



**GUIA RÁPIDO DE ATOPIAS NA
INFÂNCIA**

GUIA RÁPIDO DE ATOPIAS NA INFÂNCIA

REBECA MONTEIRO BISPO

NATÁLIA FABIANO RIDÃO CURTY

GABRIELA RAMOS FERREIRA CURAN

THABATA CRISTY ZERMIANI

DAIANE CRISTINA PAZIN

WILLIAN RICARDO BISPO MURBAK NUNES

**LONDRINA
CURITIBA
2026**





PREFEITO

JOSÉ TIAGO CAMARGO DO AMARAL

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

VIVIAN BIAZON EL REDA FEIJÓ

DIRETORIA GERAL

RITA DE CÁSSIA DOMANSKY

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

TATIANE ALMEIDA DO CARMO

COORDENAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA

GABRIELA RAMOS FERREIRA CURAN

Contato - Secretaria Municipal de Saúde

Av. Theodoro Victorelli, 103 – CEP 86.027-750 | Telefone: (43) 3372-9825

e-mail: das@saude.londrina.pr.gov.br

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA CENTRAL

B622 Bispo, Rebeca Monteiro
Guia rápido de atopias na infância [recurso eletrônico]. / Rebeca Monteiro
Bispo ... [et al.]. – Londrina : Secretaria Municipal de Saúde de Londrina;
Curitiba : UFPR, 2026.
67 p., il., color; 1 recurso on-line: PDF.

e-ISBN 978-65-5458-469-2
Inclui referências

1. Atopia. 2. Dermatite atópica. 3. Asma. 4. Rinite alérgica. 5. Criança -
Doenças alérgicas. I. Bispo, Rebeca Monteiro. II. Curty, Natália Fabiano Ridão.
III. Curan, Gabriela Ramos Ferreira. IV. Zermiani, Thabata Cristy. V. Pazin,
Daiane Cristina. VI. Nunes, Willian Ricardo Bispo Murbak. VII. Título.

CDD: 618.92

Bibliotecária: Romilda Santos CRB-9/1214

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
ALERGIAS ALIMENTARES	9
• Classificação.....	9
• Diagnóstico	11
• Teste de provocação oral (TPO)	11
• Alergia à proteína do leite de vaca (APLV)	13
• Tratamento.....	14
Dieta	14
Plano de ação	18
Medicamentos na AA.....	18
• Quando encaminhar ao especialista focal (Alergista ou Gastropediatra)	21
ASMA	23
• Apresentação clínica e diagnóstico	24
• Diagnóstico Diferencial	27
• Tratamento não farmacológico	28
• Tratamento Farmacológico (GINA, 2025)	28
Tipos de inaladores (ASBAI, 2025).....	29
Técnica inalatória de uso de inalador spray (ASBAI, 2025).....	29
Tratamento medicamentoso da asma (6 anos a 11 anos)	32
• Acompanhamento da asma.....	36
Processo de retirada de medicamentos	37
• Crise aguda de asma na APS.....	39
Reavaliação e decisão de alta	42
Tratamento prescrito na alta.....	42
• Asma em crianças com 5 anos ou menos (GINA, 2025).....	43
• Quando encaminhar ao especialista focal (Alergista ou pneumologista)	47
DERMATITE ATÓPICA	48
• Diagnóstico diferenciais	49
• Tratamento não farmacológico	50
• Tratamento farmacológico.....	53
• Quando encaminhar ao especialista focal (Alergista ou Dermatologista) (Chu et al., 2024; BRASIL, 2025):	57

RINITE ALÉRGICA	58
• Apresentação Clínica e Diagnóstico	58
Classificação (WISE et al., 2023):	58
• Tratamento não farmacológico	59
• Tratamento farmacológico.....	60
• Quando encaminhar ao especialista focal (Alergista ou Otorrinolaringologista) ..	64
REFERÊNCIAS.....	65

APRESENTAÇÃO

Este material consiste em um guia rápido sobre as atopias ou alergias na infância, que são a alergia alimentar, asma, dermatite atópica e rinite alérgica. O objetivo é prover um recurso para os profissionais de saúde que da atenção primária em saúde (APS), que em seu cotidiano atendem de maneira muito frequente indivíduos com essas condições.

O presente trabalho surgiu da percepção de uma das autoras, em sua prática na APS, tanto da prevalência de tais afecções, quanto de seu impacto na qualidade de vida dos acometidos e sobre o sistema de saúde. A partir dessa apreensão, que foi validada pelos profissionais da secretaria de saúde, foi iniciado o processo de construção deste guia, que se iniciou no trabalho de conclusão de residência em Medicina de Família e Comunidade pela Autarquia Municipal de Londrina entre 2023 e 2024, e finaliza-se em 2026 com o trabalho de conclusão do Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Federal do Paraná.

O objetivo é ser uma ferramenta prática e de fácil utilização, para apoiar os atendimentos na APS, favorecendo um cuidado ampliado e integral para as crianças atópicas, baseado em evidências científicas das diretrizes e protocolos mais atualizados.

INTRODUÇÃO

As atopias ou doenças alérgicas ocorrem por consequência de uma reação de hiperssensibilidade, ou seja, uma resposta imunológica excessiva à exposição a algum antígeno. São doenças com componente genético muito importante, tendo muita contribuição ambiental, e com tendência a uma cronicidade em sua maioria. Entre elas temos as alergias alimentares, as respiratórias (asma e rinite alérgica) e a dermatite atópica.

Existe uma relevante prevalência de comorbidade de mais de uma doença alérgica em cada indivíduo alérgico. Sabe-se que ao menos 50% das pessoas atópicas apresentam a marcha atópica (Gustafsson; Sjöberg; Foucard, 2000; Ćosićkić. *et al*, 2017), a qual consiste em uma sequência de apresentação das doenças alérgicas em indivíduos predispostos.

Estima-se que cerca de 30% da população mundial seja acometida por alguma doença alérgica, que muitas vezes têm seus sintomas pouco valorizados, acabando por serem subdiagnosticadas e tratadas, a despeito de sua alta morbidade e impacto para os sistemas de saúde e para a qualidade de vida do usuário (Gourouris *et al.*, 2012).

ALERGIAS ALIMENTARES

A alergia alimentar (AA) é decorrente de resposta imune exacerbada a um alimento específico. Os principais alimentos envolvidos são: leite de vaca, ovo, soja, trigo, amendoim, castanhas, peixes e crustáceos, além de algumas frutas e gergelim (Oliveira *et al.*, 2025).

- **Classificação** (Oliveira *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2024)

- **AAs mediadas por IgE:** imediatas, com sintomas que surgem de minutos a duas horas e podem acometer quase todos os sistemas. O Quadro 1 indica os sintomas.
- **AAs não mediadas por IgE:** tardias, com sintomatologia iniciada de horas a dias e predominância de sintomas gastrointestinais e cutâneos. O Quadro 2 apresenta os quadros clínicos.
- **AAs mistas:** envolvendo os dois mecanismos anteriores, como na dermatite atópica e nas doenças eosinofílicas do trato gastrointestinal.

Quadro 1: Sintomas por sistemas nas AAs mediadas por IgE.

Sistema afetado	Sintomas	Observações
Cutâneo	Urticária, urticária de contato, angioedema (inchaço)	Estes são os sintomas mais prevalentes
Respiratório	Tosse, pigarro, rouquidão, estridor laríngeo	Raramente aparecem de forma isolada
Gastrointestinal	Prurido (comichão) na boca ou garganta, náuseas, dor abdominal, vômitos, diarreia	Geralmente têm início imediato e duram de minutos a poucas horas
Cardiovascular e Neurológico	Tontura, taquicardia (aceleração do ritmo cardíaco), hipotensão (pressão arterial baixa), alteração do estado mental, perda de consciência	-

<p>Anafilaxia (Reação Sistêmica Grave)</p>	<p>Em geral inicia-se com sintomas cutâneos (urticária, erupção cutânea) e progride para envolver sintomas respiratórios, gastrointestinais, cardiovasculares ou neurológicos</p>	<p>Bebês tendem a ter mais vômitos e urticária na anafilaxia, crianças pré-escolares sibilos e estridor</p>
--	---	---

Fonte: adaptado de Oliveira (2025).

Quadro 2: Principais quadros clínicos das AAs não mediadas por IgE.

Nome da condição	Principais Sintomas
<p>Dismotilidade digestiva induzida por alergia à proteína da dieta</p>	<p>Regurgitação, vômitos, cólica, irritabilidade, choro, desconforto abdominal, engasgos, fezes amolecidas, constipação, disquezia</p>
<p>Refluxo gastroesofágico secundário à APLV</p>	<p>Refluxo persistente com prejuízo no crescimento, lesões em mucosa péptica (esofagite) e/ou complicações respiratórias (por exemplo, broncoaspiração)</p>
<p>Proctocolite alérgica (FPIAP)</p>	<p>Presença de sangue vivo nas fezes (com ou sem muco e diarreia).</p>
<p>Enteropatia induzida por proteína alimentar (FPE)</p>	<p>Diarreia crônica (habitualmente sem sangue) e má absorção intestinal, levando a déficit nutricional</p>
<p>Síndrome da enterocolite induzida pela proteína alimentar (FPIES)</p>	<p>Vômitos repetitivos, diarreia, letargia, podendo levar a choque em casos graves</p>

Fonte: Adaptado de Oliveira (2025).

- **Diagnóstico**

- **Anamnese e exame físico:** identificação dos sintomas, alimento suspeito, mecanismo envolvido (mediado ou não por IgE). Elencar todas as informações do Quadro 3.

Quadro 3: Caracterização do quadro suspeito de AA na anamnese.

Sintomas	Características
	Órgão acometido
	Duração
	Gravidade
	Idade de início/relação com a introdução do alimento
	Reprodutibilidade dos sintomas à exposição
	Presença de melhora com a suspensão do alimento
Fatores associados (ex. atividade física, infecções, fatores hormonais, medicamentos, álcool, entre outros).	
Alimento	Quantidade ofertada
	Processamento (cru ou cozido)
	Exposição oral, inalatória ou cutânea

Fonte: Adaptado de Oliveira (2025).

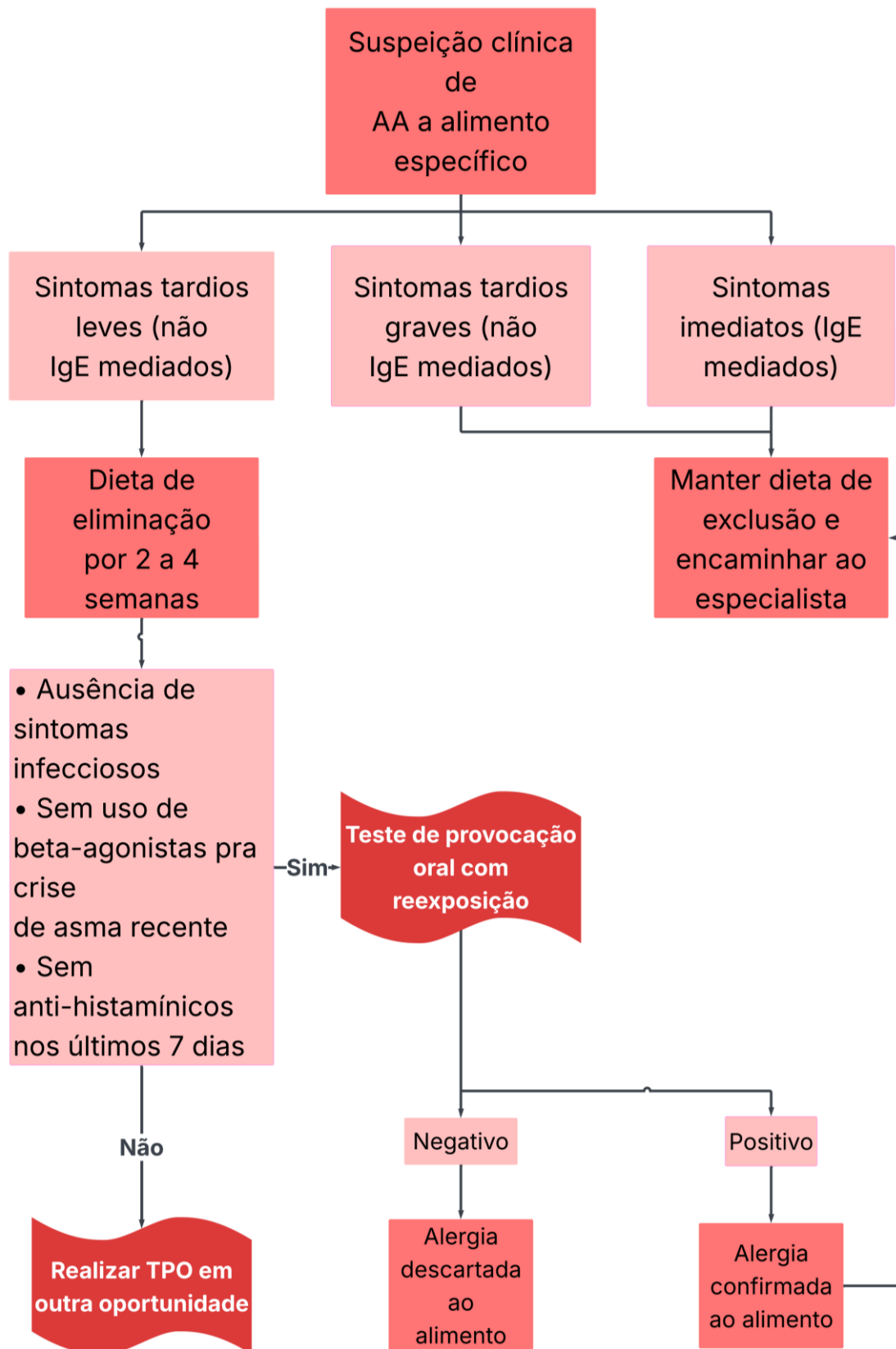
- **Teste de provocação oral (TPO)** (Oliveira *et al.*, 2025; Sampson *et al.*, 2024; Santos *et al.*, 2024)

É o padrão-ouro para confirmar AA. Indicado com cautela, através da estratificação de risco, e em ambiente preparado para reações graves a depender do risco.

- **Dieta de exclusão:** a primeira etapa consiste na realização de dieta de exclusão por 2 a 4 semanas do alimento suspeito.

- **Reexposição pelo TPO:** após esse período, o alimento suspeito deverá ser reintroduzido em pequenas porções, com traços do alimento, de preferência assado, e realizado o aumento gradativo das porções semanalmente. Em caso de dúvida sobre a possibilidade de quadro mais grave, não deverá ser realizada de forma domiciliar, devendo ser realizada pelo especialista. A Figura 1 mostra como proceder em cada caso.

Figura 1: Investigação diagnóstica de AA.



Fonte: Autoria própria.

- **Alergia à proteína do leite de vaca (APLV)**

A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é uma alergia alimentar (AA) causada por resposta imunológica a proteínas do leite, sendo um dos desencadeadores mais frequentes na primeira infância em lactentes. Costumam se manifestar no primeiro ano de vida, com prevalência populacional em torno de 2-3%, e tende a permanecer apenas nos primeiros anos (0–3 anos). A APLV geralmente surge nos primeiros meses após a introdução do leite/fórmula (tipicamente por volta de 3–6 meses, raramente iniciando após 12 meses).

Clinicamente, a APLV pode ser mediada por IgE com manifestações cutâneas como urticária e angioedema, sintomas respiratórios (tosse/rouquidão/estridor), gastrointestinais (prurido oral, náuseas, dor abdominal, vômitos, diarreia) e, nos casos graves, anafilaxia. Já as formas não mediadas por IgE são tipicamente tardias (horas a dias) e frequentemente gastrointestinais, incluindo refluxo persistente com impacto ponderoestatural, proctocolite (sangue vivo nas fezes), enteropatia (diarreia crônica e má absorção) e síndrome da enterocolite induzida pela proteína alimentar (vômitos repetitivos, diarreia, letargia e possível choque em casos graves) (Luty *et al.*, 2014; Arens; Lange; Stamos, 2025; Oliveira *et al.*, 2025).

