

Asma grave e de difícil controle na criança e no adolescente

Difícil controle versus asma grave, checklist antes de escalar, etapas 4 e 5, fenotipagem, imunobiológicos do PCDT 2026 e crise grave

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
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

Asma de difícil controle é a que continua não controlada apesar de corticoide inalatório (CI) em dose média ou alta com um segundo controlador (em geral LABA), ou que precisa de dose alta para ficar controlada. **Asma grave** é um subgrupo dela: persiste não controlada **mesmo com adesão, técnica correta, CI em dose alta + LABA e correção dos fatores contribuintes**, ou piora quando a dose é reduzida (ERS/ATS 2014; SBP/ASBAI 2020; GINA 2026). Na criança, a asma grave verdadeira é minoria: em geral o problema é **técnica, adesão, comorbidade, ambiente ou diagnóstico errado**, e o pediatra corrige isso **antes** de aumentar a dose (🟢). Encaminha com prioridade ao pneumologista pediátrico (🟡) quem não controla na etapa 4 depois do checklist, precisou de **2 ou mais cursos de corticoide oral no ano**, foi internado ou usa CI em dose alta. O especialista fenotipa e indica o imunobiológico. **Crise com fala entrecortada, SpO₂ < 92%, sonolência ou tórax silencioso é pronto-socorro (🔴)**, com salbutamol, oxigênio e corticoide já iniciados.

Veja também, nesta Biblioteca: **Asma na criança — crise e controle** (Patologias do consultório), cujas doses, etapas e tabela de corticoide inalatório são seguidas aqui.

1. O que é e como se apresenta

Definições (GINA 2026, adotadas pelo PCDT de asma do Ministério da Saúde de 2026 e alinhadas à SBP/ASBAI 2020):

- **Asma de difícil controle:** não controlada apesar de CI em dose média ou alta + segundo controlador (ou corticoide oral contínuo), ou que exige dose alta para manter o controle.
- **Asma grave:** não controlada apesar de adesão ao tratamento máximo otimizado (**CI em dose alta + LABA**) e do manejo dos fatores contribuintes, ou que piora ao reduzir a dose. Rótulo **retrospectivo**: quem piora porque não usa o CI não tem asma grave (PCDT 2026).
- **Critério do PCDT (2026) para asma grave**, depois de excluídos os fatores modificáveis: CI em dose alta + LABA no ano anterior (**budesonida ≥ 400 mcg/dia de 6 a 11 anos; ≥ 800 mcg/dia a partir de 12 anos**, ou equivalente); ou prednisolona ≥ 5 mg/dia em pelo menos metade dos dias do ano; ou asma não controlada apesar de CI em dose alta.

Frequência e fenótipo: até 5–10% das crianças com asma (REGAP 2021). No escolar e no adolescente predomina o fenótipo **alérgico, tipo 2 (T2 alto)**: IgE alta, eosinofilia, FeNO elevado, rinite e dermatite atópica. No **pré-escolar** o diagnóstico alternativo pesa mais e não há imunobiológico no SUS abaixo de 6 anos; veja **Sibilância recorrente do lactente e do pré-escolar**.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Não controlada com fator modificável identificado (técnica, adesão, exposição, rinite não tratada), etapa 2–3, sem crise grave no ano e no máximo 1 curso de corticoide oral	Pediatra corrige o fator, entrega plano de ação escrito, reavalia em 4–8 semanas e ajusta a etapa
● Moderada	Não controlada na etapa 4 depois do checklist; ≥ 2 cursos de corticoide oral em 12 meses; internação no último ano; necessidade de CI em dose alta; efeito adverso ou desaceleração do crescimento; dúvida diagnóstica	Encaminhamento prioritário ao pneumologista pediátrico, em até 4 semanas (sem melhora na etapa 3 após corrigir fatores: eletivo, em até 2–3 meses); pediatra mantém tratamento e plano de ação
● Grave	Crise com fala só de palavras, agitação, sonolência ou confusão, FR > 30 irpm, musculatura acessória, SpO₂ $< 92\%$, tórax silencioso, cianose, pico de fluxo $\leq 50\%$, ou sem resposta ao salbutamol na 1ª hora	Pronto-socorro: salbutamol com espaçador ($\pm$ ipratrópio), oxigênio para SpO ₂ $\geq 94\%$ e corticoide sistêmico já iniciados; transporte monitorizado; SAMU (192) se sonolência, tórax silencioso ou cianose

