; PFE = Pico de fluxo expiratório; VEF1 = volume expiratório forçado no primeiro segundo.

a. PFE é menos sensível do que a espirometria e deve ser utilizado apenas quando a espirometria não estiver disponível;

b. Para testes de responsividade ao broncodilatador, utilize qualquer SABA ou um Corticoide inalatório associado a LABA, porém de início rápido; Tempo de suspensão do broncodilatador: SABA: 4 horas; formoterol, salmeterol: 24 horas; tiotrópio, umeclidínio, glicopirrônio: 36–48 horas;

c. Para cada medição de PFE, use a maior das 3 leituras. Use o mesmo medidor de PFE todas as vezes, pois o PFE pode variar em até 20% entre medidores diferentes;

d. A variabilidade diária do PFE diurno é calculada com base em duas medições realizadas por dia (para cada medição, devem ser feitas três leituras consecutivas, considerando-se a maior delas como o valor final). Com os dois valores obtidos, calcula-se inicialmente a diferença entre o maior e o menor valor do dia (maior valor – menor valor). Em seguida, essa diferença é dividida pela média entre os dois valores [(maior valor – menor valor) ÷ ((maior valor + menor valor) ÷ 2)]. Esse cálculo resulta na variabilidade do PFE para aquele dia. Após realizar esse procedimento durante 14 dias consecutivos, calcula-se a média dos 14 valores obtidos: soma-se a variabilidade diária de cada dia e divide-se o total por 14. Esse resultado representa a variabilidade média do PFE ao longo das duas semanas. A resposta ao broncodilatador pode ser temporariamente ausente durante exacerbações graves ou infecções virais, e a limitação do fluxo aéreo pode se tornar persistente com o tempo. Se a reversibilidade não estiver presente na avaliação inicial, o próximo passo dependerá da disponibilidade de outros testes e da urgência da necessidade de tratamento. Em situações clínicas urgentes, o tratamento da asma pode ser iniciado imediatamente, e os testes diagnósticos devem ser realizados nas semanas seguintes.



TRATAMENTO

O principal objetivo do tratamento é atingir e manter o controle da doença. Deve ser um ciclo contínuo de: avaliação, intervenção e revisão da resposta.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

O tratamento não medicamentoso da asma é parte essencial do manejo da doença e inclui educação do paciente e familiares, orientação sobre o uso correto dos dispositivos inalatórios e plano de ação individualizado. Recomenda-se a cessação do tabagismo, a redução da exposição a alérgenos e irritantes ambientais e ocupacionais, a prática regular de atividade física, alimentação saudável e controle do peso. O manejo do estresse emocional, o apoio psicológico quando necessário e a manutenção do calendário vacinal, incluindo influenza e covid-19, também são medidas importantes para reduzir exacerbações e melhorar o controle da asma.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Antes do início ou ajuste do tratamento medicamentoso, é fundamental que o paciente compreenda sua condição e seja orientado quanto ao uso correto dos dispositivos inalatórios, à identificação dos sinais de piora e ao manejo da doença por meio de um plano de ação individualizado. O tratamento deve ser personalizado, considerando o controle e a gravidade da asma, as preferências do paciente e o acesso aos medicamentos.

A via inalatória é a preferida para o tratamento de manutenção e alívio, por proporcionar maior efeito local e menos eventos adversos sistêmicos. Os medicamentos são classificados em controladores, com ação anti-inflamatória, e de alívio, utilizados conforme a necessidade para rápida reversão dos sintomas. A escolha do dispositivo inalatório deve considerar sua disponibilidade, a capacidade do paciente em utilizá-lo corretamente e, sempre que possível, seu impacto ambiental, sendo essencial revisar periodicamente a técnica inalatória e estimular a adesão ao tratamento.

