

**NORMA TÉCNICA 10/2012**  
**ASMA PERSISTENTE GRAVE EM PEDIATRIA**

**Introdução**

Asma é uma doença heterogênea, geralmente caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas inferiores. É definida por história clínica de sintomas respiratórios de sibilância, dificuldade em respirar e sensação de opressão torácica e tosse que variam no decorrer do tempo e em intensidade, associada a limitação variável de fluxo aéreo expiratório (Global Initiative for Asthma – GINA; 2018).

**Código Internacional da Doença (CID-10)**

J 45.0 – Asma Predominantemente Alérgica

**Medicamento**

Salmeterol, xinafoato + Fluticasona aerossol 25 + 125 mcg/dose  
Salmeterol, xinafoato + Fluticasona pó para inalação oral 50 + 250 mcg/dose  
Dose Máxima – 100 mcg/500 mcg duas vezes ao dia.

**Critérios de Inclusão**

Residir no estado de Pernambuco;  
Ser acompanhado por médico especialista (Pneumologista ou Alergologista) vinculados às unidades de saúde ou credenciadas à rede SUS;  
Pacientes com idade à partir de 4 anos;  
Asma mal ou parcialmente controlada apesar de medicação adequada com: Sintomas diurnos > 2 vezes por semana  
Sintomas noturnos > 2 vezes por semana Necessidade de  $\beta_2$  –adrenérgico de alívio > 2 vezes por semana VEF1 < 80% do previsto

**Critérios de Exclusão**

Não atendimento aos critérios de inclusão acima descritos;  
Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;

**Documentos a serem apresentados**

**1. Documentos Pessoais (Cópias)**

**Solicitação inicial**

- Carteira de Identidade – RG
- Cadastro de Pessoa Física – CPF
- Cartão Nacional de Saúde – CNS
- Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência)
- Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

**2. Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)**

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<b>LME</b> - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); <b>Receita Médica</b> , com posologia para 3 (três) meses de tratamento;	<b>LME</b> - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); <b>Receita Médica</b> , com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <b>Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente,</b>

	informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.
--	---

### 3. Exames (Cópias)

Solicitação inicial	Renovação a cada 12 (doze) meses
Pico de Fluxo Respiratório ou Espirometria com Prova Broncodilatadora em crianças à partir de 5 anos de idade.	Pico de Fluxo Respiratório ou Espirometria com Prova Broncodilatadora em crianças à partir de 5 anos de idade.

### Revisões

Data	Rev	Atualização	Revisores
09/2018	02	Mudança do layout	CEFT e CAFT
11/2017	01	Aprovação da Norma	CEFT
08/2017	01	Atualização	CAFT
12/2012	00	Aprovação da Norma	CEFT
11/2012	00	Criação da Norma	CAFT e CEFT