Fatores de risco para crise grave e morte por asma (SBP/ASBAI 2020; PCDDT 2026; NICE NG245):

- Crise quase fatal, intubação ou UTI em qualquer época; internação ou pronto-socorro no último ano.
- ≥ 2 cursos de corticoide oral por ano; salbutamol ≥ 3 frascos de 200 doses por ano (GINA 2025; PCDDT 2026) ou sem CI.
- Baixa adesão, técnica errada, ausência de plano de ação escrito.
- VEF1 baixo, eosinofilia, alergia alimentar, obesidade, tabagismo passivo ou ativo (inclusive vape).
- **Adolescência**, depressão, ansiedade, problemas psiquiátricos na família e vulnerabilidade social (SBP/ASBAI 2020).

3. Diagnóstico no consultório

Checklist antes de escalar (SBP/ASBAI 2020; GINA 2026; NICE NG245, 1.6.1):

1. **É asma?** Confirme com teste objetivo a partir de 5–6 anos: espirometria com prova broncodilatadora e, se houver, FeNO e pico de fluxo seriado.
2. **Técnica:** a criança mostra, com o dispositivo dela, em toda consulta. Spray sempre com espaçador.

3. **Adesão:** pergunte sem julgamento, confira o contador de doses e a retirada na farmácia (NICE 1.11.1). **FeNO alto em quem diz usar o CI sugere má adesão** (NICE 1.6.2). No adolescente, a má adesão é a regra.
4. **Comorbidades:** rinite e rinosinusite, obesidade, apneia do sono, obstrução laríngea induzida (disfunção de cordas vocais), ansiedade e depressão. Refluxo: **tratar só se bem definido e sintomático**, sem inibidor de bomba empírico (SBP/ASBAI 2020).
5. **Ambiente:** tabaco ou vape em casa, mofo, ácaros, animais, poluição, fogão a lenha.
6. **Medicamentos que pioram:** betabloqueador (inclusive colírio) e anti-inflamatório não esteroide em quem já piorou com eles (PCDT 2026).
7. **Efeitos adversos:** crescimento, candidíase, disfonia, supressão adrenal.

Metade ou mais dos casos suspeitos têm fatores modificáveis (REGAP 2021); depois de corrigir, reavalie em 3–6 meses.

Exames do pediatra antes de encaminhar: espirometria com broncodilatador; **hemograma com eosinófilos** (antes de um curso de corticoide oral, ou 1–2 semanas depois); IgE total e IgE específica ou teste cutâneo para aeroalérgenos; radiografia de tórax se houver sinal focal ou nunca tiver sido feita. Os demais exames ficam com o especialista.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: corpo estranho, obstrução laríngea induzida, fibrose cística, discinesia ciliar, bronquiolite obliterante, displasia broncopulmonar, malácia e anel vascular, cardiopatia, aspiração, imunodeficiência, tuberculose, aspergilose broncopulmonar alérgica.

Fenotipagem (especialista): o GINA 2026 sugere tipo 2 com **eosinófilos $\geq 150/\mu\text{L}$, FeNO ≥ 20 ppb**, escarro $\geq 2\%$ ou asma desencadeada por alérgeno; se normais, repetir **até 3 vezes**, fora do corticoide oral. Esses marcadores **não são** os critérios de elegibilidade para imunobiológico (tabela abaixo).

4. Tratamento e seguimento

Pediatra: checklist, plano de ação, etapas 1 a 4, comorbidades, vacinas, crescimento e crises.

Pneumologista pediátrico (ou alergista): confirma a asma grave, fenotipa e prescreve dose alta, tiotrópio e imunobiológico.

Etapas 4 e 5 (GINA 2026; PCDT 2026):

- **Etapas 4, 6 a 11 anos:** CI em dose média + LABA, ou MART com budesonida-formoterol em dose baixa. **Não controlou: encaminhar** (a NICE encaminha quem não controla com MART ou CI-LABA em dose moderada pediátrica, 1.8.7).
- **Etapas 4, ≥ 12 anos:** MART em dose média; ao iniciar imunobiológico, não trocar MART por CI-LABA fixo + salbutamol (PCDT).

- **Etapa 5 (especialista):** fenotipagem e terapia adicional: CI em **dose alta** + LABA por **tempo limitado (3 a 6 meses; de 6 a 11 anos, reavaliar em 2 a 3 meses)**, tiotrópio, imunobiológico. Corticoide oral de manutenção é último recurso e excepcional em pediatria (REGAP 2021).
- **Subir o CI traz pouco benefício e mais efeitos adversos;** a partir da dose média, acrescentar um segundo medicamento é mais efetivo (REGAP 2021).