Atenção: APLV é diferente de Intolerância à lactose!

- APLV: é causada por resposta imune às proteínas do leite, com sintomas desde cutâneos e respiratórios até gastrointestinais, como sangue nas fezes, vômitos, refluxo. Surge tipicamente entre 3-6 meses, com a introdução do leite de vaca.

- Intolerância à lactose: ocorre por deficiência de lactase, levando a má digestão do açúcar lactose, não tendo relação imune. Se inicia, em geral, mais tarde, na infância tardia ou depois, com sintomas mais gastrointestinais, como distensão abdominal, gases, cólicas, diarreia.

- **Tratamento**

Dieta (Oliveira *et al.*, 2025)

- **Exclusão:** retirada rigorosa do alérgeno e seus derivados, da criança com alergia e/ou da mãe se APLV e em aleitamento materno.

No bebê em aleitamento materno exclusivo, a mãe lactante deve realizar a dieta sem a proteína do leite de vaca.

Se a criança estiver consumindo diretamente o alimento, deverá realizar a dieta de exclusão do mesmo.

- **Rótulos:** é necessária a educação para o paciente e família, como para a leitura de rótulos (RDC 26/2015 da Anvisa) de alimentos e cosméticos, a possibilidade de contaminação cruzada pela manipulação do alimento alergênico.

- **Criança com APLV em uso de fórmula:** realizar troca conforme Quadro 4 e Figura 2.

- **Produtos de origem vegetal para o lactente:** Fórmulas à base de soja podem ser usadas apenas se outras opções não forem viáveis. Leites vegetais não são substitutos apropriados. Bebidas à base de arroz são desaconselhadas antes de um ano devido às altas taxas de arsênico.

- **Suplementação de cálcio e vitamina D:** devem ser realizadas para crianças que não atingem a tolerância e não estão mais em uso de fórmula infantil, assim como filhos de mães lactantes em dieta de exclusão de leite de vaca.

- **Reintrodução alimentar do alérgeno:** de forma escalonada em domicílio para APLVs não mediadas por IgE leves/moderadas, sempre sob orientação de profissional experiente, após tempo adequado de exclusão. Deve ser iniciada pelo alimento em pequenas quantidades assado ou cozido. Para AA mediada por IgE, deve ser realizada sempre com especialista e em ambiente controlado. O Quadro 5 mostra o prognóstico das principais alergias.

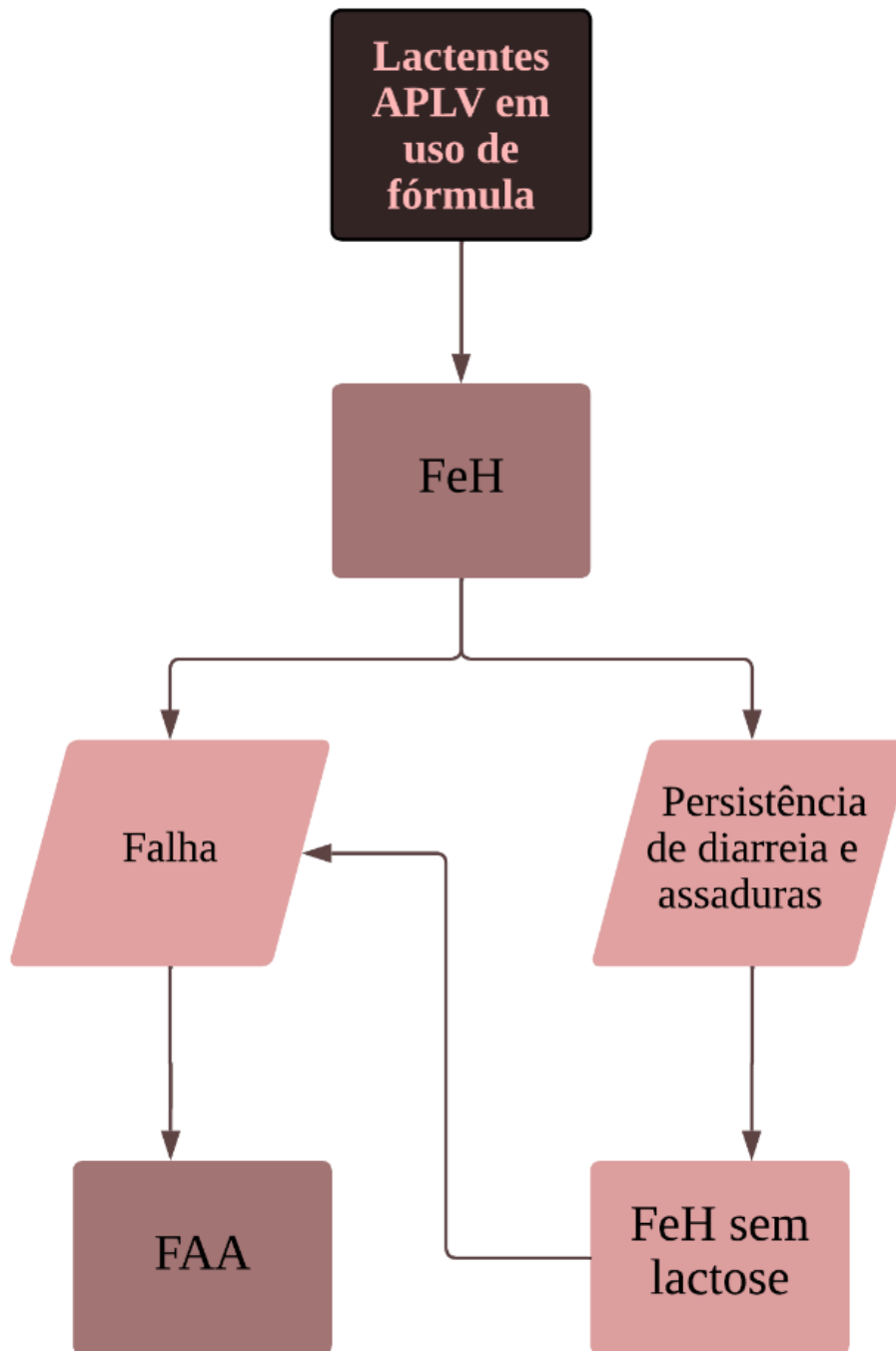
Atenção: fórmula infantil tem base na proteína do leite de vaca, devendo ser trocado por um leite para alergia

Quadro 4: Fórmulas para APLV.

Tipo de fórmula	Nomes comerciais	Detalhes
Fórmula infantil extensamente hidrolisada com lactose	APTAMIL PEPTI ®, NAN ALTHERA ®	Sem sintomas de diarreia
Fórmula infantil extensamente hidrolisada sem lactose	PREGOMIN PEPTI ®, ALFARÉ ®, PREGESTIMIL PREMIUM ®, NUTRAMINGEM PREMIUM ®, NOVAMIL RICE ®	Paciente que apresenta diarreia, assaduras
Fórmula de aminoácidos	NEOCATE ®, NEO ADVANCE ®, NEOFORTE ®, ALFAMINO ®, PURAMINO ®	Histórico de quadro de anafilaxia, refratário
Fórmula à base soja	NAN SOY ®, APTAMIL PROEXPERT SOJA ® 1 e 2	Sintomas devem ser do tipo IgE mediados > 6 meses

Fonte: Autoria própria.

Figura 2: Fórmulas de escolha para APLV.



Legenda:

FeH: fórmulas extensamente hidrolisadas

FAA Fórmulas de aminoácidos

Fonte: Adaptado de Oliveira (2025).

Quadro 5: Prognóstico das principais alergias alimentares.

Condição Clínica	Prognóstico	Observações	
Leite de Vaca, Ovo, Soja e Trigo	Tendência à resolução: Geralmente se resolvem na infância	Taxas de resolução: 70% a 80% dos casos se resolvem até os 16 anos, com cerca de 50% resolvidos até os 5 anos	Tolerância a assados: A maioria tolera formas assadas (69-83% para leite e 63-84% para ovo), que pode indicar quadro mais leve e transitório
Amendoim, Castanhas, Peixes e Crustáceos	Tendência à persistência: Costumam ser mais persistentes e durar a vida toda	Taxas de resolução: tolerância é menos comum. Apenas 20-30% das crianças com alergia a amendoim alcançam. Para crustáceos, a taxa de tolerância é de apenas 4%	Persistência na vida adulta: A maioria dos casos que se iniciam na infância persiste na vida adulta
Proctocolite Alérgica (Não mediada por IgE)	Resolução: Geralmente se resolve no primeiro ano de vida, embora possa persistir até perto dos três anos de idade	Fatores para persistência: Alergia a múltiplos alimentos, alergia mediada por IgE associada e retardo na introdução alimentar complementar podem indicar uma resolução mais tardia	
Enteropatia Induzida por Proteína Alimentar (FPE)	Resolução: A maioria dos casos se resolve entre um e três anos de idade		
Síndrome da Enterocolite Induzida pela Proteína Alimentar (FPIES)	Resolução: A taxa de remissão é de 50% a 90% até os seis anos de idade	Pior prognóstico: A forma atípica (com presença de sensibilização por IgE) tem um prognóstico pior	

Fonte: Adaptado de Oliveira (2025).

Plano de ação (Oliveira *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2024)

É necessário que os indivíduos com AAs tenham sempre consigo um plano para manejo de reações. Deve estar acessível aos cuidadores, professores e todos os adultos que possam estar envolvidos no cuidado da criança, e conter:

- Informações sobre os alérgenos específicos
- Medidas a serem tomadas em cada caso
- Descrição de anafilaxia, para reconhecimento precoce e tratamento imediato. Segue a Figura 3 com o plano de ação.

Medicamentos na AA

Têm o intuito de cessar sintomas, principalmente os sintomas IgE mediados (urticaria, erupções cutâneas, coceiras, hiperemias, coriza, lacrimejamento), podendo ser usados anti-histamínicos, corticoide por um curto tempo e broncodilatador de curta duração em caso de broncoespasmo. Segue Quadro 6 abaixo com medicamentos disponíveis pela relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME) (LONDRINA, 2025).

Atenção: se sinais ou sintomas de anafilaxia usar adrenalina!

Figura 3: Plano de ação.

Plano de Ação	
Nome da pessoa:	
Alergias:	
Como evitar:	
Sintomas de alergia (administrar antialérgico e corticoide conforme receita e LEVAR PARA PRONTO ATENDIMENTO/SAMU IMEDIATAMENTE):	
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas na pele: formigamento, coceira, vermelhidão, elevações na pele. • Sintomas nariz e olhos: coceira, espirros, coriza • Sintomas boca: coceira, inchaço nos lábios, inchaço na língua • Sintomas abdominais: náusea, dor abdominal, cólica, vômitos, diarreia. 	
Anafilaxia/alergia grave (administrar adrenalina conforme receita e ligar SAMU):	
<ul style="list-style-type: none"> • Garganta: coceira, rouquidão, fechamento • Pulmão: tosse, respiração curta, falta de ar, aperto no peito, chiado. • Corção: pressão baixa, pulso fraco, desmaio 	
Contatos de emergência:	Dose adrenalina: ____mg Intramuscular região lateral da coxa
- SAMU: 192	
- Contato 1:	
- Contato 2:	
Assinatura médico: _____	

Fonte: Adaptado de Oliveira (2025).

Quadro 6: Medicamentos para AA disponíveis na REMUME (2025).

Medicamento e apresentação	Faixa etária recomendada	Posologia	Disponibilidade para Atenção Primária
Adrenalina 1mg/ml 1 mL	Não há restrição de idade	0,01mg/kg de peso, diluída em solução de 1mg/ml, dose máxima de 0,5mg em adultos e 0,3mg em crianças	UBS
Dexametasona 4mg/mL 2,5mL	Não existem restrições de idade	Dose de 0,5-20mg/dia endovenoso ou intramuscular	
Loratadina 10mg comprimido	A partir de 2 anos	> 12 anos ou com peso corporal > 30 kg, tomar um comprimido de loratadina (10 mg) uma vez por dia. Não administrar mais de 1 comprimido em 24 horas.	UBS
Loratadina 1mg/mL 100mL	A partir de 2 anos	> 12 anos, tomar 10 ml de loratadina (10 mg) uma vez por dia. Crianças de 2 a 12 anos com peso < 30 Kg, tomar 5 ml (5 mg) de loratadina uma vez por dia. E crianças com peso > 30 Kg, tomar 10 ml (10 mg) de loratadina uma vez por dia. Não administrar mais de 10 ml em 24 horas	UBS
Prednisolona 3mg/mL 60mL sol oral	Não existem restrições de idade	Dose inicial pode variar de 0,14 a 2 mg/kg de peso por dia, ou de 4 a 60 mg por metro quadrado de superfície corporal por dia, administrados de 3 a 4 vezes por dia	Pronto Atendimento Infantil e no Serviço de Atenção Domiciliar
Prednisona 5mg comprimido	Não existem restrições de idade	Dose de 0,14 mg a 2 mg/kg de peso por dia, ou de 4 mg a 60 mg por metro quadrado de superfície corporal por dia	UBS
Prednisona 20mg comprimido	Não existem restrições de idade	Dose de 0,14 mg a 2 mg/kg de peso por dia, ou de 4 mg a 60 mg por metro quadrado de superfície corporal por dia	UBS
Prometazina 25mg comprimido	Maiores de 2 anos	Dose de 1mg/kg/dia, dividido em 2 a 3 vezes ao dia	Farmácia Municipal e no Serviço de Atenção Domiciliar
Prometazina 25mg/mL 2mL	Maiores de 2 anos	Dose de 0,25-0,5mg/kg/dose endovenoso ou intramuscular de 4/4 ou 6/6h, com dose máxima de 25mg/dose.	Unidades de saúde (uso interno)

Salbutamol 100mcg/dose spray		Para crianças no broncoespasmo agudo ou crise asmática ou antes de atividade física (para evitar broncoespasmo desencadeado por exercícios) deve ser de uma dose (100mcg), podendo ser aumentada para 2 doses.	UBS
------------------------------------	--	--	-----

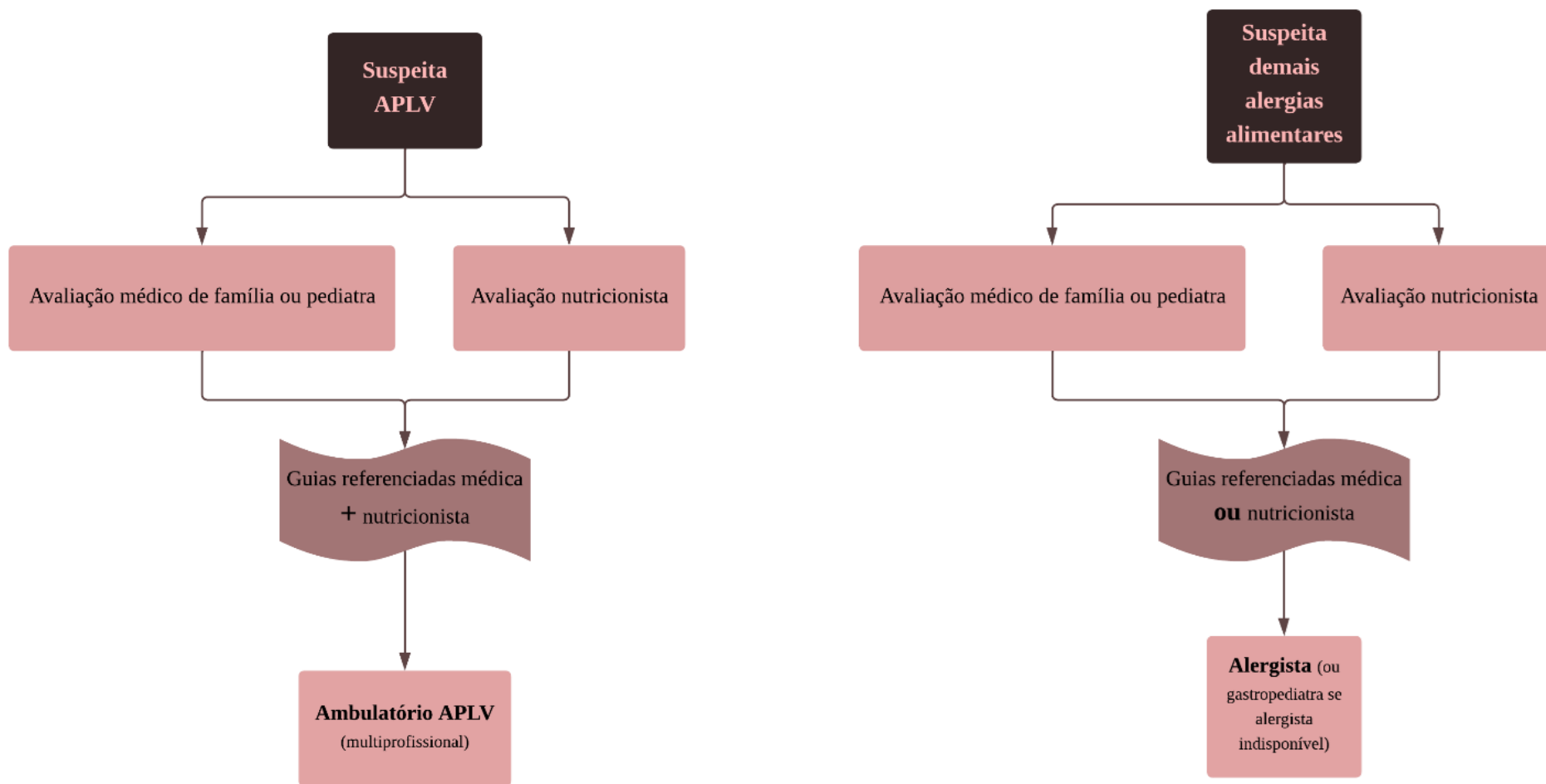
Fonte: Autoria própria.

