

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

FORMULÁRIO DE ACESSO - 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?☐ 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?**☐ 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?**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(☐)Micose 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:**

- 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 apnéia obstrutiva do sono, distúrbios psíquicos e sociais?

Sim(☐) Não(☐). Se sim, citar as comorbidades: _____



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

- 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:

- 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:

() 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:

() pacientes com 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 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.

- Para tratamento com Benralizumabe:

() Pacientes adultos com asma eosinofílica grave refratária e contagem de eosinófilos no sangue periférico maior ou igual a 300 células/ μ L.

() Pacientes adultos em uso contínuo de corticoide oral, são incluídos se apresentarem asma eosinofílica grave refratária e contagem de eosinófilos no sangue periférico maior ou igual a 150 células/ μ L;

Assinatura e carimbo do médico assistente