



Formulário de Acesso aos Medicamentos para Asma
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 43, DE 24 DE MARÇO DE 2026.

(Preenchimento obrigatório de todos os campos)

Nome do Paciente: _____ Data do atendimento: ____/____/____

Médico Responsável: _____ CRM: _____ UF: ____

1. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10:

(marcar com um "X")

- J45.0 - Asma predominante alérgica
 J45.1 - Asma não alérgica
 J45.8 - Asma mista

2. Quais os critérios clínicos e funcionais para o diagnóstico de asma o paciente apresenta?

(marcar com um "X")

- Sibilância, falta de ar, aperto no peito e tosse. Termos podem variar, por exemplo, crianças podem descrever como respiração pesada.
 Demonstração de variabilidade excessiva do fluxo aéreo expiratório (por um ou mais dos testes abaixo) e limitação do fluxo aéreo expiratório.
 Teste de reversibilidade ao broncodilatador (BD) - maior sensibilidade se BD suspenso antes do teste: ≥ 4 horas para BD de curta ação e ≥ 15 horas para BD de longa ação
 Variação excessiva no PEF medido duas vezes ao dia durante duas semanas*. Aumento significativo da função pulmonar após 4 semanas de tratamento anti inflamatório.
 Teste de bronco provocação com exercício.
 Teste de bronco provocação positivo - geralmente realizado apenas em adultos.
 Variação excessiva entre consultas - menos confiável.

3. Para realização do diagnóstico diferencial da asma, quais das suspeitas a seguir o paciente apresenta? (marcar com um "X")

- Corpo estranho inalado: Sim() Não()
Rinossinusites: Sim() Não()
Disfunção de cordas vocais: Sim() Não()
Obstrução das vias aéreas centrais: Sim() Não()
Hiperventilação psicogênica: Sim() Não()
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): Sim() Não()
Bronquiectasias: Sim() Não()
Doença do refluxo gastroesofágico: Sim() Não()
Micoses bronco pulmonares alérgicas: Sim() Não()
Tuberculose pulmonar: Sim() Não()
Bronquite eosinofílica não asmática: Sim() Não()
Deficiência de alfa-1-antitripsina: Sim() Não()
Tromboembolismo pulmonar: Sim() Não()
Hipertensão arterial pulmonar: Sim() Não()
Doenças pulmonares intersticiais: Sim() Não()
Insuficiência cardíaca: Sim() Não()
Câncer de pulmão: Sim() Não()
Tosse por medicamentos: Sim() Não()



4. Informar a Estratégia Terapêutica utilizada para o uso dos Imunobiológicos?

(marcar com um "X")

- O tratamento de manutenção está sendo realizado de forma adequada (adesão e técnica inalatória)?

Sim() Não()

- As comorbidades foram tratadas adequadamente? Incluindo refluxo gastroesofágico, rinossinusites, obesidade, síndrome da apneia obstrutiva do sono, distúrbios psíquicos e sociais?

Sim() Não()

Se sim, citar as comorbidades: _____

- Foram avaliados os desencadeantes da asma no domicílio e no trabalho, tais como: exposição ao cigarro, uso de medicamentos como betabloqueadores e anti-inflamatórios não hormonais?

Sim() Não()

- Após todos estes passos, a asma continua não controlada ou necessitando de tratamento máximo para manter o controle com o esquema terapêutico das etapas IV ou V?

Sim() Não() → Se sim, considerar o diagnóstico de asma grave e proceder à fenotipagem.

Para tratamento com imunobiológicos, preencher obrigatoriamente os campos abaixo (marcar com um "X"):

- Solicitou a contagem de eosinófilos no sangue periférico (de preferência sem uso de corticoide oral ou na menor dose possível utilizada pelo paciente), o que pode ser repetido em até três ocasiões?

Sim() Não()

- Verificou se a asma é desencadeada por alérgenos e realizou testes cutâneos de leitura imediata (testes de punctura) ou dosagem de IgE sérica específica para, pelo menos, um aéreo alérgeno perene? Solicitou IgE sérica total?

Sim() Não()

OBS: em caso de asma com fenótipo T2 baixo (ausência de eosinofilia no sangue periférico e testes alérgicos negativos), não considerar tratamento com biológico.

- Para tratamento com Omalizumabe (marcar com um "X"):

() Pacientes que apresentam sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras causas de dispneia, sibilância ou tosse recorrente.

() Pacientes com pelo menos 6 anos de idade, peso entre 20 e 150 kg e IgE total sérica entre 30-1.500 UI/mL e com asma alérgica grave não controlada apesar do uso de corticoide inalatório associado a um beta-2 agonista de longa ação, de acordo com as tabelas de dose.

() Paciente apresentou 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 aéreo alérgeno;

() Nível sérico total de IgE de 30 a 1.500 UI/mL e relação IgE total e peso dentro dos limites terapêuticos (peso entre 20 e 150 kg).

() Asma grave com fenótipo T2 alto alérgica.

- Para tratamento com Mepolizumabe (marcar com um "X"):

() pacientes com idade \geq 6 anos com asma eosinofílica grave refratária ao tratamento com corticoide inalatório em dose alta + LABA e com contagem de eosinófilos no sangue periférico maior ou igual a 150 células/ μ L (crianças, adolescentes ou adultos em uso contínuo de corticoide oral) ou maior ou igual a 300 células/ μ L (adultos);

() Pelo menos, uma exacerbação grave no ano anterior com necessidade de curso de corticoide oral;

() Eosinófilos no sangue periférico acima de 150 células/ μ L (crianças, adolescentes ou adultos em uso contínuo de corticoide oral); **ou**

() Eosinófilos no sangue periférico acima de 300 células/ μ L (adultos);

() Asma grave com fenótipo T2 alto eosinofílica.