

Asma na criança — crise e controle

Classificação da crise, salbutamol com espaçador, corticoide oral, etapas de tratamento de controle do GINA para 6 a 11 anos, plano de ação e critérios de encaminhamento

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A asma se caracteriza por sintomas respiratórios variáveis (sibilância, tosse, dispneia, aperto no peito) com limitação variável ao fluxo aéreo. Na crise, o tratamento de primeira linha é o salbutamol spray com espaçador: 4 a 10 jatos de 100 mcg a cada 20 minutos na primeira hora para crianças de 6 a 11 anos (GINA 2025), seguido de prednisolona oral 1–2 mg/kg/dia (máximo 40 mg) por 3 a 5 dias nas crises moderadas a graves (GINA; SBP 2025). Crises leves a moderadas que respondem ao salbutamol são tratadas em casa (●), com reavaliação em 24–48 h e revisão do tratamento de controle (●). Encaminhar ao pronto-socorro (●) quando a criança fala apenas palavras, está agitada, sonolenta ou confusa, tem FR > 30 irpm, SpO₂ < 90–92%, tórax silencioso ou não melhora após a primeira hora de salbutamol. No controle, o GINA recomenda que nenhuma criança fique só com broncodilatador: corticoide inalatório sempre que usar salbutamol (etapa 1) ou diariamente em dose baixa (etapa 2), com progressão para associação com LABA ou terapia de manutenção e alívio (MART). Toda criança com asma deve sair do consultório com plano de ação escrito e técnica inalatória revisada.

Para crianças de até 5 anos, veja também, nesta Biblioteca: Sibilância recorrente do lactente e do pré-escolar.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição (GINA):** doença heterogênea, geralmente com inflamação crônica das vias aéreas, definida pela história de sintomas respiratórios que variam no tempo e em intensidade, com limitação variável ao fluxo expiratório.
- **Faixa etária:** pode começar em qualquer idade; o diagnóstico é mais seguro a partir dos 5–6 anos, quando é possível documentar a variabilidade da função pulmonar.
- **Quadro típico:** episódios recorrentes de sibilância, tosse (principalmente noturna ou com exercício, riso e choro), dispneia e aperto no peito, desencadeados por viroses, alérgenos (ácaros, pelos, fungos), fumaça, exercício e mudanças de tempo; história pessoal ou familiar de atopia (rinite, dermatite atópica).
- **Diagnóstico em 5 a 11 anos (NICE NG245, 2024):** com história sugestiva, confirmar com testes objetivos em sequência: FeNO ≥ 35 ppb; se não disponível ou negativo, espirometria com aumento do VEF1 $\geq 12\%$ após broncodilatador; se não disponível, variabilidade do pico de fluxo $\geq 20\%$ em 2 semanas; e, se persistir dúvida, pesquisar sensibilização alérgica e eosinófilos ($> 0,5 \times 10^9/L$ sustenta a hipótese e indica encaminhamento para teste de broncoprovocação; ausência de ambos torna a asma improvável).

2. Classificação de gravidade

Classificação da **crise** na atenção primária em crianças de 6 a 11 anos (GINA 2025), complementada pelo *Pulmonary Score* da SEUP (frequência respiratória por idade, sibilância e uso de musculatura acessória, somados à SpO₂).

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Fala frases completas; FR normal ou pouco aumentada; sem uso de musculatura acessória; SpO ₂ > 94% (SEUP); pico de fluxo > 50% do previsto ou do melhor pessoal	Salbutamol com espaçador na dose da tabela abaixo, repetido conforme sintomas; manter ou iniciar corticoide inalatório; plano escrito
● Moderada	Fala frases; prefere ficar sentada; não agitada; FR aumentada; sem uso importante de musculatura acessória; SpO ₂ 90–95% (GINA) ou 91–94% (SEUP); pico de fluxo > 50%	Salbutamol 4–10 jatos a cada 20 min na primeira hora; prednisolona oral; oxigênio se SpO ₂ < 94%; reavaliar após 1 h; alta se boa resposta, com retorno em 24–48 h
● Grave	Fala apenas palavras; senta-se curvada para frente; agitação; FR > 30 irpm; musculatura acessória; SpO ₂ < 90%; pico de fluxo ≤ 50%. Risco de vida: sonolência, confusão, tórax silencioso, cianose	Encaminhar ao PS após iniciar salbutamol (± ipratrópio), oxigênio e corticoide; transporte com monitorização

Fatores de risco para crise grave e morte por asma

- Internação, intubação ou UTI por asma no passado; crise grave no último ano.
- Uso frequente de salbutamol sem corticoide inalatório, ou baixa adesão ao controle.
- Técnica inalatória inadequada; ausência de plano de ação escrito.
- Alergia alimentar confirmada, obesidade, tabagismo passivo.
- Problemas psicossociais ou dificuldade de acesso ao serviço.