Princípios básicos do tratamento

- **Não é recomendado tratar apenas com SABA**, devido ao risco aumentado de exacerbações graves e morte;
- **Todos** devem usar corticoide inalatório, para reduzir risco de exacerbações graves e controlar os sintomas;
- **Prevenção de exacerbações graves é prioridade**;
- O tratamento para adultos e adolescentes é organizado em dois regimes (tracks), com base principalmente na escolha do medicamento de alívio. O tratamento pode ser intensificado ou reduzido dentro de um mesmo regime, mantendo o mesmo medicamento de alívio em cada etapa. Também é possível mudar de um regime para outro, conforme as necessidades individuais do paciente;
- **A intensificação do tratamento** deve ser considerada apenas se a asma permanecer não controlada;
- Após o controle adequado da asma ser alcançado e mantido por um período razoável de estabilidade clínica, pode-se considerar a **redução gradual** do tratamento (identificar a menor dose eficaz);
- **A dose e o esquema de administração** dos medicamentos de controle devem ser **otimizados para minimizar** o risco de eventos adversos e reduzir a necessidade de corticoides orais;
- **Uso excessivo de SABA** (ex.: >3 frascos de 200 doses ao ano) aumenta o risco de exacerbações da asma e aumenta o risco de controle inadequado dos sintomas. É importante destacar que o SABA é um medicamento essencial no controle de exacerbações graves, porém seu uso excessivo no alívio de sintomas diários indicam a necessidade de reavaliação do tratamento de controle; que fazem uso regular de corticoides inalatórios-LABA com um LABA que não seja o formoterol;
- Combinações de corticoides inalatórios com **LABA que não contêm formoterol não devem ser usadas como medicamento de alívio**;
- Os **corticoides inalatórios-formoterol não devem ser utilizados como medicamento de alívio** em pacientes que fazem uso regular de corticoides inalatórios-LABA com um LABA que não seja o formoterol;
- **Não interromper completamente o uso de corticoide inalatório**, exceto quando for necessário temporariamente para confirmar o diagnóstico de asma;
- Para a maioria dos pacientes com asma, corticoides inalatórios em **baixa dose** proporcionam a maior parte dos benefícios clínicos esperados.

Importante considerar que certos medicamentos podem **interferir na resposta ao tratamento da asma**, como anti-inflamatórios não esteroides e betabloqueadores. Portanto, a decisão de uso deve ser individualizada.

O tratamento da asma utiliza termos técnicos, acrônimos e siglas frequentemente presentes na literatura, nas consultas e nas prescrições. O Quadro III apresenta os principais conceitos relacionados ao tratamento medicamentoso, acompanhados de explicações simplificadas.

Quadro III - Terminologia para o tratamento medicamentoso da asma.

Termo	Significado	Função no Tratamento da asma
CI (em inglês, ICS - Inhaled Corticosteroid)	Corticoide inalatório	Reduz a inflamação dos brônquios; previne sintomas e exacerbações. Os CI disponíveis no SUS são a beclometasona e a budesonida.
SABA	Beta2-agonista de curta duração	Alívio rápido dos sintomas. Os SABA disponíveis no SUS são o salbutamol e fenoterol.
LABA	Beta2-agonista de longa duração	Relaxamento prolongado dos brônquios; usado com CI. O LABA disponível no SUS é o formoterol.
Corticoides sistêmicos	Corticoide de uso sistêmico administrado por via oral ou injetável	O tratamento de curto prazo é importante no tratamento de exacerbações agudas graves, com efeitos principais observados após 4 a 6 horas.
Terapia complementar	Variam conforme o fenótipo, idade e características clínicas, incluem medicamentos imunobiológicos	Tratamento adicional para pacientes com sintomas persistentes ou exacerbações, apesar da técnica inalatória correta e boa adesão ao tratamento da Etapa 4.
CI-formoterol	Combinação de Corticoide inalatório com formoterol (LABA de início de ação rápida)	Pode ser usado como controle diário e para alívio dos sintomas.
Medicamento de alívio (em inglês, Reliever)	Medicamento usado quando há sintomas ou antes do exercício. Às vezes são chamados de inaladores de resgate.	Alivia rapidamente a obstrução das vias aéreas.
Medicamento de controle	Medicamento de uso contínuo, mesmo sem sintomas	Mantém a doença sob controle e reduz risco de exacerbações, além de reduzir a inflamação das vias aéreas.
MART	Terapia de Manutenção e Alívio (com CI-formoterol). A MART também é às vezes chamada de SMART (terapia de manutenção e alívio de inalador único)	Regime em que o mesmo medicamento é usado regularmente e sob demanda, para as etapas 3 e 4.
AIR Anti-inflammatory Reliever	Uso de um medicamento de alívio com ação anti-inflamatória: Inalador de alívio que contém um CI de baixa dose e um SABA ou formoterol (LABA de início de ação rápida)	Regime usado sob demanda quando há sintomas ou antes do exercício/exposição a alérgenos.
Etapas do tratamento (Steps)	Níveis progressivos de tratamento (1 a 4 ou 1 a 5, conforme a faixa etária)	Determinam a intensidade do tratamento com base no controle da asma.
Regimes de tratamento (Tracks)	Possíveis regimes de tratamento baseados no tipo de medicamento de alívio usado	A GINA (Global Initiative for Asthma) apresenta dois regimes principais: Regime 1 (preferencial, com CI-formoterol) e Regime 2 (alternativo, com SABA como alívio)