Doses altas de CI (mcg/dia; PCDT 2026, adaptado do GINA 2025). A tabela completa de 6 a 11 anos está em **Asma na criança — crise e controle**.

CORTICOIDE INALATÓRIO	6 A 11 ANOS	≥ 12 ANOS
Beclometasona HFA, partícula padrão	> 400	> 1.000
Beclometasona, partícula extrafina	> 200	> 400
Budesonida (pó ou spray)	> 400	> 800
Fluticasona (propionato)	> 200	> 500 (GINA)

Medicamentos das etapas 4 e 5:

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Budesonida-formoterol 100/6 mcg (6 a 11 anos)	Etapa 4: 1 inalação 2 vezes ao dia + 1 sob demanda	Manutenção + alívio	Contínuo; revisar em 1–3 meses	Máximo 8 inalações/dia; apresentação preferida (PCDT 2026; GINA 2025)
Budesonida-formoterol 200/6 mcg (≥ 12 anos)	2 inalações 2 vezes ao dia + 1 sob demanda (etapas 4–5)	Manutenção + alívio	Contínuo	Máximo 12 inalações/dia (72 mcg de formoterol); no SUS (PCDT 2026)
Tiotrópio Respimat (LAMA)	5 mcg (2 jatos de 2,5 mcg)	1 vez ao dia	Teste de 8–12 semanas	≥ 6 anos (Anvisa 2018; SBP/ASBAI 2020); aceita espaçador; não incorporado ao SUS (Conitec 612/2021)
Prednisolona ou prednisona (crise)	1–2 mg/kg/dia, máx. 40 mg (6 a 11 anos); 40–50 mg/dia (≥ 12 anos)	1 vez ao dia, pela manhã	3 a 5 dias; 5 a 7 dias no adolescente	Sem desmame se < 2 semanas (GINA 2025; PCDT 2026)

Imunobiológicos — critérios de uso (especialista; aplicação em serviço preparado para anafilaxia). Pré-requisito comum: **asma grave confirmada na etapa 5** (CI em dose alta + LABA, com adesão, técnica e comorbidades corrigidas; PCDT 2026; GINA 2026). O GINA exige

crises graves no ano em número definido pelo pagador; o PCDT só fixa número para o dupilumabe.

MEDICAMENTO (ALVO)	IDADE E DOSE	FENÓTIPO E BIOMARCADORES	SUS (PCDT 2026)
Omalizumabe (anti-IgE)	≥ 6 anos; 75–600 mg SC a cada 2 ou 4 semanas pela tabela de IgE total e peso (bula; PCDT)	Alérgica: teste cutâneo ou IgE específica a aeroalérgeno perene (bula); IgE e peso na faixa da tabela. Eosinófilos e FeNO não predizem resposta (GINA 2026)	> 6 anos, 20–150 kg, IgE 30–1.500 UI/mL, alérgica grave não controlada com CI dose alta + LABA
Mepolizumabe (anti-IL-5)	≥ 6 anos; 40 mg SC (6–11 anos) ou 100 mg (≥ 12) a cada 4 semanas (PCDT; bula)	Eosinofílica; melhor resposta com mais eosinófilos e mais crises (GINA 2026)	≥ 6 anos, refratária a CI dose alta + LABA, eosinófilos ≥ 150/μL (≥ 300 no adulto sem corticoide oral contínuo)
Dupilumabe (anti-IL-4Rα)	≥ 6 anos; 6–11: 300 mg a cada 4 semanas (15 a < 30 kg) ou 200 mg a cada 2 semanas (≥ 30 kg); ≥ 12: 400 mg e depois 200 mg a cada 2 semanas (600/300 mg se corticoide oral) (PCDT; bula)	Eosinófilos ≥ 150 e ≤ 1.500/μL ou FeNO ≥ 25 ppb , ou corticoide oral contínuo (GINA 2026); evitar se eosinófilos > 1.500/μL	≥ 6 anos, alérgica T2 alto, ≥ 1 crise grave com corticoide oral no ano , teste cutâneo ou IgE específica positivos, IgE ≥ 30 UI/mL
Benralizumabe (anti-IL-5Rα)	≥ 12 anos (GINA 2026); 30 mg SC a cada 4 semanas × 3, depois a cada 8	Eosinofílica	Só adultos , eosinófilos ≥ 300/μL (≥ 150 com corticoide oral)
Tezepelumabe (anti-TSLP)	≥ 12 anos (GINA 2026); 210 mg SC a cada 4 semanas	Também T2 baixo; resposta maior com eosinófilos e FeNO altos	Fora do PCDT