- **Quando encaminhar ao especialista focal (Alergista ou Gastropediatra)**

Todos os casos suspeitos de alergias alimentares, a partir de uma avaliação minuciosa, com anamnese bem detalhada, devem ser encaminhados ao especialista (gastropediatra ou alergista). Deve passar por avaliação médica e nutricional para realização do encaminhamento, conforme fluxo descrito na Figura 4.

No APLV, é necessária avaliação em conjunto entre médico e nutricionista. Cada um deles deve fazer seu encaminhamento próprio para o **Programa de leite especial para crianças (alergia) fila 195** do **Saúdeweb**.

Figura 4: Fluxo de encaminhamento para o especialista.



Fonte: Autoria própria.

ASMA

A asma é uma doença respiratória crônica, heterogênea, caracterizada por inflamação da via aérea e sintomas de sibilância, respiração encurtada, falta de ar, aperto no peito e tosse. Esses sintomas são variáveis e provocados por exercício, alérgenos, clima, infecções virais entre outros fatores. Além disso, estão associados fluxo expiratório variável e hiperresponsividade das vias aéreas. (BRASIL, 2025; GINA, 2025). O Quadro 7 apresenta os principais estímulos.

Quadro 7: Estímulos desencadeantes de sintomas de asma.

Desencadeantes	Agentes
Alérgenos	<ul style="list-style-type: none">- Pólen- Fungos- Ácaros- Barata- Cão- Gato- Mofo
Infecções virais e bacterianas	<ul style="list-style-type: none">- Rinovírus- Vírus Sincicial Respiratório- Coronavírus- Vírus da Parainfluenza- Vírus da influenza B- <i>Mycoplasma pneumoniae</i>- <i>Chlamydia pneumoniae</i>
Poluentes	<ul style="list-style-type: none">- Fumaça de cigarro- Gases- Material particulado
Exercício físico	
Fármacos	<ul style="list-style-type: none">- Ácido acetilsalicílico- Antiinflamatórios não esteroidais (AINEs)- Betabloqueadores

	- Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA)
Alimentos	- Corantes (tartrazina)
Fatores hormonais	- Menstruação - Gravidez
Fatores emocionais	
Mudanças climáticas	

Fonte: Adaptado de Duncan *et al.* (2022).

• Apresentação clínica e diagnóstico

O diagnóstico é baseado na identificação de padrões de sintomas respiratórios característicos e fundamentado pela limitação variável do fluxo de ar (GINA, 2025).

A espirometria é o método de escolha para maiores de 5 anos, e na asma caracteriza-se pela redução na relação do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e da capacidade vital forçada (VEF1/CVF), com rápida melhora no VEF1 ou PFE após inalação de um broncodilatador de curta ação ou melhora sustentada após dias ou semanas de tratamento efetivo com corticoide inalatório (GINA, 2025).

O Quadro 8 indica as características que indicam a probabilidade de asma.

Quadro 8: Características que indicam probabilidade de asma.

Maior probabilidade de asma	Menor probabilidade de asma
<ul style="list-style-type: none"> - Sibilância, respiração encurtada ou dispneia (respiração dificultosa na criança), cansaço aos esforços, aperto no peito e/ou tosse (presença de mais de um tipo desses). - Sintomas piores à noite ou pela manhã cedo. - Variação ao longo do tempo e em intensidade. - Desencadeantes: infecções respiratórias virais, exercícios, exposição a alérgenos, mudanças no clima, risada ou fumaça, cheiros fortes ou outros irritantes. - História pessoal e/ou familiar de atopia (por exemplo, rinite alérgica, dermatite atópica). - Sibilância difusa na ausculta pulmonar. - Eosinofilia sem causa aparente. - Melhora dos sintomas com tratamento com broncodilatador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tosse isolada sem outros sintomas. - Produção de escarro crônica - Dispneia associada à tontura ou parestesia - Dor no peito - Dispneia induzida por exercício com inspiração ruidosa - Doença cardíaca prévia - Sintomas somente durante um quadro de resfriado - Alterações da voz - Exame físico repetidamente normal apesar de sintomas presentes. - Ausência de melhora com tratamento adequado.

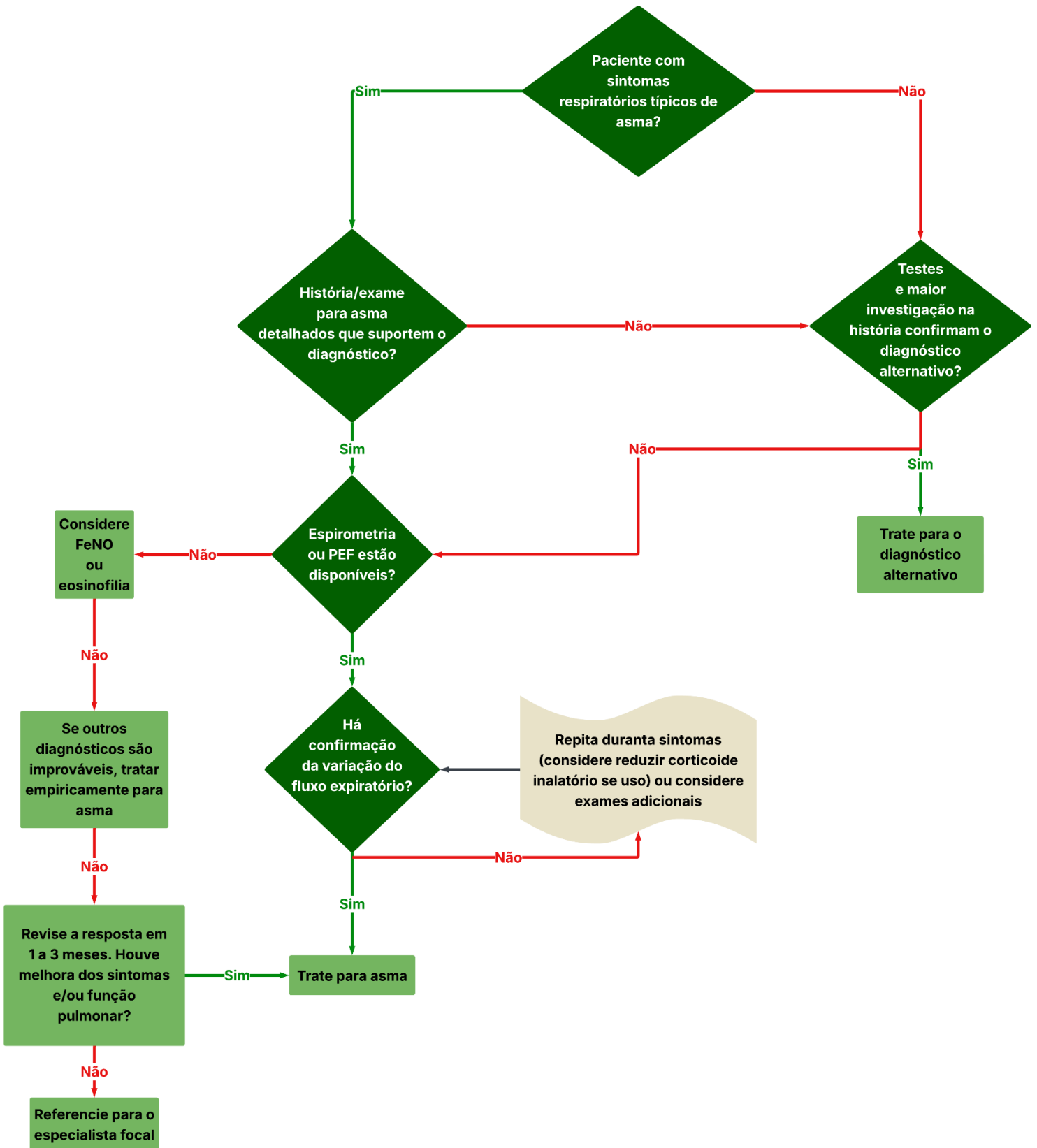
Fonte: Adaptado de GINA (2025).

Atenção: em crianças com sintomas sugestivos não são necessários exames para iniciar o tratamento!

- **Biomarcadores:** auxiliam no diagnóstico. Níveis elevados de fração exalada de óxido nítrico (**FeNO**) ou **eosinófilos sanguíneos** acima dos valores de referência indicam maior probabilidade de asma associada aos sintomas típicos, de especial ajuda em casos de ausência de variação do fluxo de ar expiratório. Valores normais de tais biomarcadores não descartam asma (GINA, 2025).

A Figura 5 apresenta o diagnóstico de asma.

Figura 5: Diagnóstico de asma.



Fonte: Adaptado de GINA (2025).

- **Diagnóstico Diferencial**

Segue abaixo o Quadro 9 com os principais diagnósticos diferenciais.

Quadro 9: Diagnósticos diferenciais de asma em crianças menores de 5 anos.

Diagnósticos diferenciais
Anel vascular
Apneia obstrutiva do sono
Bronquiectasias
Bronquiolite
Discinesia de laringe
Disfunção de laringe
Disfunção de cordas vocais
Doença do refluxo gastroesofágico
Doença respiratória crônica da prematuridade
Fibrose cística
Fístula traqueoesofágica
Incoordenação da deglutição
Infecções virais e bacterianas
Insuficiência cardíaca
Massas hipofaríngeas
Massas mediastinais
Obstrução alta das vias aéreas
Síndrome de Loeffler
Síndrome de hiperventilação

Fonte: Adaptado de Fontes *et al.* (2005).

• Tratamento não farmacológico

O Quadro 10 apresenta o tratamento não farmacológico de asma.

Quadro 10: Estratégias não farmacológicas no cuidado da asma

Estratégias não farmacológicas
- Cessação tabagismo e exposição à fumaça do tabaco
- Estimulo � atividade física
- Evitar medicamentos que pioram a asma (�cido acetilsalicílico, antiinflamatórios não esteroidais e beta-bloqueadores)
- Encorajar dieta saudável
- Evitar alérgenos em ambientes internos
- Combate a obesidade
- Exercícios de respiração/ programas de reabilitação pulmonar
- Cuidados com a saude mental

Fonte: Adaptado de GINA (2025).

O cuidado **multiprofissional**   essencial para o melhor resultado.
  necessário **compartilhar** o cuidado com equipe!

• Tratamento Farmacológico (GINA, 2025)

O Quadro 11 indica as classes de medicamentos para manejo asma ambulatorial.

Quadro 11: Principais classes de medicamentos para uso na asma ambulatorial.

Classe	Exemplo
Agonistas β_2 de curta duração (SABA):	Salbutamol
Agonistas β_2 de longa duração (LABA) + corticoide inalatorio (CI):	Formoterol + budesonida
Corticoides inalatorios (CI):	Beclometasona
Agonistas do receptor de leucotrienos (ARLE):	Montelucaste

Fonte: autoria própria.

Tipos de inaladores (ASBAI, 2025)

- Inaladores pressurizados dosimetrados, que são *sprays* e conhecidos popularmente como “bombinhas” e mais amplamente disponíveis no SUS
- Inaladores de pó seco
- Nebulizadores, os quais tiveram seu uso muito reduzido a partir da pandemia pelo risco de contaminação

Técnica inalatória de uso de inalador spray (ASBAI, 2025)

- Agitar vigorosamente o frasco e retirar a tampa
- Se uso de espaçador, acoplar o inalador (spray) ao mesmo, formando um L
- Expirar normalmente, colocando o máximo de ar para fora
- Posicionar o dispositivo ou colocar o bocal do espaçador na boca (entre os dentes), com os lábios fechados ao seu redor (se crianças maiores de 5 anos ou adultos)
- Ajustar o espaçador ao nariz/boca (máscara facial), se crianças menores de 5 anos
- Pressionar o cilindro metálico (spray) com o indicador na parte de cima e logo em seguida iniciar uma inspiração lenta e profunda
- Prender a respiração por no mínimo 10 segundos ou respiração corrente, de 5 a 6 movimentos expiratórios, se uso de espaçador
- Esperar cerca de 1 minuto antes se for aplicar mais de 1 jato
- Enxaguar a boca com água e gargarejar após

Observação: os **espaçadores** aumentam a eficácia do tratamento, facilitando o uso e reduzindo efeitos colaterais. E em especial os de plástico, devem ser lavados com água e detergente, e secar naturalmente (ASBAI, 2025). Esse processo pode ser feito mensalmente (GINA, 2025).

Os Quadros 12 e 13 apresentam os medicamentos disponíveis na REMUME (LONDRINA, 2025) e pela farmácia regional do Paraná (PARANÁ, 2026).

Quadro 12: Medicamentos disponíveis na REMUME para asma.

Medicamento e apresentação	Faixa etária recomendada	Posologia	Disponibilidade para Atenção Primária
Beclometasona 50mcg/dose spray oral c/ 200 doses	Não há contraindicação relativa às faixas etárias	Dose inicial 100mcg (2 jatos) de 12 em 12 horas, podendo ser aumentada a dose diária para até 8 jatos, distribuídos de 12 em 12, 8 em 8 ou ainda 6 em 6 horas	UBS
Beclometasona 250mcg/dose spray	Não deve ser usado por crianças	-	UBS
Formoterol 12mcg + budesonida 400mcg capsula c/ pó seco p/ inalação refil	Recomendado para crianças acima de 6 anos	Posologia de 1 inalação uma ou duas vezes ao dia. Para maiores de 12 anos, uso até de 2 doses 2x ao dia	Serviço de Atenção Domiciliar
Ipratrópio 0,25mg/mL 20mL	Apenas deve ser administrado para crianças menores de 6 anos sob supervisão médica	Para crianças menores de 6 anos é de 8 a 20 gotas, 3 a 4 vezes ao dia; para crianças entre 6 e 12 anos, 20 gotas 3 a 4 vezes ao dia; para maiores de 12 anos, 40 gotas 3 a 4 vezes ao dia	UBS
Prednisolona 3mg/mL 60mL sol oral	Não existem restrições de idade	A dose inicial pode variar de 0,14 a 2 mg/kg de peso por dia, ou de 4 a 60 mg por metro quadrado de superfície corporal por dia, administrados de 3 a 4 vezes por dia	Disponível no Pronto Atendimento Infantil, no Serviço de Atenção Domiciliar e via Apoio Social
Prednisona 5mg comprimido	Não existem restrições de idade	Dose de 0,14 mg a 2 mg/kg de peso por dia, ou de 4 mg a 60 mg por metro quadrado de superfície corporal por dia	UBS
Prednisona 20mg comprimido	Não existem restrições de idade	Dose de 0,14 mg a 2 mg/kg de peso por dia, ou de 4 mg a 60 mg por metro quadrado de superfície corporal por dia	UBS

Salbutamol 100mcg/dose spray		Para crianças no broncoespasmo agudo ou crise asmática ou antes de atividade física (para evitar broncoespasmo desencadeado por exercícios) deve ser de uma dose (100mcg), podendo ser aumentada para 2 doses. No tratamento crônico, poderá ser até 2 doses 4 vezes ao dia	UBS
Terbutalina 0,5mg/mL 1mL	Recomendada para crianças acima de 12 anos	Para crianças, dose de 0,125ml a 0,5ml, até no máximo 4 vezes ao dia, a critério médico	Só se encontra disponível nos serviços de urgência e emergência e na Maternidade Municipal de Londrina

Fonte: Autoria própria.

Quadro 13: Medicamentos disponíveis na Farmácia regional do Paraná.

Medicamento e apresentação	Faixa etária recomendada	Posologia	Disponibilidade para Atenção Primária
Budesonida 200 mcg cápsula inalante	Maiores de 6 anos	Uma cápsula 1x ao dia, com dose máxima de 800 mcg ao dia	Disponibilizada como componente especializado via laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME)
Budesonida 400 mcg cápsula inalante	Maiores de 6 anos	Uma cápsula 1x ao dia, com dose máxima de 800 mcg ao dia	Disponibilizada como componente especializado via laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME)
Fenoterol 100 mcg/dose spray	Não existem restrições de idade	Uma dose, se não for suficiente após 5 minutos pode-se repetir a dose até	Disponibilizada como componente especializado via laudo de

		um máximo de 8 doses por dia	solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME)
Formoterol 12mcg + budesonida 400 mcg cápsula inalante	Recomendado para crianças acima de 6 anos	Uma dose 1x ou 2x ao dia. Para maiores de 12 anos, uso até de 2 doses 2x ao dia	Disponibilizada como componente especializado via laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME)
Formoterol 12 mcg cápsula inalante frc	Não existem restrições de idade	Uma dose, com máximo de 4 doses para crianças	Disponibilizada como componente especializado via laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME)
Formoterol 6 mcg + budesonida 200 mcg/dose spray	Recomendado para acima de 12 anos	Duas doses uma ou duas vezes ao dia. Em período de piora pode ser aumentado temporariamente para 4 doses 2x ao dia	Disponibilizada como componente especializado via laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME)
Formoterol 6 mcg + budesonida 200 mcg cápsula inalante	Recomendado para crianças acima de 4 anos	Uma cápsula 1x ou 2x ao dia, com dose máxima de 4 cápsulas	Disponibilizada como componente especializado via laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME)

Fonte: autoria própria.

Tratamento medicamentoso da asma (6 anos a 11 anos)

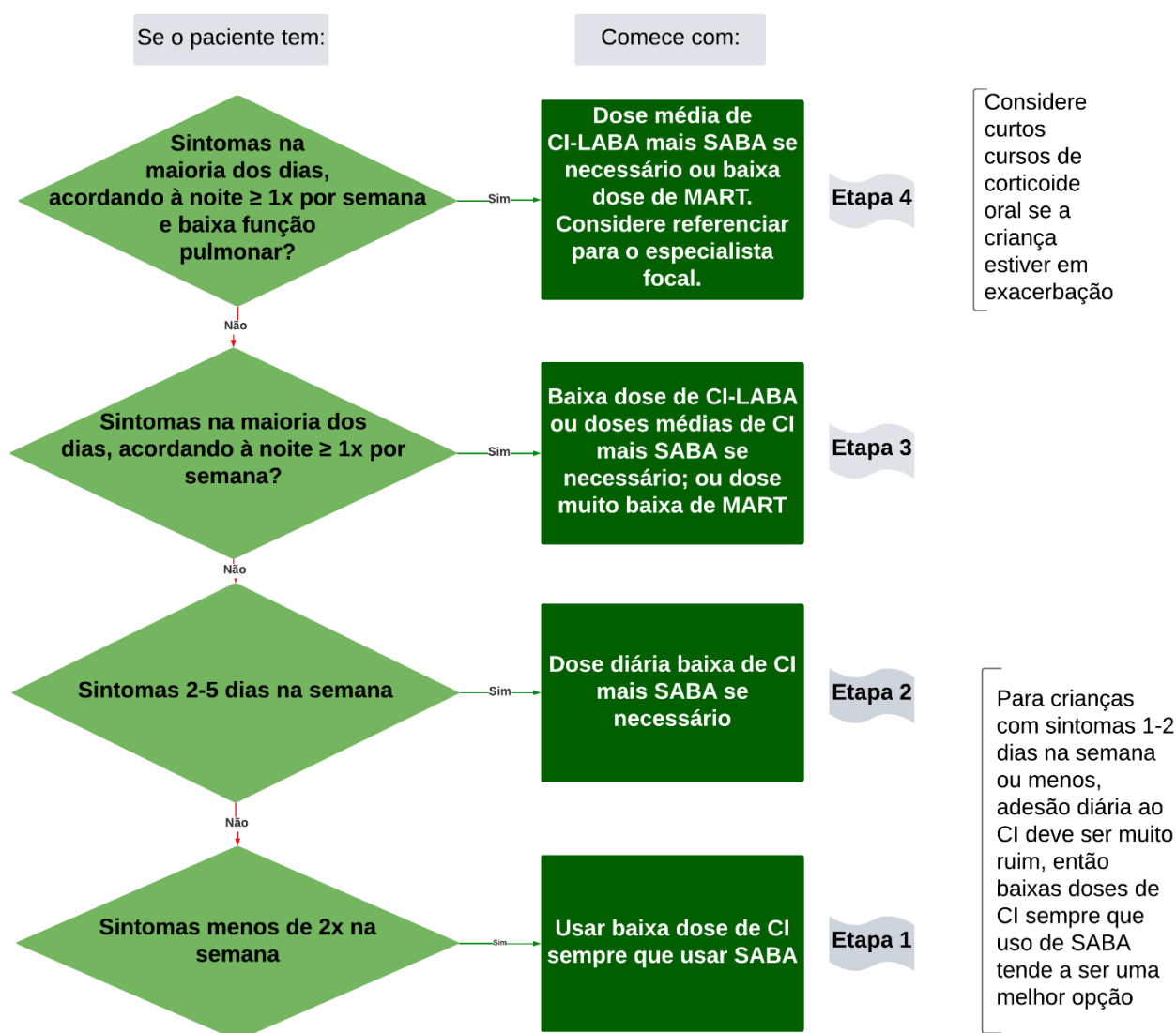
Além das terapias com doses fixas diárias ou apenas doses de resgate, há também as seguintes possibilidades:

-**Tratamento de manutenção e resgate (MART)**: consiste no uso de corticoide inalatório (CI) com formoterol em dose diária e para dose de resgate.

- **Anti-inflamatório de resgate (AIR)**: uso de CI-formoterol somente conforme necessário, de resgate.

Abaixo, segue a Figura 6 com o passo a passo para seleção inicial do tratamento e a figura 7 com as etapas de tratamento e o Quadro 14 com as doses de corticoides inalatórios para crianças de 6 a 11 anos.

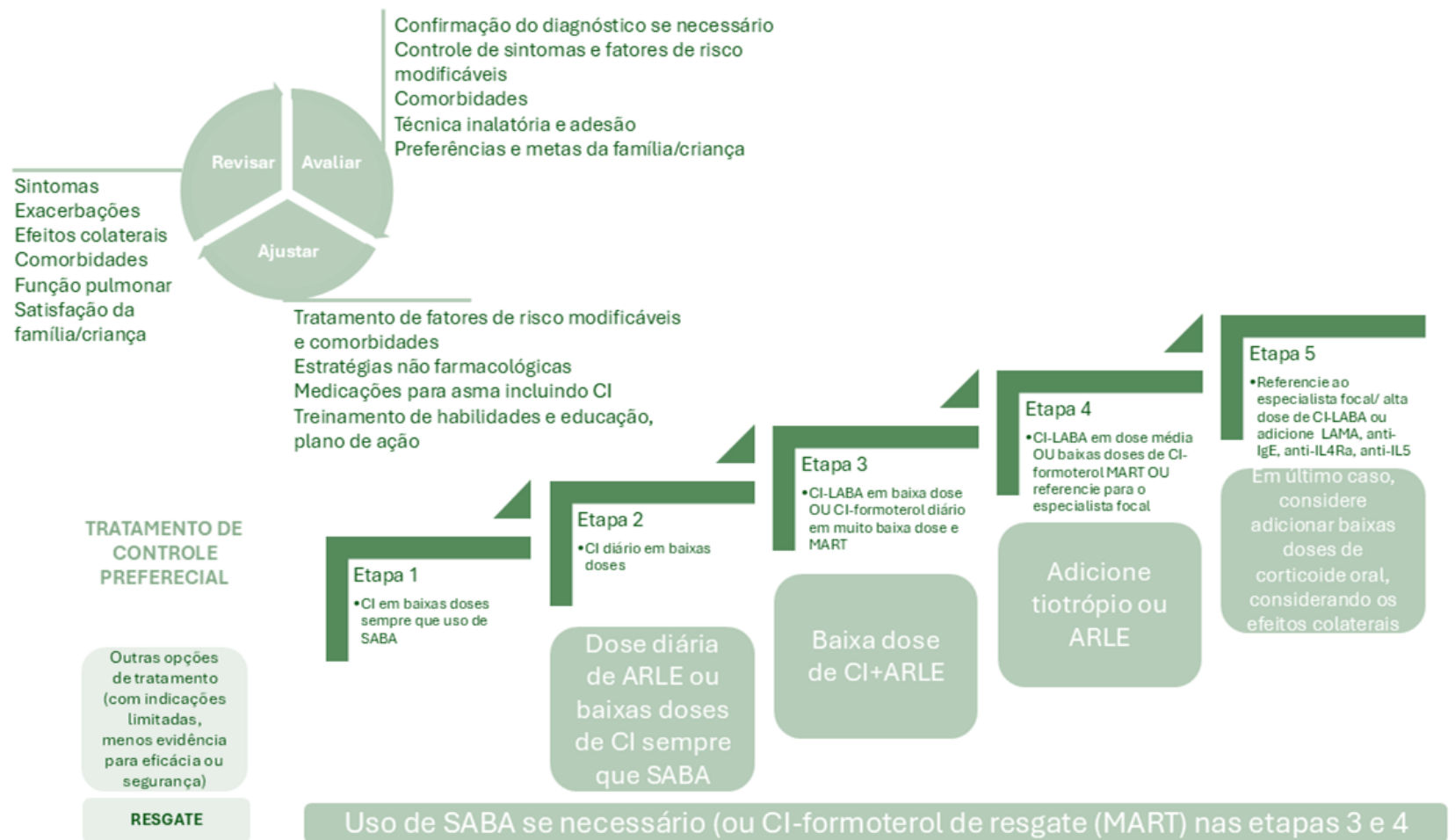
Figura 6: Seleção do tratamento inicial de asma (6-11 anos).



Legenda: CI: corticoide inalatório; LABA: *Long-acting β 2 agonist* (β 2 agonista de longa ação); MART: *Maintenance and reliever therapy* (tratamento de manutenção e resgate); SABA: *Short-acting β 2 agonist* (β 2 agonista de curta ação)

Fonte: Adaptado de GINA (2025).

Figura 7: Etapas do tratamento da asma (6-11 ANOS).



Legenda: CI: corticoide inalatório; SABA: *Short-Acting B2 Agonist* (B2 Agonista de Curta Ação); LABA: *Long-Acting B2 Agonist* (B2 Agonista de Longa Ação); ARLE: Antagonista do Receptor de Leucotrieno; LAMA: *Long-Acting Muscarinic Antagonist* (Antagonista do Receptor Muscarínico de Longa Ação); MART: *Maintenance And Reliever Therapy* (Tratamento de Manutenção e Resgate com Corticoide Inalatório e Formoterol)

Fonte: Adaptado de GINA (2025).

Quadro 14: Doses diárias baixas, médias e altas de corticoides inalatórios

O quadro NÃO implica equivalência de potência. Por exemplo, alterando o tratamento de uma dose “média” de um corticoide para “média” de outro, pode ocorrer uma diminuição ou aumento de potência e a asma se tornar instável ou aumentarem os riscos adversos.

A asma do paciente deve ser monitorada quanto à estabilidade após qualquer alteração no tratamento ou no dispositivo inalatório.

O uso em baixas dosagens proporciona a maior parte dos benefícios clínicos para a maioria dos pacientes. No entanto, a resposta varia de pessoa para pessoa.

Corticoide inalatório (isoladamente ou em combinação com LABA)	Dose diária total de corticoide inalatório (mcg)		
	Baixa	Média	Alta
Crianças de 6 a 11 anos			
Dipropionato de beclometasona (pMDI, partícula padrão, HFA)	100-200	>200-400	>400
Dipropionato de beclometasona (pMDI, partícula extrafina, HFA)	50-100	>100-200	>200
Budesonida (IPS ou pMDI, partícula padrão, HFA)	100-200	>200-400	>400
Budesonida (nebulosas)	200-500	>500-1000	>1000
Ciclesonida (pMDI, partícula extrafina, HFA)	80	>80-160	>160
Furoato de fluticasona (IPS)	50		-
Propionato de fluticasona (IPS)	50-100	>100-200	>200
Propionato de fluticasona (pMDI, partícula padrão, HFA)	50-100	>100-200	>200
Furoato de mometasona (pMDI, partícula padrão, HFA)	100		200

IPS: inalador pó seco; HFA: propelente de hidrofluoroalcano; CI: corticoide inalatório; LABA: beta 2 agonista de longa duração; pMDI: inalador pressurizado dosimetrado;

Fonte: Adaptado de GINA (2025).

• Acompanhamento da asma

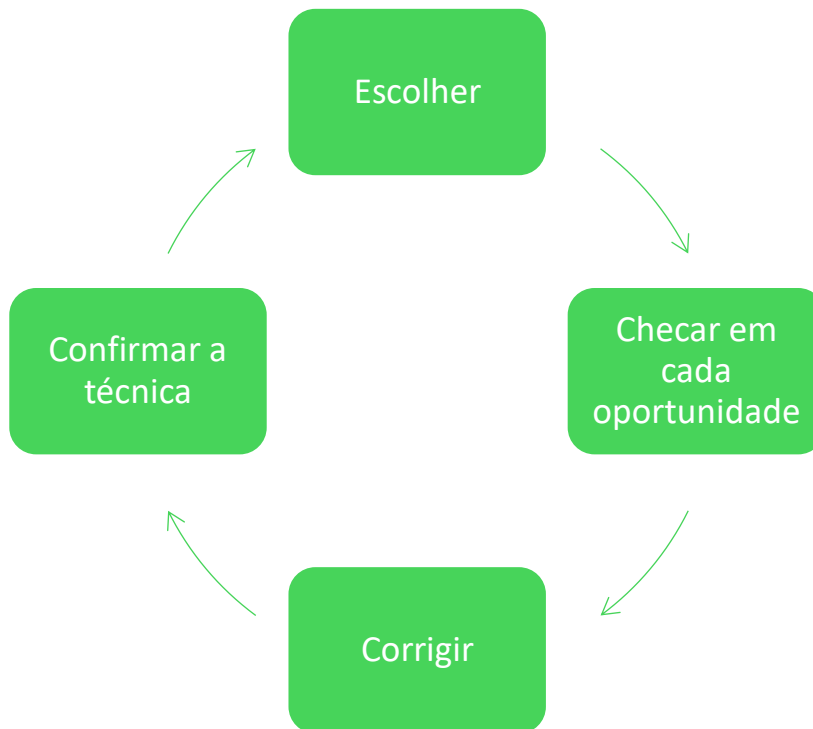
Seguem o Quadro 15 e a Figura 8 com as indicações para seguimento da asma.

Quadro 15: Seguimento do controle de asma.

Nas últimas 4 semanas, a criança teve:	Asma controlada	Asma parcialmente controlada	Asma não controlada
Sintomas diários por mais de poucos minutos mais de duas vezes na semana?	Nenhum desses sintomas	1-2 desses sintomas	3-4 desses sintomas
Alguma limitação de atividade devido a asma?			
Necessidade de uso de medicação de resgate mais de duas vezes por semana?			
Acordou à noite devido a asma?			

Fonte: Adaptado de GINA (2025).

Figura 8: Seguimento do tratamento de asma.



Fonte: Adaptado de GINA (2025).

Processo de retirada de medicamentos

O Quadro 16 apresenta o passo a passo para diminuição das doses e regressão das etapas do tratamento.

Quadro 16: Diminuindo e descendo para a etapa anterior do tratamento.

Princípios gerais para diminuição (etapa inferior) do tratamento de asma			
<ul style="list-style-type: none"> - Considere diminuir o tratamento quando os sintomas de asma estiverem bem controlados e a função pulmonar estiver estável por 3 meses ou mais (Evidência D). Se o indivíduo tiver fatores de risco para exacerbações ou limitação persistente do fluxo aéreo, diminuir apenas com uma supervisão bem próxima. - Escolha o momento apropriado (sem infecção respiratória, indivíduo não estando em viagem). - Aborde cada etapa como um tratamento empírico. Mantenha o indivíduo engajado no processo; documente o estado da asma (controle de sintomas, função pulmonar e fatores de risco); providencie instruções claras; providencie um plano escrito de ação e certifique-se de que o indivíduo tem medicação suficiente para retornar à dose anterior se necessário; monitore sintomas e agende um retorno de seguimento. - Diminuir a dose de CI em 25-50% em intervalos de 3 meses é viável e seguro para a maioria dos indivíduos (Evidência A). 			
Etapa atual	Medicação atual e dose	Opções para diminuição da dose/retorno à etapa anterior	Evidência
Etapa 5	Altas doses de CI-LABA mais corticoide oral	<ul style="list-style-type: none"> - Continue altas doses de CI-LABA e reduza a dose de corticoide oral - Use uma abordagem guiada pelo escarro para redução do corticoide oral - Tratamento com corticoide oral em dias alterados - Substitua o corticoide oral por altas doses de CI - Se asma muito severa inflamatória do tipo 2, adicionar imubiológico e reduzir a dose de corticoide oral 	D B D D A
	Altas doses de CI-LABA mais terapias com biológicos	- Interrompa outros medicamentos, especialmente corticoides orais, e considere diminuir a dose de CI-LABA	B
Etapa 4	Doses moderadas de tratamento	- Continuar a combinação de CI-LABA com redução de 50% no componente de CI, usando formulações disponíveis	B

	de manutenção CI-LABA	-Descontinuar LABA pode levar a deterioração do quadro atual - Trocar por terapia de resgate e manutenção com CI- formoterol, com doses baixas de manutenção	A A
	Doses médias de CI-formoterol como tratamento de manutenção e resgate	- Reduzir a manutenção de CI-formoterol para baixas doses e continuar conforme necessário baixas doses de CI-formoterol de resgate	D
	Altas doses de CI mais segundo tratamento de controle	- Reduzir a dose de CI para 50% e continuar com o segundo tratamento de controle	B
Etapa 3	Baixas doses de CI-LABA de manutenção	- Reduzir CI-LABA para uma vez ao dia - Descontinuar LABA pode levar a deterioração do quadro atual	D A
	Baixas doses de CI-formoterol de manutenção e de resgate	- Reduzir a dose de manutenção de CI-formoterol para uma vez ao dia e continuar com baixas doses de resgate conforme necessário - Considerar voltar uma etapa abaixo para tratamento conforme necessário com baixas doses de CI-formoterol	C D
	Médias ou altas doses de CI	- Reduzir a dose de CI em 50% - Adicionar LABA pode permitir a diminuição da dose de CI conforme a etapa anterior	A B
Etapa 2	Baixas doses de CI	- Dose uma vez ao dia (budesonida, ciclesonida, mometasona, furoato de fluticasona) - Trocar para conforme necessário a baixa dose de CI-formoterol - Trocar para uso de CI sempre que uso de SABA - Com interrupção do CI há aumento do risco de exacerbações apenas com o uso de SABA)	A A B A

Fonte: Adaptado de GINA (2025).

- **Crise aguda de asma na APS**

A anamnese breve e o exame físico devem ocorrer em paralelo ao início imediato do tratamento. Avaliar sinais vitais, nível de consciência e sinais de gravidade, além de pesquisar diagnósticos/complicações que podem coexistir (ex.: anafilaxia, pneumonia, pneumotórax).

Segue Quadro 17 com os critérios a se avaliar.

Sempre avaliar gravidade e saturação de oxigênio (SO₂), colocar oxigênio precoce se necessário!

Quadro 17: Avaliação inicial das exacerbações agudas de asma em crianças de até 5 anos.

Sintomas	Leve	Grave
Consciência alterada	Não	Agitado, confuso ou sonolento
Oximetria na apresentação (antes do tratamento).	> 94%	< 92%
Discurso (se já fala)	Frases	Palavras
Frequência cardíaca	<100 bpm	>180 bpm (até 3 anos) >150 bpm (4 a 5 anos)
Frequência respiratória	≤ 40 rpm	> 40 rpm
Uso de músculos acessórios (retrações supraesternais, supraclaviculares ou intercostais e, em casos graves, batimento de asa nasal)	Ausente	Presente
Cianose central	Ausente	Provavelmente presente
Intensidade do chiado	Variável	Pode haver tórax silencioso

Legenda: bpm: batimentos por minuto; rpm: respirações por minuto. Observação: levar em consideração superestimação de oximetria em pacientes com pele escura.

Fonte: Adaptado de GINA (2025).

1. **Broncodilatador de curta ação (SABA):** preferir inalador pressurizado com espaçador quando viável. Administrar 4-10 doses (6 em geral para crianças menores de 6 anos) a cada 20 minutos, totalizando 3 ciclos na primeira hora se necessário, reavaliando a resposta.

2. **Oxigênio** (se necessário): usar fluxo controlado para manter saturação alvo 93–95% em adultos e cerca de $\geq 94\%$ em crianças até 11 anos.

3. **Corticoide sistêmico:** Podendo ser via oral ou endovenoso ou intramuscular a depender da clínica. Administrar em até 1 hora da chegada/apresentação na asma aguda grave. Dose de 1mg/kg/dia de prednisolona ou equivalente para adolescentes, com máximo de 50mg/dia; 1 a 2mg/kg/dia até 11 anos, com dose máxima de 40mg/dia de 6 a 11 anos, 30mg/d de 2 a 5 anos e 20mg/d para menores de 2 anos.

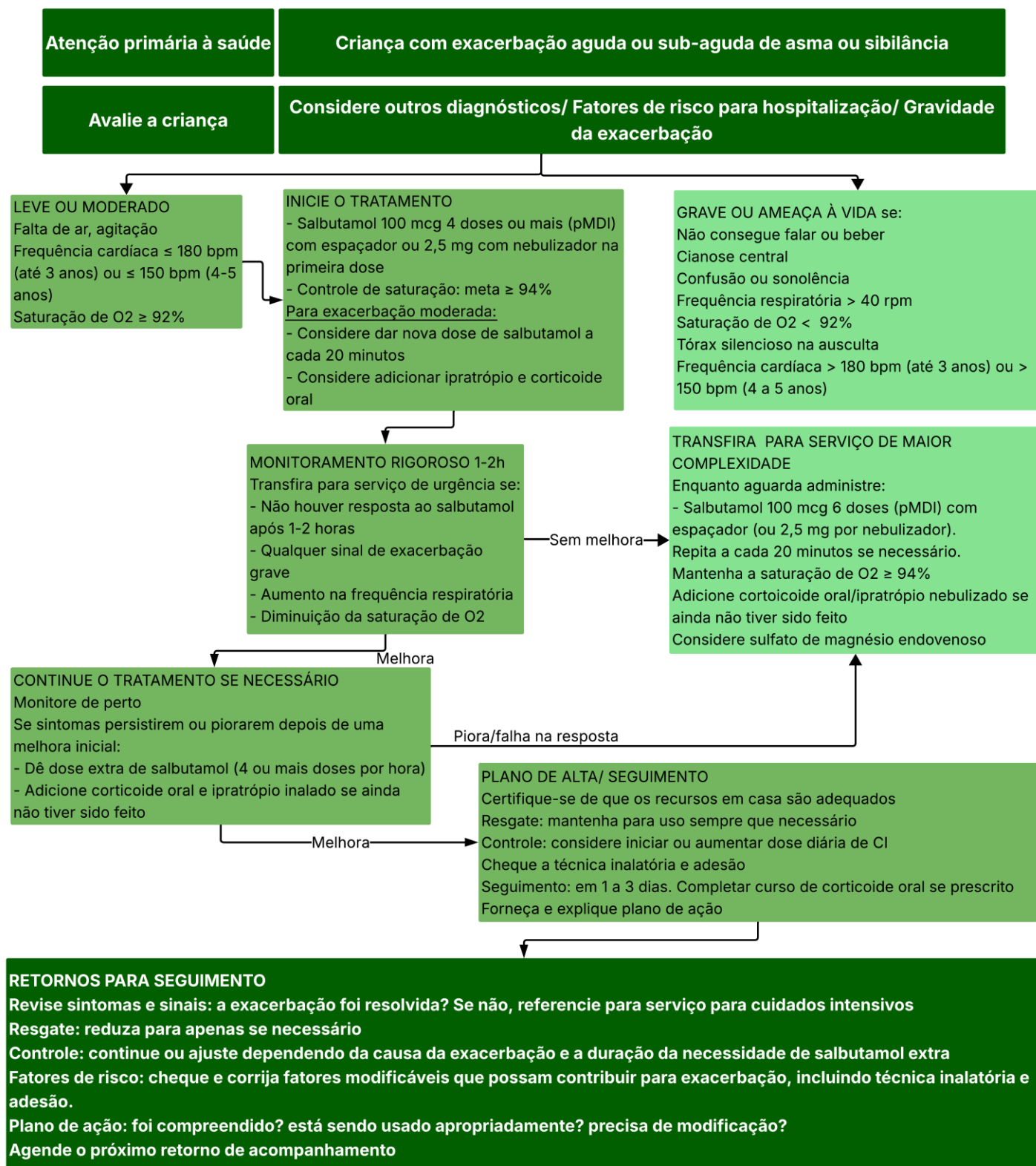
Segue abaixo o Quadro 18 com as doses de medicamentos de uso na crise de asma e a Figura 9 com o fluxo de tratamento.

Quadro 18: Doses medicamentos de uso na crise.

Medicamento	Dose
Broncodilatador (salbutamol)	4 a 10 doses para ≥ 6 anos e 6 doses para < 6 anos
Corticoide sistêmico (prednisolona)	1 a 2 mg/kg/dia com dose máxima: - 40mg/dia de 6 a 11 anos - 30mg/d de 2 a 5 anos - 20mg/d < 2 anos

Fonte: Adaptado de GINA (2025).

Figura 9: Tratamento de asma aguda e sibilância em crianças de até 5 anos.



Legenda: bpm: batimentos por minuto; O₂: oxigênio; rpm: respirações por minuto; Pmdi: inalador pressurizado dosimetrado

Fonte: Adaptado de GINA (2025).

Reavaliação e decisão de alta

Reavaliar frequentemente; em geral, revisar sintomas, saturação e função pulmonar após 1 hora (após as doses iniciais repetidas).

Em caso de crianças de até 5 anos, se os sintomas desaparecerem e não reaparecerem entre 1 a 2 horas, estando estável, considerar a alta.

Melhora após 1 hora do tratamento, sem a necessidade mais de broncodilatador, saturação maior que 94% em ar ambiente e bons recursos em casa, a conduta será o seguimento deste usuário.

Tratamento prescrito na alta

Continuar prednisolona por 3-5 dias em crianças e 5-7 dias em adultos.

Prescrever/garantir tratamento contínuo contendo corticoide inalatório; oportunidade para revisar técnica e adesão.

Para adultos/adolescentes, quando aplicável, considerar MART com CI-formoterol para reduzir risco futuro; se usar CI/CI-LABA com SABA de resgate, pode ser necessário aumentar CI por 2-4 semanas e o resgate usado apenas se necessário.

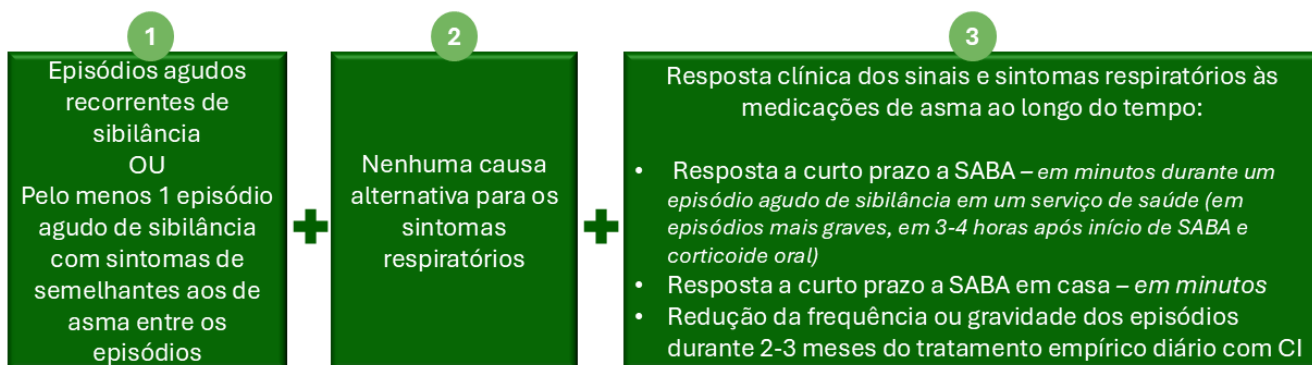
Dose do corticoide oral: adultos 40-50 mg/dia de prednisona por 5-7 dias; crianças de 6 a 11 anos 1-2 mg/kg/dia de prednisona até máximo de 40 mg por 3-5 dias; crianças de até 5 anos 1-2 mg/kg/dia de prednisolona, com máximo de 30mg/dia para crianças de 2 a 5 anos e 20mg/dia para menores de 2 anos (avaliar antes de suspender).

Fornecer/revisar plano de ação escrito, revisar gatilhos e fatores de risco modificáveis, e agendar retorno em 2-7 dias (1-3 dias para crianças).

• **Asma em crianças com 5 anos ou menos (GINA, 2025)**

Segue a Figura 10 com os critérios necessários para o diagnóstico de asma em crianças de até 5 anos e o Quadro 19 com o quadro clínico.

Figura 10: Critérios diagnósticos para asma em crianças de até 5 anos.



Todos os critérios são necessário para o diagnóstico em crianças de até 5 anos

Episódios agudos de sibilância: sintomas como sibilos expiratórios, uso de musculatura acessória ou respiração rápida, pesada ou dificultosa, durando mais de 24 horas.

Sintomas semelhantes aos de asma entre os episódios: sintomas como tosse seca ou sibilo após correr, rir ou chorar ou durante o sono, que ocorrem entre os episódios agudos de sibilância.

- Se apenas 1 ou 2 dos critérios são preenchidos, descrever como “suspeita de asma” e continuar o seguimento.

- História pessoal ou familiar de doença alérgica pode fortalecer o diagnóstico de asma, mas não é obrigatório e nem específico para asma

Fonte: Adaptado de GINA (2025).

Quadro 19: Sintomas e história característica de asma

Aspecto	Características que sugerem asma
Tosse	- Tosse recorrente ou persistente não produtiva que pode ser pior à noite ou acompanhada por chiado e dificuldades para respirar - Tosse que ocorre com exercício, risada, choro ou exposição à fumaça de cigarro, particularmente na ausência de uma aparente infecção respiratória
Chiado	- Chiado recorrente, incluindo durante o sono ou com desencadeantes como atividade, risada, choro ou exposição à fumaça de cigarro ou poluição aérea
Dificuldade para respirar ou respiração pesada ou encurtada	- Ocorre durante exercício, risada ou choro

Atividade reduzida	- Não consegue correr, brincar ou dar risada com a mesma intensidade das outras crianças; se cansa logo durante caminhadas (quer ser carregado no colo)
Passado ou história familiar	- Outras doenças alérgicas (dermatite atópica ou rinite alérgica, alergia alimentar); asma em parentes de primeiro grau
Tratamento empírico-baixas doses de CI e SABA se necessário	- Melhora clínica durante 2-3 meses de tratamento de controle e piora quando o tratamento é cessado

Fonte: Adaptado de GINA (2025).

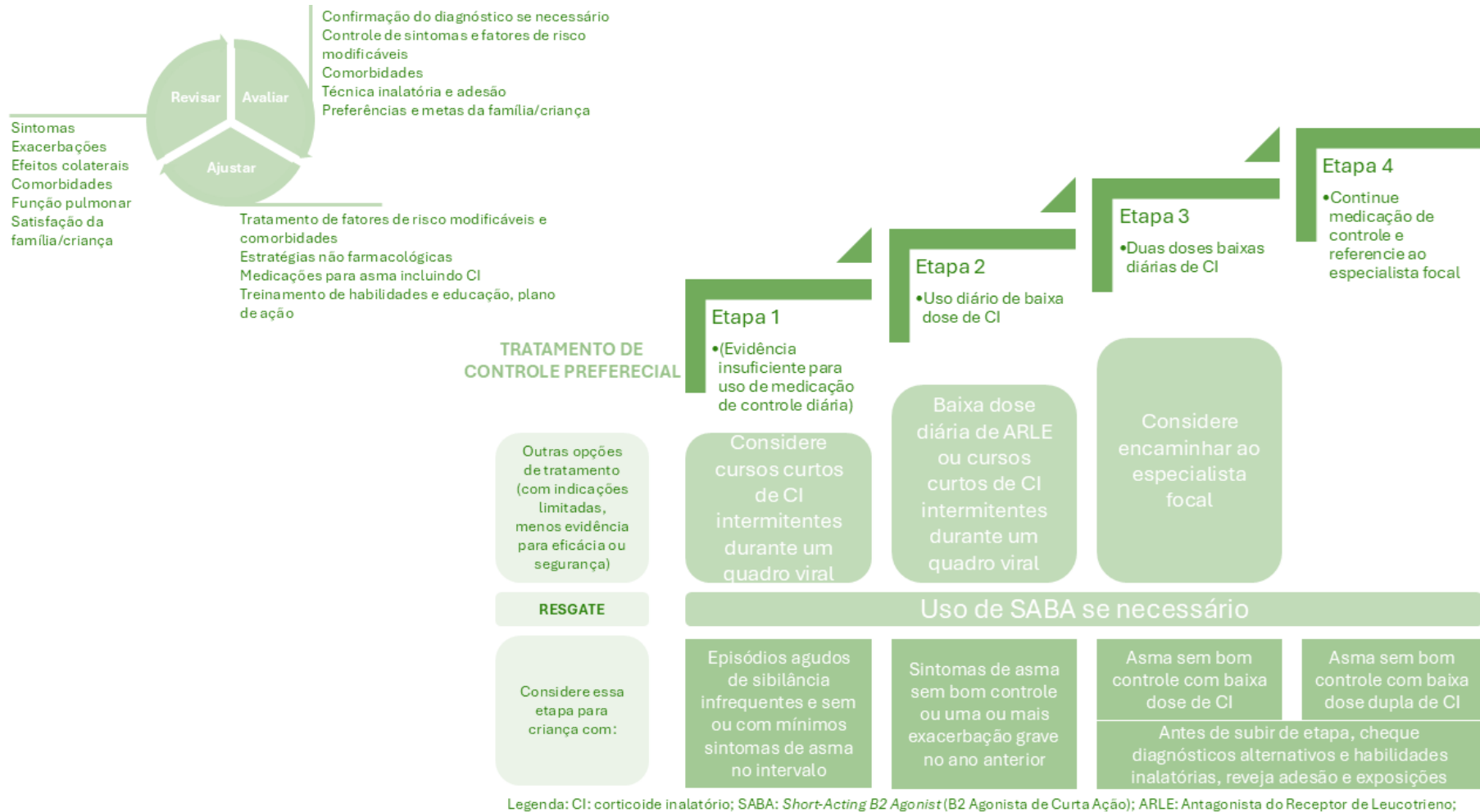
- Tratamento empírico com corticoide inalatório

Em casos de crianças com:

- histórico de episódio agudo com sintomas semelhantes aos de asma
- necessidade de avaliação de urgência ou
- crianças com sintomas de asma mais de duas vezes por semana: há indicação de realizar tratamento empírico com corticoide inalatório. Se houver resposta com melhora significativa dos sintomas, estará embasado o diagnóstico de asma. Deve-se reduzir a dose para a mínima eficaz e seguir o acompanhamento.

A Figura 11 mostra as etapas de tratamento e o Quadro 20 com as doses corticoide inalatório.

Figura 11: Etapas do tratamento de asma para crianças de até 5 anos.



Fonte: Adaptado de GINA (2025)

Quadro 20: Doses diárias baixas de corticoides inalatórios para crianças de até 5 anos.

O quadro NÃO implica equivalência de potência, mas sim sugestões de doses “baixas” para tratamento de crianças de até 5 anos. Alterar o tratamento de uma dose “baixa” de um corticoide para “baixa” de outro, pode ocorrer uma diminuição ou aumento de potência e a asma se tornar instável ou aumentarem os riscos adversos.

As crianças devem ser monitoradas para garantir a estabilidade após qualquer alteração no tratamento.

O uso em baixas dosagens proporciona a maior parte dos benefícios clínicos para a maioria das crianças com asma. Doses mais altas estão associadas a um risco aumentado de efeitos colaterais, que devem ser ponderados.

Corticoide inalatório	Baixa dose diária total em mcg (faixa etária com dados adequados de segurança e eficácia)
Dipropionato de beclometasona (pMDI, partícula padrão, HFA)	100 (≥ 5 anos)
Dipropionato de beclometasona (pMDI, partícula extrafina, HFA)	50 (≥ 5 anos)
Budesonida nebulizada	500 (≥ 1 ano)
Propionato de fluticasona (pMDI, partícula padrão, HFA)	50 (≥ 4 anos)
Furoato de fluticasona (DPI)	Sem estudos suficientes em crianças ≤5 anos
Furoato de mometasona (pMDI, partícula padrão, HFA)	100 (≥ 5 anos)
Ciclesonida (pMDI, partícula extrafina, HFA)	Sem estudos suficientes em crianças ≤5 anos

HFA: propelente de hidrofluoroalcano; CI: corticoide inalatório; pMDI: inalador pressurizado dosimetrado.

Fonte: Adaptado de GINA (2025).

- **Quando encaminhar ao especialista focal (Alergista ou Pneumologista)**

A maioria das pessoas pode ser manejada na APS. Referenciar ao especialista focal os casos:

- **Crianças de até 5 anos:** falha no desenvolvimento; sintomas de início muito precoce; vômitos associados; chiado/estridor contínuo ou recorrente ou tosse com “latido”; falha na resposta ao tratamento; ausência de associação dos sintomas com gatilhos típicos; sinais pulmonares ou cardiovasculares focais; baqueteamento digital; hipoxemia.
- **Dificuldade de confirmação do diagnóstico de asma:** indivíduos com sintomas de infecção crônica ou sinais sugestivos de causa cardíaca ou outras não pulmonares; diagnóstico não ficou claro após tentativa de terapia com corticóide inalatório ou sistêmico; usuários com sinais de asma e DPOC, nos quais houver dúvidas sobre prioridade de tratamento.
- **Suspeita de asma ocupacional:** referenciar para teste confirmatório e identificação do agente sensibilizador ou irritativo.
- **Asma persistentemente ou severamente não controlada ou exacerbações frequentes** mesmo com técnica de inalação correta e boa adesão à etapa 4 do tratamento.
- **Fator de risco para morte associado a asma:** crise de asma que quase levou à morte (uso de ventilação mecânica ou cuidados intensivos) em qualquer momento no passado; confirmação ou suspeita de anafilaxia ou alergia alimentar em asmático.
- **Evidência ou risco de efeitos colaterais do tratamento significativos:** necessidade de uso de corticoide oral a longo prazo e uso frequente ao longo do ano (duas ou mais vezes no ano).
- **Sintomas sugestivos de complicações ou subtipos da asma:** doença respiratória exacerbada por AAS, aspergilose broncopulmonar alérgica, entre outros.
- **Necessidade de exames complementares** sem acesso na APS.

DERMATITE ATÓPICA

A Dermatite Atópica (DA) é uma afecção inflamatória e crônica da pele, acompanhada de prurido intenso e ressecamento (xerodermia) (BRASIL, 2025; Chu *et al.*, 2024).

O quadro clínico da doença é muito diversificado, conforme o Quadro 21. E o diagnóstico é clínico, de acordo com os critérios no Quadro 22, e os critérios de gravidade estão indicados no Quadro 23.

Quadro 21: Apresentação clínica da dermatite atópica de acordo com a idade.

Idade	Apresentação clínica
Infância (0-2 anos)	Lesões agudas caracterizadas por eritema mal definido com edema, vesículas, escoriações e exsudato, que podem ser amplamente distribuídas. Normalmente, acometem o rosto, bochechas e o tronco, exceto área de fralda.
Infância/adolescência (2-16 anos)	O eczema se torna mais localizado e crônico do que na infância, com eritema mais pálido, pele seca (xerose) e lesões mal definidas que comumente afetam superfície dos flexores com espessamento de áreas crônicas.
Adultos	Apresentam eczema crônico nas mãos ou dermatite acometendo o pescoço, cabeça, tronco superior, ombros e couro cabeludo.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2025) *apud* Langan *et al.* (2020) e Silverberg *et al.* (2017).

Quadro 22: Critérios do grupo de trabalho do Reino Unido para diagnóstico de dermatite atópica.

Prurido nos últimos 12 meses em associação com 3 ou mais critérios
Paciente com mais de 4 anos e histórico dos sintomas antes dos 2 anos
História de envolvimento flexural
História de pele geralmente seca
História de outra doença atópica no paciente ou em parente de primeiro grau
Dermatite flexural visível

Fonte: Adaptado de BRASIL (2025) *apud* Willians *et al.*(1994).

Quadro 23: Classificação da gravidade da DA.

Gravidade	Clínica	Psicossocial
Livre	Pele normal, sem evidência de atividade da dermatite	Sem impacto na qualidade de vida
Leve	Áreas com xerose, prurido infrequente (com ou sem áreas inflamadas)	Pequeno impacto na qualidade de vida
Moderada	Áreas com xerose, prurido frequente associado à inflamação (com ou sem sinais de escoriação e áreas localizadas de espessamento da pele)	Moderado impacto nas atividades diárias e psicossociais, distúrbios do sono frequentes
Grave	Xerose difusa, prurido constante e associado à inflamação (com ou sem sinais de escoriação, pele espessada com sangramento, liquenificação e alterações da pigmentação)	Limitação das atividades diárias e psicossociais, noites de sono perdidas

Fonte: adaptado de BRASIL (2025).

- **Diagnóstico diferenciais**

Os principais diagnósticos diferenciais seguem no Quadro 24.

Quadro 24: Diagnósticos diferenciais de DA.

Diagnóstico	Morfologia	Idade	Etiologia	Outros fatores
Dermatite de contato	Vesículas eritematosas	Afeta todas as idades	Reação de hipersensibilidade	A erupção ocorre no local da exposição
Linfoma cutâneo de células T	Morfologia variada: manchas hipocrômicas, apenas prurido sem lesão	Raro em crianças	Desconhecida	Erupção cutânea se desenvolve lentamente
Dermatite Herpetiforme	Pápulas urticadas e vesiculação	Raro em crianças	Imunomediada	Associação com sensibilidade ao glúten
Impetigo	Pústulas e crostas melicéricas	Comum em crianças	Bacteriana	Muito contagiosa
Líquen simples crônico	Bem circunscrito, escamas grossas	Raro em crianças	Prurido crônico	Pode ter associação com estresse e ansiedade

Molusco contagioso	Lesão típica é a pápula umbilicada (pápulas avermelhadas em aglomerados)	Comum em crianças	Viral	Normalmente desaparece dentro de meses
Eczema numular	Eczema, eritema, vesículas escamocrostosas	Menos frequente em crianças	Desconhecida	Manchas podem durar semanas a meses
Psoríase	Manchas eritematosas com escamas prateadas	Raro em crianças	Imunomediada	Pode ter envolvimento das unhas
Escabiose	Pápulas eritematosas lineares, podem conter túneis	Afeta todas as idades	Parasitária	Prurido intenso à noite, pode acometer familiares
Dermatite seborreica	Escamas amarelas e oleosas	Afeta todas as idades	Desconhecida	Distribuição no couro cabeludo e rosto
Tinea corporis	Fundo eritematoso, placas anulares com bordas circinadas	Comum em crianças	Fúngica	Predomina nas dobras, mas não é exclusivo Acometimento palmoplantar no adulto – realizar diagnóstico diferencial com DA
Urticária	Pápulas eritematosas, infiltradas, fugazes ou placas	Incomum em crianças	Imunomediada	Geralmente resolve em 24 horas
Exantemas virais	Máculas eritematosas difusas e pápulas	Comum em crianças	Viral	Resolve após término da doença viral

Fonte: Adaptado de BRASIL (2025) *apud* Frazier e Bhardwaj (2020).

• Tratamento não farmacológico

O Quadro 25 descreve as principais recomendações.

Quadro 25: Tratamento não farmacológico na DA.

Procedimentos e cuidados	Especificações
Banho (BRASIL, 2025; Sánchez <i>et al.</i> , 2024; Prado <i>et al.</i> , 2022)	- Duração entre 5 e 10 minutos no máximo - Temperatura morna, entre 27 e 30° - Secagem da pele deve ser delicada, evitando fricção - O pH do sabonete deve ser levemente ácido como o fisiológico, evitar o uso de sabonetes com pH neutro ou formulações antissépticas e produtos com ingredientes alimentares e perfumados, pelo risco de irritação e sensibilização
Emolientes/hidratantes (BRASIL, 2025; Nice, 2025)	Aplicação: 2x ou mais ao dia, imediatamente após o banho ou lavagem das mãos, em toda a extensão corporal e sem esfregar, apenas espalhando
Terapia psicológica (BRASIL, 2025; Chu <i>et al.</i> , 2024)	Pode ser necessária a depender da saúde mental
Bandagens úmidas (BRASIL, 2025; Prado <i>et al.</i> , 2022)	Recomendadas para pacientes com DA moderada e grave, diminuindo a perda de água e protegendo contra arranhões. Pode ser aplicada camada grossa de hidratante ou corticoide na pele e então cobrir com a bandagem úmida
Outros cuidados (BRASIL, 2025)	Uso de roupas de tecidos macios, manter temperaturas amenas, uso de umidificador, usar sabão suave para lavagem das roupas, sem alvejante ou amaciante auxiliam no tratamento

Fonte: Autoria própria.

A hidratação é fundamental no tratamento, com cremes contendo ceramidas, triglicerídeos, colesterol, ectoína a 1% e ácido hialurônico podem ajudar a reforçar a barreira cutânea (Danby *et al.*, 2022; Alexopoulos *et al.*, 2023). E os produtos mais espessos, com baixo teor de água garantem melhor proteção contra a xerose (BRASIL, 2025). Produtos à base de lactato de amônio e ureia em altas concentrações devem ser evitados nos períodos de surtos (Carvalho *et al.*, 2017).

Devem-se evitar: produtos à base de álcool, livre de aditivos, fragrâncias, perfumes, outros potenciais sensibilizadores e produtos à base de lactato de amônio e ureia em altas concentrações devem ser evitados nos períodos de surtos (BRASIL, 2025; Carvalho *et al.*, 2017). Segue abaixo o Quadro 26 com exemplos de hidratantes.

Quadro 26: Exemplos de hidratantes para uso das crianças com DA

Produto	Nome comercial	Marca
Hidratantes ^a com ureia	Dardia® loção/pomada 5% ureia micronizada	Bayer
	Dermovance® S	FQMderma
	Emoderm® creme	Theraskin
	Eucerin® 3% e Eucerin® Complete repair 10%	Aché
	Hidrapel Plus® creme/loção	Stiefel
	Iso-urea® creme/loção 5%	La Roche-Posay
	Nutrapius® creme/loção	Galderma
	Ureactiv® creme/loção 3%, 5%, 10%	Glenmark
	Ureadin® creme/loção 3%, 5%, 10%	Isdin
	Ureadin® Rx	Isdin
	Urehidra® creme gel	Biolab
	Uremol® creme/ fluido 10%	Stiefel /GSK
Hidratantes ^b com ceramidas, colesterol, ácidos graxos, fosfolípidos, manteiga de karité	Atoderm® creme/baume	Bioderma
	CeraVe® creme/loção	Valeant
	Cetaphil® Advanced	Galderma
	Cetaphil® crème/loção	Galderma
	Cetaphil® Restoraderm	Galderma
	Cold Cream®	Avène/La Roche- Posay
	Epidrat® Ultra	Mantecorp
	Eucerin® pH 5 loção	Aché
	Fisioativ® creme/loção	Glenmark
	Fisiogel® creme/loção	Stiefel
	Hydracell® creme	Germed
	Hydraporin® loção	Mantecorp
	Lipikar Baume®	La Roche-Posay
Nutratic® creme/loção	Isdin	
Saniskin® loção	Saniplan	

	Stelatopia® creme	Mustela
	Xeracalm® AD creme	Avène
Hidratantes ^b com glicerina/aveia pantenol/petrolato	Aveeno® loção	Johnson & Johnson's
	Neutrogena® body care pele extra-seca	Neutrogena
	Norwegian® hidratante corporal	Neutrogena
	Umiditá® loção	Libbs
Hidratantes ^b com ação sobre o prurido	Fisiogel® AI	Stiefel
	Lipikar® AP+	La Roche-Posay
	Nutratopic® Rx	Isdin
	Umiditá® AI	Libbs
a Para pele seca e não escoriada.		
b Para hidratar nos períodos de exacerbação aguda da doença.		

Fonte: Adaptado de CARVALHO. *et al.* (2017).

• Tratamento farmacológico

- **Corticoide tópico:** é tratamento inicial quando há refratariedade com o uso apenas de hidratação da pele, com indicação de uso em regiões com lesão ativa. No entanto, deve-se estar atento aos efeitos colaterais potenciais locais e sistêmicos, sendo atrofia da pele e supressão adrenal os principais (Chu *et al.*, 2024; Nice, 2025; BRASIL, 2025).

- Posologia: a quantidade a ser usada o suficiente para uma camada fina, equivalente à ponta de um dedo, 15 minutos antes do emoliente. O uso pode ser feito 1 a 2x ao dia a depender da gravidade, por períodos de 2 a 6 semanas com baixo risco de efeitos colaterais (BRASIL, 2025; Chu *et al.*, 2024; Saeki *et al.*, 2025)

- Os corticoides de baixa potência são recomendados para manutenção, para 2 semanas ou mais

- Os corticoides de potência mais alta para de até 4 semanas e devem ser evitados em áreas como face, virilha e pregas cutâneas (Chu *et al.*, 2024)

- Em casos de pacientes com alta taxa de recidivas é recomendado uso profilático 2x na semana, em geral com corticoide de média potência (Carvalho *et al.*, 2022; Chu *et al.*, 2024; Saeki *et al.*, 2025)

Quadro 27: Potência e faixa etária recomendada dos corticoides tópicos.

Corticoide Tópico	Potência	Faixa etária recomendada
Acetato de hidrocortisona	Baixa	Em menores de 4 anos, uso por no máximo 3 semanas
Acetato de dexametasona	Baixa	Não existem recomendações especiais
Valerato de betametasona	Média	À partir de 1 ano
Aceponato de metilprednisolona	Média	À partir de 4 meses
Denosida	Média	Todas as faixas etárias
Furoato de mometasona	Média	Maiores de 2 anos
Propionato de fluticasona	Média	Maiores de 1 ano
Dipropionato de betametasona	Alta	Não existem recomendações especiais
Fludroxicortida	Alta	Não existem recomendações especiais
Valerato de diflucortolona	Muito alta	Menores de 4 anos deve ser usado por no máximo 3 semanas
Desoximetasona	Muito alta	Crianças menores de 6 anos apenas se o médico considerar necessário
Propionato de clobetasol	Muito alta	Crianças menores de 12 anos apenas se o médico considerar necessário
Propionato de halobetasol	Muito alta	A partir de 18 anos

Fonte: Adaptado de Peres (2018).

- **Imunomoduladores tópicos:** têm como representantes tacrolimo e pimecrolimo, alternativas aos corticoides. É recomendado seu uso quando DA não controlada por mais de 3 meses mesmo em tratamento com hidratação (Chu *et al.*, 2024).

- Posologia: uso duas vezes ao dia.

- Benefícios: não causam atrofia de pele nem supressão adrenal, e são boas opções principalmente para uso em regiões periorais, pálpebras, axilas e genitais (BRASIL, 2025).
- Barreira: ainda possuem custo mais elevado, com previsão de disponibilização do tacrolimos pelo SUS. Segue abaixo o Quadro 28 com os imunomoduladores e a faixa etária recomendada.

Quadro 28: Imunomoduladores e faixa etária recomendada.

Imunomoduladores tópicos e faixa etária recomendada	
Tacrolimo	Na formulação a 0,03% está indicado à partir dos 2 anos de idade; na formulação de 0,1% está indicado para maiores de 16 anos
Pimecrolimo	Recomendado à partir dos 3 meses

Fonte: Autoria própria.

- **Antibiótico:** A colonização da pele na DA deve ser combatida por meio de medidas de higiene, como banho com solução de hipoclorito a 0,005%, que muitas vezes diminui a necessidade de uso de antibióticos e antiinflamatórios tópicos (BRASIL, 2025). Contudo, em caso de infecção bacteriana, pode ser usado antibiótico tópico como ácido fusídico e a mupirocina ou antibiótico oral se necessário em último caso (Prado *et al.*, 2022).

- **Anti-histamínico:** Há indicação para o uso sistêmico para o controle do prurido, mas não uso de rotina. Aqueles com efeito sedativo (dexclorfeniramina, hidroxizine) têm uma melhor ação e são de mais baixo custo (Nice, 2025; Carvalho *et al.*, 2017).

- **Imunossupressores:** pode ser necessário o uso em alguns casos mais graves. Alguns usados na DA são azatioprina, ciclosporina, metotrexato, micofenolato de mofetila e dupilumabe (BRASIL, 2025; Carvalho *et al.*, 2017).

- **Corticoide oral:** não é recomendado o uso de rotina (Chu *et al.*, 2024).

- **Vitamina D:** sugere-se que haja benefício em suplementar vitamina D em indivíduos com DA e hipovitaminose D, já que foram encontradas evidências de que os níveis de vitamina D em pessoas com quadro grave de DA se mostra menor que naqueles com níveis intermediários (Fu *et al.*, 2022).

O Quadro 29 mostra os medicamentos disponíveis na REMUME (LONDRINA, 2025).

Quadro 29: Medicamentos disponíveis na REMUME, faixa etária recomendada, posologia e disponibilidade na Atenção Primária para DA.

Medicamentos disponíveis na REMUME	Faixa etária recomendada	Posologia	Disponibilidade na Atenção Primária
Dexametasona 0,1% 10g creme	Não há restrições	Pequena quantidade do creme no local afetado, 1 ou 2 vezes por dia, com semelhante eficácia	UBS
Loratadina comprimido 10mg	A partir de 2 anos	Acima de 12 anos ou com peso corporal acima de 30 kg, tomar um comprimido de loratadina (10 mg) uma vez por dia Não administrar mais de 1 comprimido em 24 horas	UBS
Loratadina 1mg/mL 100mL	A partir de 2 anos	Acima de 12 anos, tomar 10 ml de loratadina (10 mg) uma vez por dia. Crianças de 2 a 12 anos com peso corporal abaixo de 30 Kg, tomar 5 ml (5 mg) de loratadina uma vez por dia. Crianças com peso corporal acima de 30 Kg, tomar 10 ml (10 mg) de loratadina uma vez por dia Não administrar mais de 10 ml em 24 horas	UBS
Prometazina 25mg	A partir de 2 anos	A dose pediátrica recomendada é de 0,1mg/kg/dose de 6/6h ou 0,5mg/kg/dose ao deitar	Apenas na Farmácia Municipal e no Serviço de Atenção Domiciliar

Fonte: Autoria própria.

- **Quando encaminhar ao especialista focal (Alergista ou Dermatologista) (Chu et al., 2024; BRASIL, 2025):**

- Casos graves e/ou com infecção bacteriana subjacente sem resposta ao tratamento. Pode ser realizado também de forma eletiva nos seguintes casos:

- Incerteza diagnóstica
- Distúrbios de sono associados
- Prejuízos escolares ou outros prejuízos à qualidade de vida ou do desenvolvimento infantil que não respondam às medidas tomadas
- Atrofia de pele devido ao uso de corticoides tópicos;
- Suspeita de dermatite de deficiências imunológicas ou alergias alimentares; recorrência de quadros infecciosos.

RINITE ALÉRGICA

A rinite alérgica (RA) é uma doença respiratória caracterizada por inflamação da mucosa nasal, sendo entre a forma crônica a mais prevalente do mundo. É caracterizada pelos seguintes sintomas: espirros recorrentes, rinorreia aquosa e obstrução nasal (ABORL, 2024).

• Apresentação Clínica e Diagnóstico

O Quadro 30 expõe os sintomas típicos e sugestivos de RA.

Quadro 30: sintomas típicos e sugestivos de RA.

SINTOMAS TÍPICOS	SINTOMAS SUGESTIVOS
<ul style="list-style-type: none">- Secreção nasal- Diminuição do olfato- Obstrução nasal- Espirros em salvas- Prurido nasal, ocular ou na garganta periódicos	<ul style="list-style-type: none">- Respiração oral- Escurecimento periorbitário- Pregas infrapalpebrais- Rarefação do terço distal das sobrancelhas- Sulco nasal horizontal

Fonte: Adaptado de ABORL (2024) e Wandalsen *et al.* (2023).

Classificação (WISE *et al.*, 2023):

- RA intermitente: sintomas duram menos de 4 dias na semana.
- RA persistente: permanecem por mais de 4 dias na semana por pelo menos um mês.

O DIAGNOSTICO É CLÍNICO!

• **Tratamento não farmacológico**

- Controle ambiental, conforme o Quadro 31.

Quadro 31: Medidas de controle ambiental na RA

Controle ambiental	
Quartos ventilados, que batam sol.	
Trocar e lavar as roupas de cama com regularidade, se possível em altas temperaturas (> 55°C) secadas ao sol.	
Aspirar colchões.	
Evitar tapetes, cortinas, almofadas.	
Não encostar camas e berços na parede, em especial naquelas onde não bate sol e que estejam úmidas.	não
Evitar bichos de pelúcia, estantes de livros, revistas, caixas de papelão no quarto de dormir.	
Identificar mofo e umidade e eliminá-los, podendo ser usada solução com água sanitária para retirada dos mofos.	com
Evitar limpeza com vassoura, pois levanta pó; preferir passar pano úmido ou uso de aspirador com filtros especiais.	
Evitar animais de pelo e pena no quarto.	
Evitar infestações de ratos e baratas, evitar armazenamento de lixos em casa.	
Evitar produtos e perfumes na limpeza da casa e uso de desodorantes ou perfumes corporais em forma spray.	
Não fumar e os outros moradores da casa não podem fumar dentro dela.	
Evitar banhos extremamente quentes e oscilação da temperatura.	
Dar preferência a esportes e lazer ao ar livre, em períodos e épocas com menor circulação de pólen.	
Manter os filtros dos ar-condicionados limpos.	

Fonte: Adaptado de Sakano. *et al.* (2018) e Wandalsen. *et al.* (2023).

- **Tratamento farmacológico**

- **Anti-histamínicos H1:** são considerados a primeira linha no tratamento. Atuando no receptor histamínico H1, eles promovem alívio dos sintomas da fase imediata da rinite alérgica, como prurido nasal, coriza e espirros e os sintomas oculares associados. Além disso, melhoram a obstrução nasal, que é um sintoma tardio. Os de segunda geração causam poucos efeitos de sedação, pois atravessam muito pouco a barreira hematoencefálica. Ademais, têm um rápido tempo para início da ação. Estão disponíveis na formulação oral e nasal (ABORL, 2024; Sakano *et al.*, 2018; Wandalsen *et al.*, 2023).

- **Corticoides nasais (ABORL, 2024):** os medicamentos mais eficazes para todos os sintomas da RA. Seu uso melhora a qualidade de vida, de sono e a concentração durante o dia, pois melhoram sintomas como obstrução nasal, alterações olfatórias, coriza, prurido nasal, espirros e sintomas de conjuntivite alérgica.

- Início de ação: pode levar de 3 a 36 horas, e o controle clínico tende a ser rápido, no entanto, para controle de inflamação crônica, é necessário uso por no mínimo 60 a 90 dias.

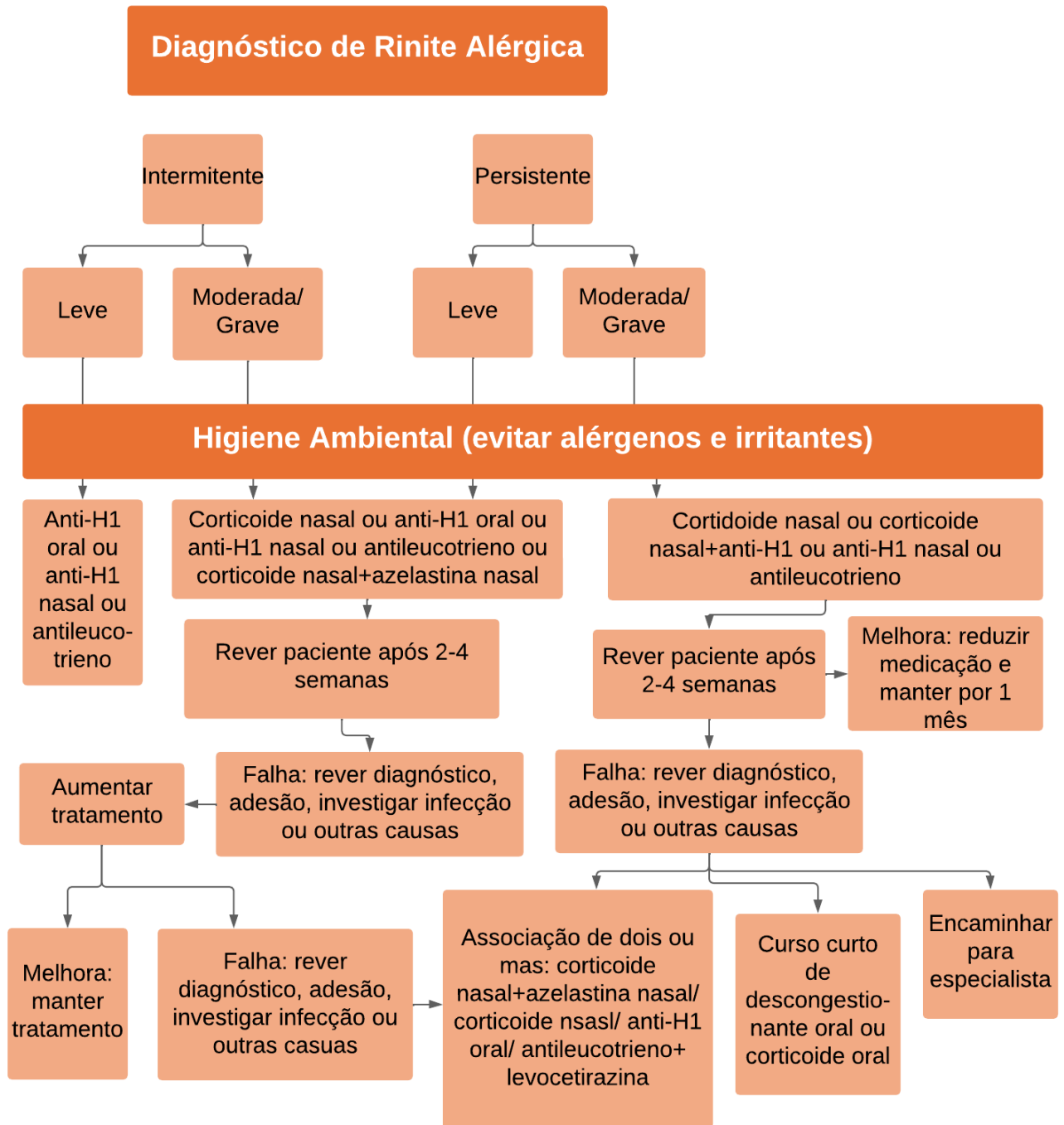
- Efeitos adversos: raramente ocorrem e são mais locais, como irritação, sangramento, espirros, ardência e ressecamento, que dependem da dose e da técnica. Efeitos sistêmicos são muito baixos devido à baixa biodisponibilidade sistêmica.

Mostraram-se superiores ao uso de anti-histamínicos orais no tratamento de sintomas de prurido e rinorreia, além de poderem ser um tratamento para epistaxe associada a rinite alérgica por trauma digital ou prurido (Teo *et al.*, 2023).

- **Lavagem nasal com solução salina:** é um tratamento acessível e muito difundido para diversas condições nasais. Na rinite alérgica tem papel adjuvante, pois promovem a remoção de secreções nasais e de mediadores inflamatórios, levando a melhora dos sintomas. A solução salina isotônica pode ser usada 1-2x ao dia e antes da aplicação dos medicamentos nasais tópicos (ABORL, 2024; Schweiger *et al.*, 2022; Sakano *et al.*, 2018).

Segue a Figura 12 com o tratamento da RA, o Quadro 32 com a idade das medicações e Quadro 33 com os medicamentos disponíveis na REMUME (LONDRINA, 2025).

Figura 12: Tratamento da rinite alérgica.



Fonte: adaptado de Duncan *et al.* (2022).

Quadro 32: Idade para uso das medicações.

Medicamento	Faixa etária recomendada
Corticoides nasais	
Dipropionato de beclometasona	Maiores de 6 anos
Budesonida	Maiores de 6 anos
Propionato de fluticasona	Maiores de 4 anos
Furoato de mometasona	Maiores de 2 anos
Furoato de fluticasona	A partir de 2 anos
Ciclesonida	Maiores de 6 anos
Triancinolona	A partir de 4 anos
Anti-histamínicos H1 de primeira geração	
Cetotifeno	A partir de 6 meses
Clemastina	A partir de 3 anos
Dexclorfeniramina	A partir de 2 anos
Hidroxizina	A partir de 6 meses
Prometazina	A partir de 2 anos
Anti-histamínicos H1 de segunda geração	
Cetirizina	A partir de 2 anos
Levocetirizina	A partir de 2 anos
Loratadina	A partir de 2 anos
Desloratadina	A partir de 6 meses
Ebastina	A partir de 2 anos
Epinastina	A partir de 6 anos
Fenoxifenadina	A partir de 6 meses
Rupatadina	A partir de 12 anos
Bilastina	A partir de 6 anos se > 20kg
Anti-histamínicos H1 tópicos	
Azelastina	Maiores de 5 anos

Fonte: Adaptado de Sakano *et al.* (2018).

Quadro 33: Medicamentos disponíveis na REMUME para rinite alérgica

Medicamento	Faixa etária recomendada	Posologia	Disponibilidade na APS
Budesonida 32mcg/dose suspensão aquosa nasal em spray c/ 120 doses	Maiores de 6 anos	Dose de 64 a 400mcg ao dia, 1 vez ao dia	UBS
Budesonida 64mcg/dose suspensão aquosa nasal em spray c/ 120 doses	Maiores de 6 anos	Dose de 64 a 400mcg ao dia, 1 vez ao dia	UBS
Loratadina 10mg comprimido	A partir de 2 anos	Acima de 12 anos ou com peso corporal acima de 30 kg, tomar um comprimido de loratadina (10 mg) uma vez por dia Não administrar mais de 1 comprimido em 24 horas	UBS
Loratadina 1mg/mL 100mL	A partir de 2 anos	Acima de 12 anos, tomar 10 ml de loratadina (10 mg) uma vez por dia Crianças de 2 a 12 anos com peso corporal abaixo de 30 Kg, tomar 5 ml (5 mg) de loratadina uma vez por dia. E crianças com peso corporal acima de 30 Kg, tomar 10 ml (10 mg) de loratadina uma vez por dia. Não administrar mais de 10 ml em 24 horas.	UBS
Prednisolona 3mg/mL 60mL sol oral	Não existem restrições de idade	Dose inicial pode variar de 0,14 a 2 mg/kg de peso por dia, ou de 4 a 60 mg por metro quadrado de superfície corporal por dia, administrados de 3 a 4 vezes por dia	Apenas no Pronto Atendimento Infantil e no Serviço de Atenção Domiciliar

Prednisona 5mg comprimido	Não existem restrições de idade	Dose de 0,14 mg a 2 mg/kg de peso por dia, ou de 4 mg a 60 mg por metro quadrado de superfície corporal por dia.	UBS
Prednisona 20mg comprimido	Não existem restrições de idade	Dose de 0,14 mg a 2 mg/kg de peso por dia, ou de 4 mg a 60 mg por metro quadrado de superfície corporal por dia	UBS
Prometazina 25mg comprimido	Maiores de 2 anos	Dose de 1mg/kg/dia, dividido em 2 a 3 vezes ao dia	Apenas na Farmácia Municipal e no Serviço de Atenção Domiciliar
Solução cloreto de sódio 0,9%	Não existem restrições de idade	Uso para lavagem nasal; para crianças menores de 6 meses, utilizar a seringa de 1 ml, realizando o volume de 1 ml por vez, sempre que houver obstrução nasal. Para crianças entre 6 meses de 6 anos, utilizar 3 a 20ml por vez, sempre que houver obstrução nasal. Para crianças acima de 7 anos, utilizar 10 a 20ml por vez.	UBS

Fonte: Autoria própria.

- **Quando encaminhar ao especialista focal (alergista ou otorrinolaringologista)**

Deve-se referenciar aos especialistas focais (Sakano *et al.*, 2018; Wandalsen *et al.*, 2023):

- Casos graves e/ou sem resposta ao tratamento disponível.
- Distúrbios de sono
- Prejuízos no aprendizado
- Respirador oral com consequências ortodônticas ou fonoaudiológicas
- Prejuízos significativos à qualidade de vida ou do desenvolvimento infantil.
- Necessidade de corticoides orais de forma persistente para controle dos sintomas.
- Associação com conjuntivite alérgica, sinusite crônica, otite média, pólipos nasais ou desvio de septo.

REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOS, Alex et al. A randomized, observer-blind, vehicle-control, multi-center clinical investigation for assessing the efficacy and tolerability of a 1% ectoine and hyaluronic acid 0.1%-containing medical device in pediatric patients with mild-to-moderate atopic dermatitis. **Pediatric dermatology**, v. 40, n. 1, p. 78-83, 2023

ARENS, Alisa; LANGE, Lars; STAMOS, Kristina. Epidemiology of food allergy. **Allergo Journal International**, v. 34, n. 5, p. 121-126, 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA (ASBAI). **Dia mundial da asma: tratamento inalatório**: acesso para todos [recurso eletrônico] / editores Herberto José Chong Neto; Maria de Fátima Epaminondas Emerson. 1. ed. Rio de Janeiro: ASBAI, 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL (ABORL-CCF). **V Consenso Brasileiro sobre Rinites – 2024**. São Paulo: ABORL-CCF, 2024. Disponível em: <https://d1xe7tfg0uwul9.cloudfront.net/aborlccf.org.br/wp-content/uploads/2024/09/17163545/ABORL-CCF-Consenso-Rinites-2024-e.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Dermatite Atópica**: relatório de recomendação (versão preliminar). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS). Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS). Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (CGPCDT). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2025/relatorio-preliminar-pcdt-da-dermatite-atopica-cp-57>. Acesso em: 20 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de recomendação: Protocolos & Diretrizes: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Asma (versão preliminar para consulta pública)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>. Acesso em: 3 jan. 2026.

CARVALHO, Vânia O. *et al.* Guia prático de atualização em dermatite atópica-Parte II: abordagem terapêutica. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Arquivos de Asma Alergia e Imunologia**, v. 1, n. 2, p. 157-182, 2017.

CHU, Derek K. *et al.* Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/American College of Allergy, Asthma and Immunology Joint Task Force on Practice Parameters GRADE- and Institute of Medicine-based recommendations. **Annals of Allergy, Asthma & Immunology**, [S.l.], v. 132, n. 3, p. 274-312, mar. 2024. DOI: 10.1016/j.anai.2023.11.009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anai.2023.11.009>. Acesso em: 20 jan. 2026.

DANBY, Simon G. *et al.* Enhancement of stratum corneum lipid structure improves skin barrier function and protects against irritation in adults with dry, eczema-prone skin. **British Journal of Dermatology**, v. 186, n. 5, p. 875-886, 2022.

DUNCAN, Bruce B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

FONTES, Maria Jussara Fernandes *et al.* Asma em menores de cinco anos: dificuldades no diagnóstico e na prescrição da corticoterapia inalatória. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 31, p. 244-253, 2005.

FRAZIER, Winfred; BHARDWAJ, Namita. Atopic dermatitis: diagnosis and treatment. **American Family Physician**, Leawood, v. 101, n. 10, p. 590-598, 15 maio 2020. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0515/p590.html>. Acesso em: 12 jan. 2026.

FU, Hongbo *et al.* Serum vitamin D level and efficacy of vitamin d supplementation in children with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. **Computational and Mathematical Methods in Medicine**, v. 2022, 2022.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). 2025 **GINA strategy report**: global strategy for asthma management and prevention. Fontana, WI: Global Initiative for Asthma, 2025. Disponível em: <https://ginasthma.org/2025-gina-strategy-report/>. Acesso em: 10 jan. 2026.

GOUDOURIS, Ekaterini Simões. *et al.* A Doença do Século XXI–Alergia: Perguntas e Respostas. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 2012

LANGAN, S. M.; IRVINE, A. D.; WEIDINGER, S. Atopic dermatitis. **The Lancet**, v. 396, n. 10247, p. 345-360, 1 ago. 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31286-1. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31286-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31286-1/fulltext). Acesso em: 18 jan. 2026.

LONDRINA (PR). Autarquia Municipal de Saúde. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)**. 5. ed. Londrina, PR: Autarquia Municipal de Saúde, 2025. Disponível em: https://saude.londrina.pr.gov.br/images/Farm%C3%A1cia/___REMUME_LONDRINA_5ed_2025_Final_-_Portaria.pdf. Acesso em: 11 jan. 2026.

LUYT, D. *et al.* BSACI guideline for the diagnosis and management of cow's milk allergy. **Clinical & Experimental Allergy**, v. 44, n. 5, p. 642-672, 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Atopic eczema in under 12s**: diagnosis and management: clinical guideline (CG57). London: NICE, 2025. Publicado em: 12 dez. 2007. Atualizado em: 22 set. 2025. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg57/resources/atopic-eczema-in-under-12s-diagnosis-and-management-pdf-975512529349>. Acesso em: 20 jan. 2026.

OLIVEIRA, L. C. L. de *et al.* **Atualização em Alergia Alimentar 2025**: posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná**. [recurso eletrônico]. [S. l.]: Secretaria de Estado da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/servicos/Saude/Farmacia-do-Parana/Consultar-medicamentos-da-Farmacia-do-Parana-aPo4Dmom>. Acesso em: 11 jan. 2026.

PERES, Gabriel. **Corticoterapia tópica**: conceitos, aplicações e principais apresentações disponíveis no Brasil. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, NEAD.TIS, 2018.

- PRADO, Evandro *et al.* Dermatite atópica grave: guia prático de tratamento da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. **Arquivos de Asma Alergia e Imunologia**, v. 6, n. 4, p. 432-467, 2022.
- SAEKI, Hidehisa *et al.* Executive summary: Japanese guidelines for atopic dermatitis (ADGL) 2024. **Allergology International**, [S.l.], v. 74, n. 2, p. 210-221, abr. 2025. DOI: 10.1016/j.alit.2025.01.003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.alit.2025.01.003>. Acesso em: 20 jan. 2026.
- SAKANO, Eulalia *et al.* IV Consenso Brasileiro sobre Rinite-atualização em rinite alérgica. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 84, p. 3-14, 2018.
- SAMPSON, Hugh A. *et al.* AAAAI–EAACI PRACTALL: standardizing oral food challenges—2024 update. **Pediatric Allergy and Immunology**, v. 35, n. 11, p. e14276, 2024
- SÁNCHEZ, Jorge *et al.* Consenso de tratamiento de la dermatitis atópica en atención primaria: resolviendo mitos y leyendas a partir de la evidencia. **Revista Alergia México**, Cidade do México, v. 71, n. 4, p. 248-259, dez. 2024. DOI: 10.29262/ram.v71i4.1425. Disponível em: <https://doi.org/10.29262/ram.v71i4.1425>. Acesso em: 20 jan. 2026.
- SANTOS, A. F. *et al.* EAACI guidelines on the management of IgE-mediated food allergy. **Allergy**, v. 80, n. 1, p. 14, 2024.
- SCHWEIGER, Claudia *et al.* Manual de lavagem nasal na criança e no adulto. **Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial**. São Paulo: ABORLCCF, 2022. Disponível em: https://aborlccf.org.br/wp-content/uploads/2022/11/1669816618_Manual_de_lavagem_nasal-v2.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.
- SILVERBERG, J. I. *et al.* Patient burden and quality of life in atopic dermatitis in US adults: A population-based cross-sectional study. **Annals of Allergy, Asthma & Immunology**, v. 121, n. 3, p. 340-347, set. 2018. DOI: 10.1016/j.anai.2018.07.006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30025911/>. Acesso em: 18 jan. 2026.
- TEO, Wan-Yee *et al.* Outcome of childhood epistaxis with treatment of allergic rhinitis: a randomized controlled study. **European Journal of Pediatrics**, v. 182, n. 3, p. 1127-1135, 2023.
- WANDALSEN, Gustavo Falbo *et al.* Rinite alérgica na Infância e Adolescência: guia prático de atualização. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, n. 125, p. 1-22, 2023.
- WILLIAMS, H. C. *et al.* The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. **British Journal of Dermatology**, v. 131, n. 3, p. 383-396, set. 1994. DOI: 10.1111/j.1365-2133.1994.tb08530.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7918015/>. Acesso em: 18 jan. 2026.
- WISE, Sarah K. *et al.* International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis - 2023. **International Forum of Allergy & Rhinology**, v. 13, n. 4, p. 293-859, abr. 2023. DOI: 10.1002/alr.23090. Disponível em: Acesso em: 1 fev. 2026.