Em **adultos e adolescentes** (≥12 anos), o tratamento inicial da asma deve ser escalonado conforme a frequência dos sintomas, a função pulmonar e o risco de exacerbações. O esquema preferencial utiliza CI-formoterol, sob demanda ou em regime MART, com aumento progressivo da intensidade terapêutica de acordo com a gravidade da doença.

Em **crianças de 6 a 11 anos**, o tratamento da asma deve ser escalonado conforme a frequência e a gravidade dos sintomas, com uso progressivo de corticoide inalatório (CI), isolado ou associado a LABA. Nas exacerbações, o tratamento deve ser iniciado imediatamente, com avaliação da gravidade e acompanhamento precoce após a alta. Pacientes com sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado devem ser encaminhados para avaliação especializada, com investigação do fenótipo da asma e consideração de terapias adicionais.

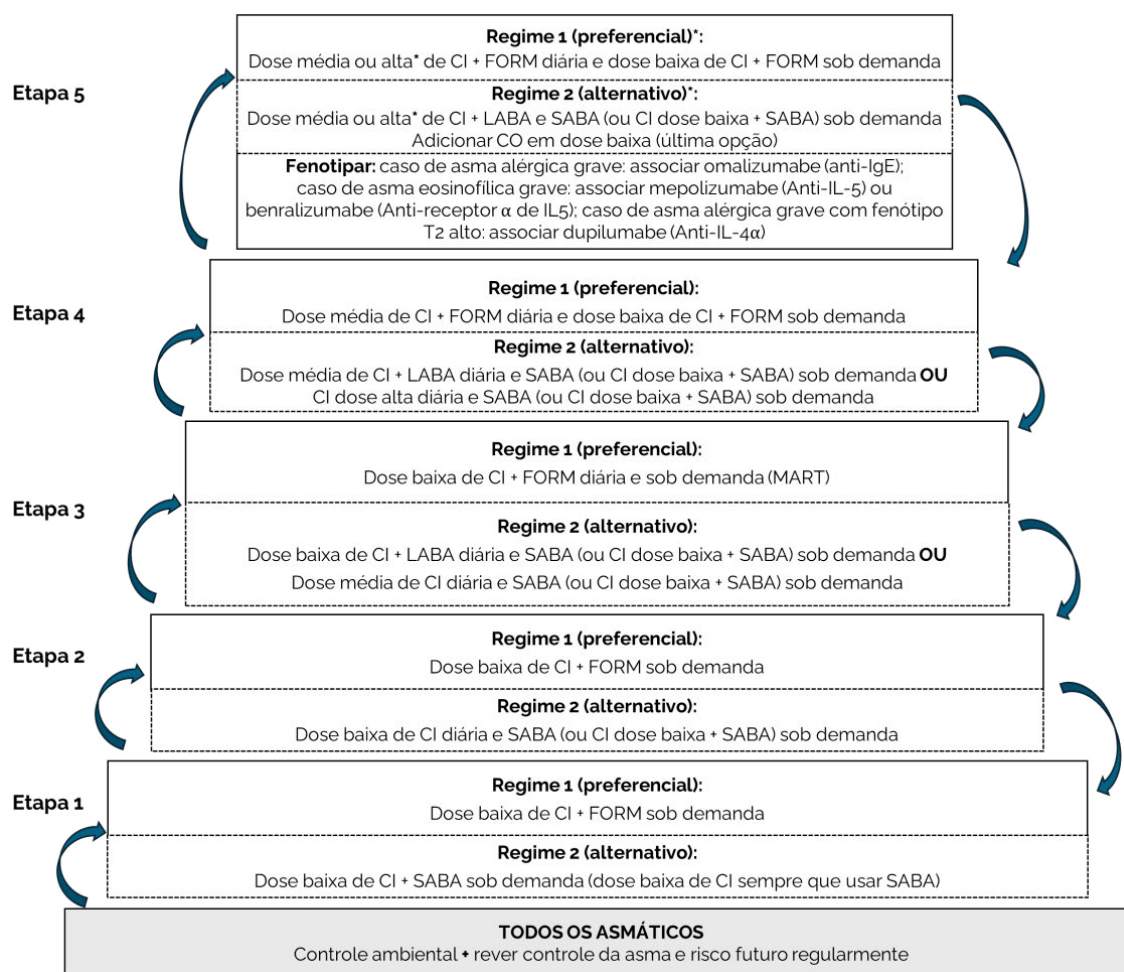
A **escolha da terapia imunobiológica** deve considerar os critérios de elegibilidade, as comorbidades associadas à inflamação do tipo 2, os preditores de resposta, a via e frequência de administração e a preferência do paciente. Os preditores de resposta variam entre os imunobiológicos, sendo a eosinofilia sanguínea um dos principais marcadores para vários desses tratamentos. Durante o uso dessas terapias, o tratamento com corticoide inalatório deve ser mantido.