3. Diagnóstico no consultório

- **Na crise:** diagnóstico clínico. Avaliar consciência, fala, FR, uso de musculatura acessória, ausculta, SpO₂ e, se possível a partir de 5–6 anos, pico de fluxo. Radiografia e exames não são rotineiros; radiografia se suspeita de pneumonia, pneumotórax, corpo estranho ou má resposta.
- **Fora da crise:** avaliar o controle nas últimas 4 semanas (sintomas diurnos mais de duas vezes por semana, despertar noturno, uso de alívio mais de duas vezes por semana, limitação de atividades) e o risco futuro (crises no último ano, adesão, técnica). Espirometria com prova broncodilatadora e, quando disponível, FeNO, confirmam o diagnóstico e ajudam no seguimento.

- **Diagnóstico diferencial:** corpo estranho aspirado, disfunção de cordas vocais, fibrose cística, discinesia ciliar, bronquiolite obliterante, cardiopatia, refluxo com aspiração, imunodeficiência, tuberculose. Na asma de difícil controle, rever diagnóstico, adesão, técnica e comorbidades (rinite, obesidade, refluxo, apneia do sono, fatores psicossociais) antes de aumentar o tratamento (SBP/ASBAI 2020).

4. Tratamento em casa

Na crise

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Salbutamol spray 100 mcg/jato com espaçador	6–11 anos: 4–10 jatos (GINA 2025). SEUP por peso: 4 jatos (5–10 kg), 6 jatos (10–20 kg), 8 jatos (> 20 kg)	A cada 20 min na 1ª hora (até 3 doses); depois a cada 3–4 h conforme sintomas	Até a melhora, em geral 3–5 dias	Espaçador é tão eficaz quanto nebulização; um jato de cada vez
Prednisolona ou prednisona oral	1–2 mg/kg/dia	1 vez ao dia, pela manhã	3 a 5 dias, sem desmame	Máximo 40 mg/dia em 6–11 anos (GINA); SBP 2025 recomenda 1–2 mg/kg/dia por 3 a 5 dias
Dexametasona oral (alternativa)	0,6 mg/kg (máx. 12 mg)	Dose única, repetível em 24 h	1 a 2 doses	Opção preferida na SEUP (2024)
Brometo de ipratrópio spray (no consultório/PS)	< 20 kg 4 jatos; > 20 kg 8 jatos (SEUP)	Junto com as 2–3 primeiras doses de salbutamol	Apenas na 1ª hora	Somente crises moderadas a graves

Controle — etapas do GINA 2025 para 6 a 11 anos

- **Etapa 1:** corticoide inalatório em dose baixa sempre que usar salbutamol (inaladores separados ou combinados).
- **Etapa 2:** corticoide inalatório diário em dose baixa, com salbutamol de alívio; alternativa menos eficaz, antileucotrieno.
- **Etapa 3:** corticoide inalatório em dose baixa + LABA, ou corticoide em dose média, ou MART com budesonida-formoterol em dose muito baixa.
- **Etapa 4:** corticoide em dose média + LABA, ou MART em dose baixa; encaminhar ao especialista.
- **Etapa 5:** avaliação de fenótipo por especialista; dose alta de corticoide e/ou imunobiológico.
- Reavaliar em 1 a 3 meses após cada mudança; reduzir a etapa após 3 meses de bom controle.