- **Escolha:** alérgica → omalizumabe ou dupilumabe; eosinofílica → mepolizumabe ou dupilumabe; dermatite atópica grave favorece dupilumabe (PCDT). Não há comparação direta em crianças.
- **Resposta:** teste mínimo de 4 meses; revisar em 3–4 meses e depois a cada 3–6 meses (GINA 2026). **Respondedor** (PCDT 2026): melhora em ≥ 2 critérios (queda ≥ 0,5 no ACQ ou alta ≥ 3 no ACT; ≥ 50% menos crises; ≥ 50% menos corticoide oral).
- **Suspensão:** sem resposta em 6 meses, suspender e avaliar outro alvo, usando os eosinófilos anteriores ao biológico; resposta incerta, estender por 6–12 meses (PCDT 2026).
- **Nunca suspender o CI;** reduzir o corticoide oral aos poucos. O imunobiológico **não trata a crise**.

O que não usar: salbutamol sem CI (NICE 1.6.3); CI em dose alta sem prazo ou para compensar má adesão; cursos repetidos de corticoide oral no lugar do controle; corticoide de depósito IM; xaropes, mucolíticos e anti-histamínicos sedativos; antibiótico sem infecção bacteriana; inibidor de bomba empírico. Montelukaste: alerta neuropsiquiátrico (MHRA, citado pela NICE).

Seguimento: reavaliar 1–3 meses após cada mudança e 1–2 dias após crise grave (PCDT 2026); espirometria no início, em 3–6 meses e a cada 1–2 anos; **influenza todo ano e COVID-19 conforme o calendário**; apoio psicológico e escolar; transição para o serviço de adultos.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro imediato (🔴):

- Critérios de crise grave ou de risco de vida (tabela acima); **SpO2 < 92%** ou necessidade de oxigênio após a 1ª hora.
- Resposta ruim ou curta ao salbutamol (intervalo menor que 2 horas).
- **Qualquer crise, mesmo moderada, em criança com crise quase fatal, UTI ou intubação prévia**, ou em uso de CI em dose alta ou imunobiológico.
- Família sem condições de manter o tratamento ou de retornar.

Como encaminhar:

1. Criança sentada, na posição que preferir.
2. Oxigênio para SpO2 ≥ 94%.
3. Salbutamol spray com espaçador a cada 20 min (ou nebulização com oxigênio), com ipratrópio na crise grave, mantidos no transporte (doses em **Asma na criança — crise e controle**).
4. Corticoide antes de sair: prednisolona 1–2 mg/kg (máx. 40 mg) ou dexametasona 0,6 mg/kg (máx. 12 mg) via oral, se consegue engolir.
5. Sonolência, tórax silencioso, cianose ou exaustão: **SAMU (192)**, com transporte monitorizado.
6. Informar ao destino SpO2, FR, doses, horários e história de UTI.

No hospital: na crise refratária, sulfato de magnésio **25–50 mg/kg IV (máx. 2 g)**, dose única em 20 min (AHA/PALS) e metilprednisolona 1–2 mg/kg IV (máx. 60 mg; documento **PALS** desta Biblioteca); UTI se hipoxemia persistente, fadiga, retenção de CO2 ou alteração da consciência.

Após a alta: consulta em 1 a 2 dias na criança (PCDT 2026). **Toda internação por asma grave ou em UTI é critério de encaminhamento ao pneumologista pediátrico.**