Em **pacientes adultos com asma grave não controlada**, o uso de corticoides orais em baixa dose pode ser considerado apenas como última opção terapêutica, após a otimização do tratamento e a avaliação de outras alternativas, incluindo imunobiológicos. Devido ao risco de eventos adversos importantes, como supressão adrenal e osteoporose, seu uso deve ser o mais limitado possível e acompanhado de medidas preventivas quando prolongado.

TRATAMENTO (continuação)

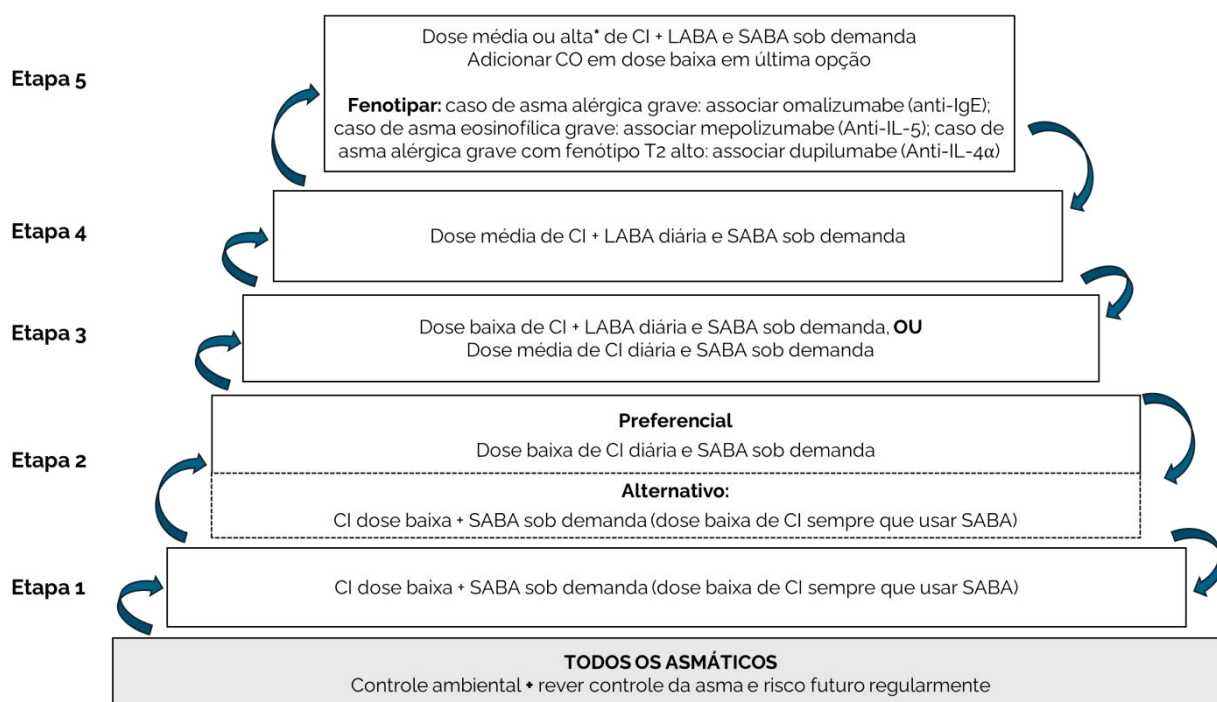
As Figuras I e II apresentam as etapas de tratamento da asma em adolescentes (12 anos ou mais) e adultos, e crianças entre 6 e 11 anos de idade, respectivamente.