Doses diárias de corticoide inalatório em crianças de 6 a 11 anos (tabela do GINA, guia de bolso 2023)

CORTICOIDE INALATÓRIO	DOSE BAIXA (MCG/DIA)	DOSE MÉDIA (MCG/DIA)	DOSE ALTA (MCG/DIA)
Beclometasona spray HFA (partícula padrão)	100–200	> 200–400	> 400
Beclometasona spray HFA (partícula extrafina)	50–100	> 100–200	> 200
Budesonida pó inalável	100–200	> 200–400	> 400
Budesonida para nebulização	250–500	> 500–1.000	> 1.000
Ciclesonida spray	80	> 80–160	> 160
Fluticasona (propionato) pó ou spray	50–100	> 100–200	> 200
Mometasona spray	100	200	—

Estas são equivalências clínicas aproximadas, não doses de bula; ajustar à menor dose que mantenha o controle.

Plano de ação escrito (entregar em toda consulta)

- Medicação de controle diária, com nome, dose e dispositivo.
- Como reconhecer a piora: mais tosse ou chiado, despertar noturno, necessidade de salbutamol mais de duas vezes por semana, pico de fluxo < 80% do melhor.
- O que fazer na crise: salbutamol com espaçador na dose prescrita a cada 20 min por até 1 hora; quando iniciar corticoide oral, se prescrito.
- Quando ir ao pronto-socorro (ver abaixo).

O que não usar

- Tratar só com salbutamol, sem corticoide inalatório (GINA não recomenda desde 2019).
- Xaropes broncodilatadores, antitussígenos, mucolíticos e anti-histamínicos para a crise.
- Antibiótico na crise sem sinal de infecção bacteriana.
- Corticoide oral em cursos repetidos como substituto do controle; cada curso acumula efeitos adversos (SBP 2025).
- Inaladores de pó seco durante a crise (fluxo inspiratório insuficiente).

Medidas de suporte

- Controle ambiental: ambiente sem tabaco, redução de mofo e ácaros; tratar rinite alérgica.
- Vacinação contra influenza anual e COVID-19 conforme calendário.
- Estimular atividade física, com salbutamol antes do exercício se necessário.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Critérios de crise grave ou de risco de vida (tabela acima).
- SpO₂ < 92% em ar ambiente, ou necessidade de oxigênio após a primeira hora.
- Resposta ruim ou curta ao salbutamol (necessidade em intervalos menores que 2 horas, SEUP).
- História de crise quase fatal, UTI ou internação recente.
- Pais incapazes de manter o tratamento ou de retornar.

Como encaminhar

1. Manter a criança sentada, na posição que preferir.
2. **Oxigênio** para SpO₂ ≥ 94%.
3. **Salbutamol** com espaçador a cada 20 min (ou nebulização com oxigênio) associado a **ipratrópio** nas crises graves, mantido durante o transporte.
4. **Corticoide sistêmico** antes de sair: prednisolona 1–2 mg/kg (máx. 40 mg) ou dexametasona 0,6 mg/kg (máx. 12 mg) VO, se consegue engolir.
5. Contatar o serviço de destino com SpO₂, FR, doses e horários; em sonolência, tórax silencioso ou cianose, acionar o SAMU (192).

Encaminhar ao especialista (pneumologista ou alergista pediátrico)

- Dúvida diagnóstica ou testes de função pulmonar indisponíveis.
- Asma não controlada na etapa 4 do GINA, ou com MART ou CI + LABA em dose moderada pediátrica (NICE/BTS/SIGN 2024).
- Crises graves, internação em UTI ou mais de um curso de corticoide oral por ano.
- Efeitos adversos do tratamento, comprometimento do crescimento ou suspeita de asma grave (SBP/ASBAI 2020).

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A bombinha de alívio (salbutamol) abre os brônquios na hora; a de controle (corticoide inalatório) trata a inflamação e deve ser usada todos os dias, mesmo sem sintomas."
- "Use sempre o espaçador: um jato de cada vez, respirando devagar cinco a seis vezes ou prendendo a respiração por 10 segundos."
- "Enxágue a boca depois do corticoide inalatório."
- Retornar em 24–48 h após uma crise moderada e em 1 a 3 meses para rever o controle.
- Ir ao pronto-socorro se: o salbutamol não alivia ou o efeito dura menos de 2–3 horas; a criança não consegue falar frases, fica com lábios arroxeados, sonolenta ou confusa;