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

- "A bombinha de controle é para usar todos os dias, mesmo sem sintomas. É ela que evita a crise grave."
- "Se ele começar uma injeção para asma, não pare a bombinha de controle. A injeção não trata a crise."
- **Pronto-socorro se:** o salbutamol não alivia ou dura menos de 2–3 horas; não fala frases; lábios roxos, sonolência ou confusão; afundamento das costelas. Quem já esteve na UTI por asma vai **logo no início da crise**.
- **Voltar ao pediatra em 24–48 h** após qualquer crise.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição e checklist	ERS/ATS; che- car diagnósti- co, adesão, técnica, co- morbidades (SBP/ASBAI 2020)	GINA; excluir fatores modifi- cáveis (PCDT 2026)	Sem posição específica localizada	Adesão, técni- ca, tabaco, ambiente, psi- cossocial; FeNO	Mal controlada ≠ grave; avali- ação escalonada	Sem posição específica localizada	Técnica, bar- reiras e visita domiciliar (pro- grama de asma grave)	Segue o NICE
Etapa 5	CI dose alta, ti- otrópio, anti- leucotrieno, anti-IgE ou anti-IL-5	CI dose alta 3– 6 meses; biológicos	Sem posição específica localizada	Encaminha an- tes, na dose moderada pediátrica	Biológicos só em unidade especializada	Sem posição específica localizada	Oferece cinco biológicos no programa	Segue o NICE
LAMA	Tiotrópio ≥ 6 anos	Não incorpora- do (Conitec 2021)	Sem posição específica localizada	LAMA ou anti- leucotrieno ≥ 12 anos	Tiotrópio ≥ 6 anos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Biológicos < 12 anos	Omalizumabe e mepolizuma- be ≥ 6 (2020)	Omalizumabe, mepolizumabe, dupilumabe ≥ 6	Sem posição específica localizada	Só omalizuma- be (≥ 4 cursos de corticoide oral/ano)	Omalizumabe e mepolizuma- be ≥ 6	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Encaminha- mento	Asma grave ao especialista	Difícil controle a serviço especializado	Sem posição específica localizada	Sem controle com MART/CI- LABA dose moderada	Mal controle após avaliação escalonada	Sem posição específica localizada	PS frequente, corticoide oral, internações re- petidas ou UTI	Cambridge: rede regional de asma gra- ve; segue o NICE

Leitura: há consenso de que a asma grave é diagnóstico de exclusão, de que o biológico fica com o especialista e de que o CI nunca é suspenso. As divergências estão no **acesso aos imunobiológicos por idade**: o PCDT de 2026 é o mais amplo para crianças (omalizumabe, mepolizumabe e dupilumabe a partir de 6 anos), enquanto a NICE financia abaixo de 12 anos só o omalizumabe (≥ 4 cursos de corticoide oral no ano) e reserva mepolizumabe e benralizumabe para adultos. No **LAMA**, SBP/ASBAI e AEP aceitam tiotrópio a partir de 6 anos, a NICE a partir de 12, e o SUS não o incorporou. A NICE **encaminha mais cedo** (falha em

dose moderada pediátrica); SBP/ASBAI e PCDT deixam a dose alta ao especialista. O site adota a posição da SBP (SBP/ASBAI 2020), complementada pelo PCDT do Ministério da Saúde (2026) nos critérios e idades dos imunobiológicos, que a SBP não atualizou.

PONTOS PRÁTICOS

1. Antes de chamar a asma de grave, veja a criança usar a bombinha, confira a adesão e procure tabaco, mofo e comorbidades.
2. Salbutamol ≥ 3 frascos por ano ou ≥ 2 cursos de corticoide oral no ano: encaminhamento prioritário, e não mais um curso de prednisolona.
3. Sem controle na etapa 4 após o checklist: pneumologista pediátrico. CI em dose alta é temporário (3 a 6 meses) e conduzido pelo especialista.
4. Colha eosinófilos e IgE antes de um curso de corticoide oral, ou 1–2 semanas depois, para não mascarar o fenótipo.
5. SUS (PCDT 2026): omalizumabe, mepolizumabe e dupilumabe a partir de 6 anos; benralizumabe só adultos; tiotrópio não incorporado.
6. Criança com UTI ou crise quase fatal prévia vai ao pronto-socorro no início da crise, com salbutamol, oxigênio e corticoide já iniciados.

8. Fontes

- SBP e ASBAI. Chong-Neto HJ et al. Guia prático de abordagem da criança e do adolescente com asma grave. Arq Asma Alerg Imunol, 2020. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT da Asma, Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 43, de 24/03/2026. [PDF](#)
- Global Initiative for Asthma. Difficult-to-treat and severe asthma in adolescent and adult patients, V7.0, 2026. [PDF](#)
- NICE, BTS e SIGN. NG245, Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management, 2024. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- NICE. Technology appraisals TA278 (2013), TA565 (2019), TA671 (2021), TA751 (2021), TA880 (2023). [TA278](#), [TA565](#), [TA671](#), [TA751](#), [TA880](#)
- AEP e sociedades pediátricas espanholas. Asma en pediatría: consenso REGAP, 2021. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital (Harvard Medical School). Severe Asthma Program. childrenshospital.org
- Cambridge University Hospitals. East of England Severe Asthma Network. cuh.nhs.uk

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · 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.