Figura I - Etapas de tratamento da asma em adolescentes (12 anos de idade ou mais) e adultos.



Legenda: CI – corticoide inalatório; SABA – beta2-agonista de curta duração; FORM – formoterol; LABA – beta2-agonista de longa duração; MART – terapia de manutenção e alívio; CO – corticoide oral; IgE – Imunoglobulina E; IL-5 – interleucina 5; IL-4 α - Subunidade alfa do receptor de interleucina 4; * Recomendada apenas por um período limitado de 3 a 6 meses, quando um bom controle não foi obtido com dose média de CI + FORM ou CI+LABA.

Figura II - Etapas de tratamento da asma em crianças entre 6 e 11 anos de idade.

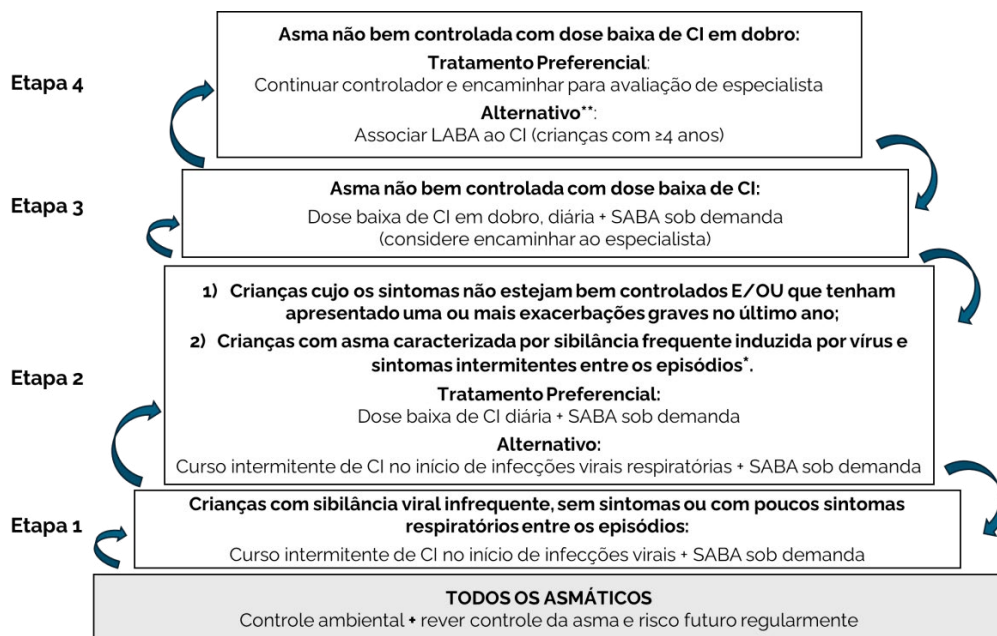


Legenda: CI – corticoide inalatório; SABA – beta2-agonista de curta duração; LABA – beta2-agonista de longa duração; CO – corticoide oral; IgE – Imunoglobulina E; IL-5 – interleucina 5; IL-4 α - Subunidade alfa do receptor de interleucina 4; * Recomendada apenas por um período limitado de 2 a 3 meses, com monitoramento de eventos adversos.

TRATAMENTO (continuação)

Os objetivos do **tratamento da asma em crianças ≤ 5 anos** são semelhantes aos de outras faixas etárias. Todas devem receber SABA para alívio dos sintomas, e aquelas com sintomas frequentes ou histórico de exacerbações graves devem iniciar tratamento de controle com corticoide inalatório (CI), com reavaliação periódica da resposta. Quando houver boa resposta ao corticoide inalatório por um período de 2 a 3 meses, pode-se considerar a redução da dose. Em crianças ≤ 5 anos, a dose baixa diária de dipropionato de beclometasona é de 100 mcg na formulação pMDI com partícula padrão e de 50 mcg na formulação pMDI com partícula extrafina (a partir dos 5 anos de idade). **O tratamento é escalonado em quatro etapas.** A etapa 1 é indicada para sibilância viral infrequente, sem necessidade de controle diário. Na etapa 2, recomenda-se CI em baixa dose, de uso diário ou intermitente. A etapa 3 prevê aumento da dose de CI para crianças com controle inadequado, enquanto a etapa 4 inclui pacientes com asma não controlada apesar da intensificação do tratamento, que devem ser encaminhados para avaliação especializada. Antes de aumentar a terapia, devem ser revisados o diagnóstico, a técnica inalatória, a adesão ao tratamento, as comorbidades e as exposições ambientais. Em todas as etapas, o medicamento de alívio é o SABA sob demanda. Veja as etapas na Figura III.