afundamento das costelas; pico de fluxo abaixo de 50% do melhor.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Diagnóstico	Clínico + função pulmonar; adota GINA	Sem diretriz própria; segue NAEPP/NHLBI 2020	FeNO $\geq$ 35 ppb, BDR $\geq$ 12%, variabilidade do PFE $\geq$ 20% (NG245)	Segue o NICE	Clínico + espirometria
Controle inicial (6–11)	CI diário; adota etapas do GINA	NAEPP 2020	CI em dose baixa pediátrica 2 vezes ao dia + SABA	Segue o NICE	CI em dose baixa (GEMA)
Escalonamento	GINA (CI-LABA, MART)	NAEPP: MART nas etapas 3–4	MART em dose baixa e depois moderada pediátrica (antileucotrieno se não consegue usar MART); especialista	Segue o NICE	CI + LABA ou antileucotrieno
Crise — salbutamol	Spray com espaçador	Spray com espaçador	Fora do escopo do NG245 (manejo agudo pela BTS/SIGN)	Segue o NHS	Jatos por peso com espaçador (SEUP)
Crise — corticoide oral	Prednisolona 1–2 mg/kg/dia, 3–5 dias (SBP 2025)	NAEPP	Fora do escopo do NG245	Segue o NHS	Dexametasona 0,6 mg/kg (máx. 12 mg) ou prednisolona 1–2 mg/kg (máx. 60 mg)
Encaminhamento	Asma grave: rever diagnóstico, adesão, técnica, comorbidades (SBP/ASBAI)	—	Sem controle com MART ou CI + LABA em dose moderada pediátrica	Segue o NICE	Falha após 2–3 meses de ajuste, asma grave

Leitura: as referências convergem no uso de salbutamol com espaçador na crise, no curso curto de corticoide oral e na centralidade do corticoide inalatório no controle. As divergências

principais são: (1) na primeira etapa, o GINA indica corticoide inalatório sempre que a criança usa salbutamol, enquanto o NICE parte de corticoide diário em dose baixa; (2) no segundo passo, o NICE/BTS/SIGN passa direto para MART em dose baixa pediátrica (antileucotrieno só se a criança não consegue usar MART), e o GINA oferece CI-LABA, CI em dose média ou MART em dose muito baixa; (3) no diagnóstico, o NICE exige testes objetivos (FeNO primeiro), algo ainda pouco disponível na atenção primária brasileira; (4) na crise, a dose máxima de prednisolona varia (40 mg no GINA, 60 mg na SEUP), e a SEUP prefere dexametasona. A AAP não tem diretriz própria de asma e remete ao NAEPP.

PONTOS PRÁTICOS

1. Salbutamol spray com espaçador é o tratamento de escolha da crise, inclusive no consultório; nebulização não é superior.
2. Prednisolona 1–2 mg/kg/dia por 3 a 5 dias, máximo 40 mg em 6–11 anos, sem necessidade de desmame.
3. Criança que usa salbutamol com frequência precisa de corticoide inalatório; nenhuma criança com asma deve ficar só com broncodilatador.
4. Revise técnica e adesão antes de subir a etapa; a maioria dos "não controlados" usa o dispositivo errado ou não usa.
5. Entregue plano de ação escrito e reavalie em 24–48 h após toda crise moderada.
6. Crise grave, SpO₂ < 92% ou má resposta na primeira hora: iniciar tratamento e transferir, sem esperar.

8. Fontes

- Global Initiative for Asthma. Summary Guide for Asthma Management and Prevention, 2025. [PDF](#)
- Global Initiative for Asthma. Pocket Guide for Asthma Management and Prevention, 2023 (tabela de doses de corticoide inalatório). [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Alergia. Uso de corticosteroides sistêmicos em doenças alérgicas em pediatria (Documento Científico nº 220), 2025. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria e ASBAI. Guia prático de abordagem da criança e do adolescente com asma grave, 2020. sbp.com.br
- NICE, BTS e SIGN. NG245 — Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management, 2024. [NCBI Bookshelf](#)

- NHLBI. Clinician's Guide — 2020 Focused Updates to the Asthma Management Guidelines, 2020. nhlbi.nih.gov
- Paniagua Calzón N, Benito Fernández J. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. Protocolos SEUP, 4ª ed., 2024. [PDF](#)
- Álvarez Caro F, García González M, Méndez Sánchez A. Tratamiento de asma en pediatría. Pediatría Integral (SEPEAP), 2026. pediatriaintegral.es
- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed. Oxford University Press, 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.