Figura III - Etapas de tratamento da asma em crianças com até 5 anos de idade



Legenda: CI – corticoide inalatório; SABA – beta2-agonista de curta duração; LABA – beta2-agonista de longa duração; *Um teste terapêutico com corticoide inalatório diário em baixa dose deve ser realizado primeiro; **Em orientação especializada, com monitoramento de eventos adversos.

MEDICAMENTOS

Quadro IV - Medicamentos utilizados no tratamento da asma: apresentações e esquemas de administração.

Medicamento	Apresentação	Esquemas de Administração
Benralizumabe	Solução injetável 30 mg/mL	30 mg por via subcutânea a cada 4 semanas nas três primeiras doses e, posteriormente, a cada 8 semanas. Não requer ajuste de dose para idosos ou pacientes com disfunção renal ou hepática.
Bromidrato de fenoterol	Aerossol de 100 mcg.	SABA para alívio dos sintomas e tratamento de exacerbações. Deve ser sempre utilizados em associação com budesonida ou beclometasona
Budesonida	Cápsula inalante de 200 mcg e 400 mcg e pó inalante ou aerossol bucal de 200 mcg	Uso diário em doses baixas, médias ou altas, conforme idade e gravidade da asma. Veja o Quadro V na página 6 deste documento.
Dipropionato de beclometasona	Cápsula ou pó inalante 200 mcg e 400 mcg; aerossol/spray 50 mcg e 250 mcg	Uso diário em doses baixas, médias ou altas, conforme idade e gravidade da asma. Veja o Quadro V na página 6 deste documento.
Dupilumabe	Seringa preenchida 300 mg/2 mL e 200 mg/1,14 mL	≥12 anos em uso de corticoide oral: dose inicial de 600 mg, seguida de 300 mg SC a cada 2 semanas. Demais pacientes ≥12 anos: dose inicial de 400 mg, seguida de 200 mg SC a cada 2 semanas. Crianças de 6 a 11 anos: 15 a <30 kg: 300 mg a cada 4 semanas; ≥30 kg: 200 mg a cada 2 semanas.
Fosfato sódico de prednisolona:	Solução oral de 1 mg/mL e 3 mg/mL.	Adultos e adolescentes: 40–50 mg/dia por 5–7 dias nas exacerbações graves. Crianças de 6 a 11 anos: 1–2 mg/kg/dia (máximo 40 mg/dia) por 3–5 dias. Administração preferencialmente em dose única matinal.
Fumarato de formoterol	Cápsula ou pó inalante 12 mcg	Utilizado em associação com corticoide inalatório, conforme etapa de tratamento.
Fumarato de formoterol + Budesonida	Cápsula ou pó inalante 6 mcg/200 mcg e 12 mcg/400 mcg	AIR/MART: Etapas 1 e 2: 1 inalação sob demanda. Etapa 3: 1 inalação 1–2 vezes ao dia + 1 sob demanda. Etapas 4 e 5: 2 inalações 2 vezes ao dia + 1 sob demanda. Máximo de 12 inalações/dia (72 mcg de formoterol).
Mepolizumabe	Solução injetável 100 mg/mL e 40 mg/0,4 mL	≥12 anos: 100 mg SC a cada 4 semanas. Crianças de 6 a 11 anos: 40 mg SC a cada 4 semanas.
Omalizumabe	Seringa preenchida 150 mg/mL e 75 mg/0,5 mL	Dose individualizada de 75 a 600 mg por aplicação, conforme peso corporal e IgE basal, administrada a cada 2 ou 4 semanas. As três primeiras doses devem ser aplicadas sob supervisão profissional. Veja Quadro 12 para maiores informações no PCDT Asma - PT n° 43, de 24 de março de 2026.
Prednisona	Comprimidos de 5 mg e de 20 mg.	Adultos e adolescentes: 40–50 mg/dia por 5–7 dias nas exacerbações graves. Em asma grave, até 7,5 mg/dia pode ser considerado como última alternativa terapêutica.
Sulfato de salbutamol	Aerossol de 100 mcg e solução inalante de 5 mg/mL.	Em exacerbações leves a moderadas: 4–10 jatos (100 mcg cada) a cada 20 minutos durante a primeira hora. Após esse período, 4–10 jatos a cada 3–4 horas ou 6–10 jatos a cada 1–2 horas, conforme resposta clínica. Via preferencial: pMDI com espaçador.

Observações:

- O protocolo não recomenda monoterapia com SABA ou LABA, devendo esses medicamentos ser utilizados em associação ao tratamento controlador quando indicado.
- Em pacientes em uso de imunobiológicos, a redução da dose de corticoide oral pode ser considerada após melhora clínica, devendo ocorrer de forma gradual e sob supervisão médica. A interrupção abrupta do corticoide oral não é recomendada.
- Dipropionato de beclometasona (50, 200 e 250 mcg) e sulfato de salbutamol (100 mcg e 5 mg) estão disponíveis pelo Programa Farmácia Popular.

TRATAMENTO (continuação)

Quadro V - Doses baixas, médias e altas de corticoides inalatórios, para uso diário, isoladamente ou com beta2-agonista de longa duração (LABA)

Corticoide Tipo de dispositivo	Dose baixa mcg/dia ^a	Dose média mcg/dia	Dose alta mcg/dia ^b
≥ 12 anos			
Dipropionato de beclometasona (pMDI, partícula padrão, HFA)	200-500	>500-1.000	>1.000
Dipropionato de beclometasona (DPI ou pMDI, partícula extrafina ^c , HFA)	100-200	>200-400	>400
Budesonida (DPI ou pMDI, partícula padrão, HFA)	200-400	>400-800	>800
Crianças 6 a 11 anos			
Dipropionato de beclometasona (pMDI, partícula padrão, HFA)	100-200	> 200-400	> 400
Dipropionato de beclometasona (DPI ou pMDI, partícula extrafina ^c , HFA)	50-100	> 100-200	> 200
Budesonida (DPI ou pMDI, partícula padrão, HFA)	100-200	> 200-400	> 400

Nota: a. Dose padrão para iniciar e manter o tratamento da maioria dos pacientes; b. Aumentam a frequência e intensidade dos efeitos colaterais sistêmicos; c. Apresentação ainda não disponível no Brasil; pMDI: dispositivos de dose medida pressurizada; DPI: Dispositivo de pó inalatório. HFA: hidrofluoralcano.

CASOS ESPECIAIS

CRIANÇAS ≤ 5 ANOS

O diagnóstico da asma em crianças ≤ 5 anos é desafiador devido à grande sobreposição de sintomas com outras condições respiratórias frequentes nessa faixa etária e à limitação de testes objetivos.

Todas as crianças com asma ou suspeita de asma devem receber beta2-agonista de curta duração inalatório para alívio dos sintomas. Para aquelas que apresentam sintomas mais de duas vezes por semana ou que tiveram uma ou mais exacerbações graves com necessidade de atendimento médico não programado no último ano, recomenda-se iniciar tratamento controlador diário com corticoide inalatório.

GESTANTES

Os níveis de controle da asma podem ser alterados. A piora tende a ocorrer principalmente na metade do período gestacional e está associada à gravidade prévia da doença. A asma mal controlada aumenta o risco de complicações maternas e fetais, incluindo parto prematuro, baixo peso ao nascer, malformações, hipertensão e diabetes gestacionais.

É fundamental reforçar a importância do controle adequado da asma durante a gravidez, destacando que a manutenção do tratamento reduz os riscos de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê. A interrupção do uso de medicamentos de manutenção, especialmente corticoides inalatórios, não é recomendada.

IDOSOS

A asma em idosos é frequentemente subdiagnosticada devido à percepção reduzida dos sintomas, aceitação da dispnéia como parte do envelhecimento e presença de múltiplas comorbidades. Também é importante revisar todos os medicamentos em uso e considerar interações medicamentosas.

CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

O corticoide inalatório não deve ser suspenso completamente devido ao risco de exacerbações. A terapia imunobiológica deve ser reavaliada após, no mínimo, 6 meses, sendo recomendada sua interrupção na ausência de resposta clínica. Os pacientes podem ser classificados como respondedores, super-respondedores ou não respondedores, conforme a melhora do controle da asma, redução de exacerbações e diminuição da necessidade de corticoide oral.

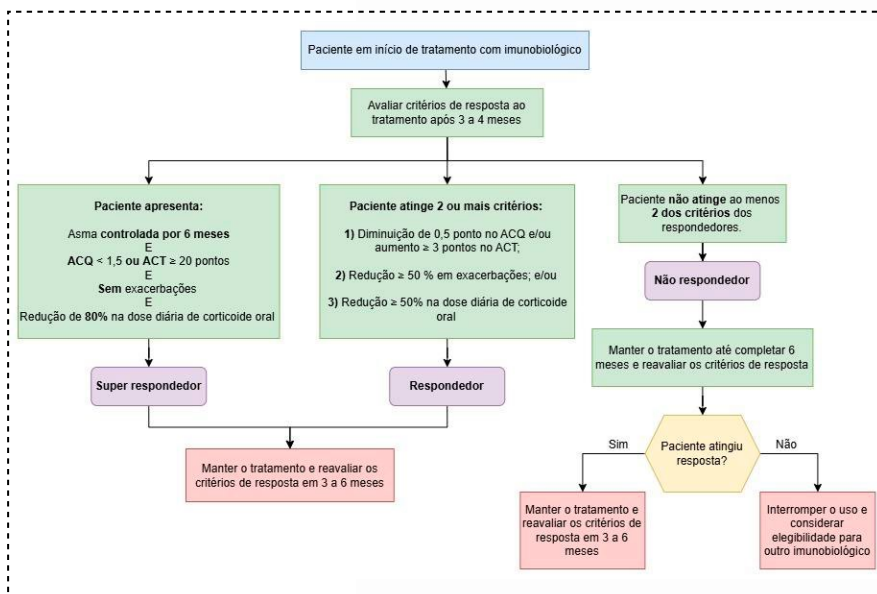
MONITORAMENTO

O monitoramento da asma deve ser contínuo, incluindo avaliação do controle dos sintomas, risco de exacerbações, função pulmonar, técnica inalatória, adesão ao tratamento, comorbidades e preferências do paciente. Recomenda-se reavaliação periódica após o início ou ajuste do tratamento, após exacerbações e, nos casos de maior risco, em intervalos mais frequentes. A função pulmonar deve ser avaliada no diagnóstico, após 3 a 6 meses e, posteriormente, a cada 1 a 2 anos. Planos de ação escritos devem ser revisados em todas as consultas.

Pacientes em uso de terapias complementares, incluindo imunobiológicos, devem ter a resposta clínica reavaliada após 3 a 4 meses e, depois, a cada 3 a 6 meses, considerando sintomas, exacerbações, função pulmonar, necessidade de corticoides orais, comorbidades e qualidade de vida.

Embora a maioria dos pacientes não apresente eventos adversos, é importante monitorar continuamente a segurança do tratamento. Corticoides inalatórios podem causar candidíase oral e disfonia, especialmente em altas doses; LABA podem provocar taquicardia, cefaleia e câibras; SABA podem causar tremor e taquicardia, sendo o uso excessivo indicativo de controle inadequado da asma; e corticoides sistêmicos estão associados a importantes efeitos adversos metabólicos, cardiovasculares, oculares e ósseos, especialmente quando utilizados de forma frequente ou prolongada.

Figura IV - Fluxo para avaliação da resposta ao tratamento com imunobiológicos.



REGULAÇÃO E CONTROLE

A APS é responsável pelo diagnóstico, tratamento, acompanhamento e coordenação do cuidado da asma no SUS, incluindo educação em saúde e encaminhamento dos casos que necessitem de avaliação especializada. O tratamento deve seguir os critérios deste Protocolo, com monitoramento periódico da eficácia, segurança e uso dos medicamentos. A prescrição de imunobiológicos depende da disponibilidade no SUS.

As informações inseridas neste material têm a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde à Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 43 de 24 de março de 2026 e pode ser acessada em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/2026/pcdt-da-asma>

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal