

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

ATIVIDADE FÍSICA NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE COM ASMA

Texto divulgado em 01/07/26

Relatores*

Hélida Torres

Marcelo Bernasconi Daniel

Roberto Bittar

Núcleo de Estudos da Prática de Atividade Física e Esportes da SPSP

Introdução

A asma é a doença crônica mais comum na infância e uma das principais causas de morbidade pediátrica em todo o mundo. No Brasil, estima-se que a prevalência de asma em crianças e adolescentes varie entre 10% e 25%, com impacto significativo sobre a qualidade de vida, o desempenho escolar e a participação em atividades físicas e sociais.

Caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas, hiper-responsividade brônquica e obstrução variável ao fluxo aéreo, a asma se expressa clinicamente por episódios recorrentes de tosse, sibilância, dispneia e opressão torácica. Em indivíduos fisicamente ativos, a atividade física pode desencadear sintomas respiratórios, especialmente quando existe asma prévia ou broncoespasmo induzido pelo exercício. O exercício físico é um dos principais desencadeantes de

sintomas na asma – fenômeno denominado broncoconstrição induzida pelo exercício (BIE) – e constitui uma das razões mais frequentes pelas quais crianças e adolescentes com asma se afastam da prática de atividade física.

As infecções virais respiratórias constituem outro desencadeante relevante de sintomas na asma e podem impactar diretamente o desempenho esportivo. A inflamação das vias aéreas provocada por vírus respiratórios agrava o risco de broncoespasmo induzido pelo exercício e compromete a capacidade ventilatória. Diante de sintomas respiratórios infecciosos, é fundamental considerar o repouso temporário, respeitar o tempo de recuperação e avaliar o risco de contágio no ambiente esportivo.

Paradoxalmente, a inatividade física em crianças e adolescentes com asma gera um ciclo vicioso: o descondicionamento físico aumenta a percepção de dispneia aos esforços, amplifica o medo do exercício – tanto da criança quanto da família – e contribui para piores desfechos clínicos. Estudos demonstram que crianças com asma apresentam, em média, menores níveis de atividade física, menor aptidão cardiorrespiratória e maior comportamento sedentário do que seus pares sem a doença.

Evidências crescentes demonstram que a prática regular e orientada de exercício físico é segura, benéfica e deve ser parte integrante do manejo da asma na infância. O pediatra ocupa posição estratégica para identificar barreiras, desmistificar medos, orientar famílias e prescrever exercício de forma segura e individualizada.

O presente documento tem por objetivo fornecer ao pediatra subsídios práticos para a promoção da atividade física em crianças e adolescentes com asma, abordando os mecanismos da broncoconstrição induzida pelo exercício, os

benefícios do exercício, as barreiras à participação, as modalidades recomendadas e as estratégias de manejo preventivo.

Broncoconstrição induzida pelo exercício: fisiopatologia e diagnóstico

A broncoconstrição induzida pelo exercício (BIE) é definida como a redução transitória do fluxo aéreo que ocorre durante ou, mais frequentemente, após o exercício físico. Estima-se que ocorra em 40% a 90% dos indivíduos com asma e em 5% a 10% da população sem diagnóstico de asma. O mecanismo central envolve a hiperventilação durante o exercício, que provoca ressecamento e resfriamento da mucosa das vias aéreas, desencadeando a liberação de mediadores inflamatórios – histamina, leucotrienos e prostaglandinas – que levam à contração da musculatura lisa brônquica.

Clinicamente, a BIE se manifesta tipicamente durante 5 a 10 minutos após o término do exercício, com tosse, sibilância, dispneia e opressão torácica, com resolução espontânea em 30 a 60 minutos. Esses sintomas costumam surgir principalmente em exercícios aeróbicos intensos e ambientes secos.

O diagnóstico da BIE é, em geral, clínico, baseado na avaliação detalhada dos sintomas associados ao exercício – tosse, sibilância, dispneia e opressão torácica que surgem durante ou após o esforço, com resolução espontânea. O teste de broncoprovocação por exercício – realizado em laboratório com protocolo padronizado de corrida em esteira ou cicloergômetro, com medidas espirométricas seriadas – é considerado o método de referência, sendo indicado quando há dúvida diagnóstica. Queda do $VEF_1 \geq 10\%$ em relação ao valor basal confirma o diagnóstico. É fundamental distinguir a BIE de outras causas de dispneia ao esforço em crianças e adolescentes, como a obstrução laríngea

induzida pelo exercício (EILO — Exercise-Induced Laryngeal Obstruction, antes denominada disfunção de prega vocal), o descondicionamento físico, a obesidade, as cardiopatias e as causas psicogênicas. A EILO é particularmente subdiagnosticada em adolescentes atletas e deve ser considerada quando os sintomas não respondem ao broncodilatador, predominam na inspiração ou se localizam na região cervical.

Benefícios da atividade física na asma

Benefícios físicos

A prática regular de exercício aeróbico em crianças e adolescentes com asma está associada a melhora da aptidão cardiorrespiratória (VO_2 pico), redução da frequência e da gravidade dos sintomas, diminuição do número de exacerbações, menor necessidade de medicação de resgate e redução do número de consultas de urgência e hospitalizações. O exercício regular também contribui para a redução da inflamação sistêmica, melhora da função pulmonar e controle ponderal – dado relevante, considerando que a obesidade é fator de risco para pior controle da asma.

Benefícios cognitivos e emocionais

Crianças e adolescentes com asma apresentam maior prevalência de ansiedade e depressão em comparação à população geral, frequentemente associadas ao medo do exercício, ao estigma da doença e às limitações impostas pela condição. A atividade física regular contribui para a melhora do humor, redução da ansiedade, fortalecimento da autoestima e da autoconfiança e melhor percepção de controle sobre a doença, favorecendo a adesão ao tratamento e a autonomia.

Benefícios sociais

A participação em atividades físicas coletivas – esportes, brincadeiras, aulas de educação física – favorece a integração social, o desenvolvimento de habilidades socioemocionais e o senso de pertencimento. O afastamento dessas atividades por conta da asma pode resultar em isolamento social, absenteísmo escolar e prejuízo ao desenvolvimento global da criança. Promover a inclusão plena na escola e no esporte é, portanto, uma das metas do cuidado pediátrico à criança com asma.

Barreiras à prática de atividade física na asma

Múltiplos fatores contribuem para os baixos níveis de atividade física em crianças e adolescentes com asma. O medo da crise – tanto da criança quanto de pais e cuidadores – constitui a barreira mais frequentemente relatada. A percepção de que o exercício é perigoso leva à restrição da participação, muitas vezes de forma desnecessária. A falta de conhecimento sobre a BIE e sobre estratégias preventivas, bem como a dificuldade de acesso a inaladores na escola, contribuem para esse cenário.

No nível escolar, a falta de capacitação dos professores de educação física para lidar com alunos com asma, a ausência de protocolos institucionais para manejo de crises e a indisponibilidade de medicação de resgate nas dependências escolares são barreiras relevantes. No âmbito comunitário, fatores socioeconômicos, insegurança nos bairros e limitação de acesso a espaços e programas esportivos afetam de forma desproporcional famílias de menor renda.

Profissionais de saúde também reconhecem que o tempo disponível nas consultas é insuficiente para abordar de forma adequada a promoção da atividade física, com tendência a priorizar os aspectos farmacológicos do tratamento. A orientação sobre exercício ainda é pouco sistematizada no seguimento de crianças com asma na atenção primária e especializada.

Recomendações para prática de atividade física

De modo geral, crianças e adolescentes com asma bem controlada devem seguir as mesmas recomendações de atividade física que seus pares sem a doença: ao menos 60 minutos diários de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, incluindo exercícios aeróbicos, de fortalecimento muscular e de desenvolvimento motor, respeitando as particularidades clínicas individuais.

O controle adequado da asma é pré-requisito fundamental para a participação plena em atividades físicas. Crianças com asma não controlada ou parcialmente controlada apresentam maior risco de BIE e exacerbações durante o exercício. Portanto, a revisão do tratamento farmacológico – incluindo adesão ao corticoide inalatório e adequação do dispositivo inalatório – deve preceder qualquer programa de exercício estruturado.

Em pacientes asmáticos é fundamental manter o controle adequado da doença, seguir o tratamento prescrito e reconhecer precocemente sinais de agravamento e de quadros virais. Medidas preventivas, como vacinação contra influenza, higiene das mãos e evitar exposição a pessoas sintomáticas, também ajudam a reduzir o risco de crises desencadeadas por infecções respiratórias.

O aquecimento adequado antes do exercício – de 10 a 15 minutos de atividade de intensidade progressiva – é uma estratégia simples e eficaz para reduzir a BIE, por induzir um período refratário que protege contra a broncoconstrição subsequente. O desaquecimento ao final da atividade também deve ser realizado de forma gradual.

O manejo envolve controle da inflamação brônquica e estratégias preventivas para a prática esportiva.

Quadro 1. Estratégias de prevenção da broncoconstrição induzida pelo exercício

Estratégia	Detalhes / Recomendação
Aquecimento gradual	10–15 minutos de atividade progressiva antes do exercício principal; induz período refratário protetor.
Desaquecimento gradual	Redução progressiva da intensidade ao final do exercício para evitar broncoespasmo pós-esforço.
Medicação pré-exercício	Opção preferencial (GINA Track 1): ICS-formoterol em dose baixa conforme necessário (ex.: budesonida-formoterol 100/6 mcg, 1 inalação), 15 min antes do exercício. Alternativa: SABA (salbutamol 200 mcg) ou ICS-SABA, com espaçador. Atenção: desenvolve-se tolerância ao efeito

	protetor de SABA e LABA com uso regular (>1×/dia). Ver Quadro 2.
Controle do ambiente	Evitar exercício em ambientes frios e secos, com poluição elevada ou alta concentração de alérgenos. Utilizar aplicativos de monitoramento da qualidade do ar (ex.: IQAir, BreezoMeter, plataforma Qualar da Cetesb) para planejar horários e locais de treino com menor exposição a poluentes.
Respiração nasal	Preferir respiração nasal, que aquece e umidifica o ar; uso de máscara/bufanda em dias frios.
Controle da asma base	Adesão ao corticoide inalatório diário é a estratégia mais eficaz e prioritária de prevenção da BIE.
Montelucaste pré-exercício	Alternativa ao ICS-formoterol ou ao SABA: tomado 1–2 horas antes do exercício, quando indicado pelo médico. Pode ser útil em casos de intolerância ou indisponibilidade de ICS-formoterol.
Condicionamento físico progressivo	Programa regular de exercício reduz a BIE ao longo do tempo por melhora da aptidão cardiorrespiratória.

Medicação pré-exercício: opções atualizadas conforme GINA 2025

As diretrizes GINA 2025 recomendam que a principal estratégia para redução da BIE é o tratamento regular com corticosteroide inalatório (CI), que reduz significativamente o broncoespasmo induzido pelo exercício (Evidência A). Para pacientes que necessitam de medicação antes do exercício, a abordagem preferencial (Track 1 GINA) utiliza ICS-formoterol em dose baixa conforme necessário – a mesma medicação já prescrita como resgatador anti-inflamatório –, dispensando a necessidade de um SABA separado para uso pré-exercício (Evidência B). SABA, LABA e cromonas antes do exercício também previnem a BIE (Evidência A), porém desenvolve-se tolerância aos seus efeitos protetores com uso regular (mais de uma vez ao dia).

Quando e como indicar a medicação pré-exercício:

A medicação pré-exercício está indicada nas seguintes situações:

- Criança/adolescente (≥ 12 anos) em Track 1 GINA (ICS-formoterol conforme necessário): usar a mesma medicação (ex.: budesonida-formoterol 100/6 mcg, 1 inalação) 15 min antes do exercício – não há necessidade de prescrever SABA separado;
- Criança/adolescente em Track 2 GINA (ICS-SABA conforme necessário): usar a combinação ICS-SABA prescrita antes do exercício, garantindo proteção anti-inflamatória associada;
- Quando ICS-formoterol não estiver disponível: SABA isolado (salbutamol 200 mcg com espaçador, 15 min antes) continua como alternativa válida, preferencialmente associado a CI de manutenção;

- Crianças 6–11 anos em MART: podem usar ICS-formoterol como resgatador antes do exercício (budesonida-formoterol 100/6 mcg, máximo de 4 inalações por ocasião, 8 por dia). Adolescentes atletas competitivos: confirmar diagnóstico de BIE com documentação espirométrica, verificar regulamentação antidoping (ver detalhes no Quadro 2) e considerar necessidade de TUE para corticoides sistêmicos.

Quando NÃO usar SABA isolado pré-exercício como estratégia principal:

Conforme as diretrizes GINA 2025, o tratamento da asma não deve se basear apenas em SABA. O uso frequente ou diário de SABA pré-exercício não deve ser incentivado como substituto do controle adequado da asma. Se a criança necessita de medicação antes de toda atividade física, isso frequentemente indica asma mal controlada – e o tratamento de base deve ser reavaliado (CI, técnica inalatória, adesão). O uso excessivo de SABA (≥ 3 cartuchos de 200 doses/ano) é fator de risco para exacerbações graves. A abordagem preferencial é a prescrição de ICS-formoterol como resgatador anti-inflamatório (AIR), que pode ser usado tanto para alívio de sintomas quanto como pré-exercício, eliminando a necessidade de SABA isolado. Desenvolve-se tolerância ao efeito protetor do SABA e do LABA com uso regular (mais de uma vez ao dia) (Evidência A).

Como orientar o uso correto:

- ICS-formoterol (opção preferencial, Track 1 GINA): budesonida-formoterol em dose baixa (ex.: 100/6 mcg DPI), 1 inalação 15 min antes do exercício. Se

usar SABA: salbutamol 200 mcg (2 jatos de 100 mcg) por MDI com espaçador, 15 min antes;

- O espaçador é obrigatório em crianças menores (em geral até 6–8 anos) e altamente recomendado em todas as faixas etárias para garantir a deposição pulmonar adequada;
- A proteção proporcionada pelo SABA dura de 2 a 3 horas (podendo estender-se até 4 horas, porém com declínio progressivo); a do formoterol, de até 12 horas. Dose máxima temporária diária de ICS-formoterol: 12 inalações para ≥ 12 anos, 8 inalações para 6–11 anos (soma de manutenção + resgate);
- O inalador deve estar disponível durante a atividade – na mochila da criança, na escola ou com o responsável presente – também para uso de resgate, caso ocorram sintomas durante ou após o exercício.

Quadro 2. Quando indicar medicação pré-exercício: roteiro prático para o pediatra (atualizado conforme GINA 2025)

✓ Situação	Conduta recomendada
Asma bem controlada com CI + história de BIE em exercício intenso	Preferencial: ICS-formoterol 15 min antes do exercício (Track 1 GINA). Alternativa: SABA ou ICS-SABA pré-exercício. Manter CI diário.

Asma não controlada com sintomas frequentes durante o exercício	Otimizar tratamento de base com CI (verificar técnica inalatória e adesão). BIE persistente indica asma mal controlada. Considerar escalonamento para MART (ICS-formoterol manutenção + resgate).
BIE isolada (sem asma persistente), confirmada ou clinicamente sugerida	Indicar ICS-formoterol conforme necessário pré-exercício (Track 1 GINA, Steps 1–2). Se indisponível, SABA pré-exercício. Monitorar evolução.
Criança que usa SABA antes de TODA atividade física (ou uso excessivo de SABA ≥ 3 cartuchos/ano)	Sinal de alerta: revisar controle da asma, técnica inalatória e adesão ao CI. Considerar transição para ICS-formoterol conforme necessário (Track 1 GINA), eliminando uso de SABA isolado.
Adolescente atleta em competição	Confirmar diagnóstico de BIE com documentação espirométrica (obrigatória para atletas competitivos). ICS-formoterol ou SABA pré-exercício. SABA inalatório permitido pela WADA até 1.600 mcg/24h (salbutamol); formoterol inalatório até 54 mcg/24h. CI inalatório: permitido sem restrição.

	Corticoide sistêmico: requer TUE (Therapeutic Use Exemption). Consultar lista atualizada WADA antes de competições.
Atividade em ambiente adverso (frio, poluição, pólen)	Considerar ICS-formoterol ou SABA preventivo mesmo em crianças sem BIE habitual, se histórico sugestivo. ICS-formoterol confere proteção anti-inflamatória adicional.

BIE: broncoconstrição induzida pelo exercício; CI: corticoide inalatório; SABA: broncodilatador de ação curta (Short-Acting Beta2-Agonist); LABA: broncodilatador de ação longa; ICS-formoterol: combinação de corticoide inalatório com formoterol; MART: terapia de manutenção e resgate com ICS-formoterol; AIR: resgatador anti-inflamatório (Anti-Inflammatory Reliever); GINA: Global Initiative for Asthma.

Treinamento muscular inspiratório (TMI)

Evidências emergentes sugerem que o treinamento da musculatura inspiratória pode ser uma estratégia complementar no manejo da BIE. Estudos recentes demonstram que programas de TMI com carga progressiva (tipicamente 50%–80% da pressão inspiratória máxima, 30 respirações, 2×/dia, por 6–12 semanas) podem reduzir a percepção de dispneia ao esforço, melhorar a tolerância ao exercício e diminuir a queda do VEF₁ pós-exercício em crianças e adolescentes com asma. Embora os dados ainda sejam limitados em tamanho

amostral, o TMI representa uma intervenção não farmacológica promissora, de baixo custo e fácil implementação, que pode ser integrada ao programa de condicionamento físico do paciente com asma.

Modalidades esportivas recomendadas

Não há modalidade esportiva formalmente contraindicada para crianças com asma controlada. A escolha da atividade deve considerar a preferência da criança, a faixa etária, o nível de condicionamento físico e as características do ambiente. Algumas modalidades, porém, apresentam características fisiológicas mais favoráveis para indivíduos com asma:

Natação: historicamente considerada a atividade mais bem tolerada por crianças com asma, devido ao ambiente úmido e aquecido das piscinas cobertas, que reduz a perda hídrica e de calor das vias aéreas. Estudos demonstram melhora significativa da aptidão cardiorrespiratória, da função pulmonar e da qualidade de vida. Contudo, evidências consistentes (Bernard et al., Carbonnelle et al.) demonstram que a exposição crônica a subprodutos da cloração – especialmente tricloramina (NCl_3) – em piscinas cobertas com tratamento convencional por cloro está associada ao aumento da hiper-responsividade brônquica, inflamação das vias aéreas e maior incidência de asma/BIE em nadadores de alto rendimento. O risco é proporcional ao tempo de exposição acumulada e à ventilação acima da superfície da água.

Recomendações práticas: preferir piscinas ao ar livre ou com boa ventilação; dar preferência a sistemas de tratamento alternativos (ozônio, sal/eletrólise, UV) quando disponíveis; limitar o tempo de permanência em piscinas cobertas com forte odor de cloro; evitar treinos imediatamente após hipercloração da água. Para a natação recreativa e de condicionamento em frequência moderada, os

benefícios à saúde respiratória superam os riscos na maioria das crianças com asma.

Ciclismo e caminhada: atividades de intensidade progressiva e ritmo controlado, que permitem ajuste individualizado da carga, com menor risco de BIE do que atividades de alta intensidade intermitente.

Esportes coletivos e artes marciais: plenamente acessíveis a crianças com asma controlada, com os devidos cuidados de aquecimento e disponibilidade do broncodilatador de resgate. A participação nesses esportes traz benefícios motores, cognitivos e sociais relevantes e deve ser ativamente estimulada.

Esportes de raquetes: essa modalidade costuma apresentar dinâmica intermitente, alternando momentos de esforço com breves pausas entre os pontos. Esse padrão favorece melhor adaptação ventilatória quando comparado a exercícios aeróbicos contínuos e muito prolongados.

Atividades de alta intensidade contínua em ambientes frios e secos – como corrida de longa distância ao ar livre no inverno – tendem a ser mais desencadeantes de BIE e podem requerer adaptações ou precauções adicionais. O pediatra e o profissional de educação física devem orientar a família de forma individualizada.

Considerações especiais para pré-escolares (< seis anos)

A faixa etária abaixo de seis anos apresenta particularidades que merecem abordagem específica no contexto da atividade física e da sibilância recorrente. O pediatra deve considerar os seguintes aspectos:

Sibilância viral vs. asma: Em pré-escolares, a sibilância desencadeada por infecções virais é frequente e nem sempre equivale a asma. A distinção entre sibilância viral transitória, sibilância recorrente com múltiplos desencadeantes e asma atópica estabelecida é fundamental antes de se definir estratégias de manejo para exercício. O diagnóstico de asma nessa faixa etária baseia-se predominantemente no padrão clínico (frequência e gravidade dos episódios, presença de atopia pessoal e familiar, resposta terapêutica ao CI), uma vez que testes de função pulmonar e broncoprovocação geralmente não são viáveis antes dos seis anos.

Dificuldade diagnóstica da BIE: O diagnóstico formal de BIE em pré-escolares é desafiador, pois a criança raramente descreve seus sintomas com precisão, a espirometria não é realizável na rotina e o teste de broncoprovocação por exercício é de difícil execução nessa idade. A suspeita clínica se apoia na observação de tosse, sibilância ou interrupção da brincadeira durante ou após atividades de maior intensidade, associada à melhora com broncodilatador. O relato dos pais e dos educadores é essencial para identificar o padrão dos sintomas.

Dispositivo inalatório: espaçador com máscara: Em crianças menores de quatro anos, o uso de inalador pressurizado (MDI) com espaçador valvulado e máscara facial é obrigatório para garantir deposição pulmonar adequada, tanto para medicação de manutenção (CI) quanto para resgate (SABA) antes ou durante a atividade. Acima de quatro anos, pode-se iniciar a transição para espaçador com bocal, conforme a cooperação da criança. A GINA 2025 ressalta que estudos com ICS-formoterol em crianças ≤ 5 anos estão em andamento, e não há ainda recomendação formal para uso de AIR ou MART nessa faixa etária – o manejo segue com CI regular + SABA conforme necessidade.

Atividades apropriadas: A atividade física para pré-escolares deve priorizar brincadeiras estruturadas, jogos lúdicos e exercícios de motricidade global (correr, pular, escalar, dançar), respeitando o caráter intermitente e espontâneo da movimentação nessa idade – o que, por si, já confere menor risco de BIE em comparação ao exercício aeróbico contínuo e prolongado. A natação em ambiente aquecido e úmido permanece como opção particularmente favorável. A recomendação da OMS para crianças de 3–4 anos é de pelo menos 180 minutos diários de atividade física de qualquer intensidade, dos quais pelo menos 60 minutos de intensidade moderada a vigorosa. Crianças com sibilância recorrente bem controlada devem ser estimuladas a participar plenamente das atividades, com o inalador de resgate acessível ao cuidador.

Quadro 3. Retorno à atividade física após infecção respiratória viral (return-to-play)

Situação clínica	Conduta para retorno ao exercício
Sintomas “acima do pescoço” (coriza, odinofagia leve, congestão nasal, sem febre)	Atividade leve a moderada liberada, com monitoramento dos sintomas. Reduzir intensidade e duração. Usar medicação pré-exercício se indicado. Interromper se houver piora dos sintomas respiratórios.

Febre, sintomas sistêmicos ou dispneia (febre, mialgia, prostração, tosse produtiva, sibilância, taquipneia)	Repouso completo até 24–48h afebril sem antipiréticos. Retorno gradual: iniciar com 50% da intensidade habitual, progredindo ao longo de 3–5 dias. Reavaliar controle da asma antes de liberar atividade plena. Evitar treinos em grupo enquanto houver risco de contágio.
Exacerbação de asma durante IVAS (uso de CO sistêmico, ida a PS, hospitalização)	Liberação somente após reavaliação médica com espirometria (quando disponível). Retorno em 7–14 dias com progressão supervisionada. Revisar plano de controle da asma e adequação do CI.

IVAS: infecção de vias aéreas superiores; CO: corticoide oral; PS: pronto-socorro; CI: corticoide inalatório. Adaptado do conceito “neck check” (regra do pescoço) para atletas.

O papel do pediatra na promoção da atividade física

O pediatra é o profissional mais bem posicionado para orientar, encorajar e prescrever atividade física para crianças e adolescentes com asma. Em cada consulta de seguimento, recomenda-se avaliar o nível de atividade física da criança, identificar barreiras percebidas pela família, reforçar que a asma bem controlada não é impeditivo para a prática esportiva e oferecer orientações práticas sobre prevenção da BIE.

A educação da família é componente central dessa abordagem: pais e cuidadores devem compreender a diferença entre a dispneia fisiológica do exercício e os sintomas da BIE, saber como utilizar o broncodilatador de resgate de forma preventiva e conhecer os sinais de alerta que indicam necessidade de interrupção da atividade e avaliação médica. A escola – especialmente os professores de educação física – deve ser incluída nesse processo, com orientações escritas claras sobre o manejo da asma durante as aulas. Recomenda-se fornecer à escola um checklist simplificado de ação para a asma (plano de ação de uma página), contendo: identificação do aluno, medicação de resgate prescrita com dose e técnica inalatória, sinais de alerta para interrupção da atividade, contatos de emergência e autorização para administração de medicação pelo professor ou enfermeiro escolar.

Considerando a maior prevalência de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes com asma, especialmente naqueles com limitação à atividade física, o pediatra deve incorporar ao seguimento um rastreio breve de saúde mental. Instrumentos validados como o PHQ-A (Patient Health Questionnaire for Adolescents) e o GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) podem ser aplicados de forma rápida em consultas de rotina, permitindo identificar precocemente adolescentes que necessitem de suporte psicológico ou encaminhamento especializado. A abordagem da saúde mental é parte indissociável do cuidado integral ao jovem com asma que pratica atividade física.

A atuação integrada entre pediatra, pneumopediatra, profissional de educação física e escola é fundamental para garantir a inclusão plena da criança com asma nas atividades físicas e esportivas, com segurança, continuidade e benefícios a longo prazo.

No esporte, cuidar da saúde respiratória também faz parte da estratégia de performance.

Conclusão

A atividade física regular é segura, benéfica, quando a doença está adequadamente controlada, e deve ser parte integrante do cuidado à criança e ao adolescente com asma. O medo do exercício – da criança, da família e, por vezes, dos próprios profissionais de saúde – ainda representa a principal barreira à participação plena nessa população. Superar essa barreira requer educação, informação qualificada e uma abordagem proativa por parte do pediatra. O diagnóstico correto e o manejo apropriado permitem manter desempenho esportivo, qualidade de vida e segurança durante a prática de exercícios.

Com asma controlada, aquecimento adequado, disponibilidade de broncodilatador de resgate e orientação individualizada, a grande maioria das crianças com asma pode e deve praticar atividades físicas com segurança, desfrutando de todos os benefícios que o exercício proporciona ao desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social.

A Sociedade de Pediatria de São Paulo destaca que diagnósticos e terapêuticas publicados neste documento científico são exclusivamente para ensino e utilização por médicos.

Referências

1. Cooper DM, Bar-Yoseph R, Olin JT, Lovinsky-Desir S, Radom-Aizik S. Exercise, physical activity, and respiratory health and disease in pediatrics. In: Wilmott RW, Deterding R, Li A, et al., eds. *Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 182–205.
2. McDowell KM, Mokhallati N. Wheezing in older children: asthma. In: Wilmott RW, Deterding R, Li A, et al., eds. *Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 654–700.
3. Liu AH, Bacharier LB, Fitzpatrick AM, Sicherer SH. Childhood asthma. In: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, et al., eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 1385–1415.
4. Jago R, Searle A, Henderson AJ, Turner KM. Designing a physical activity intervention for children with asthma: a qualitative study of the views of healthcare professionals, parents and children with asthma. *BMJ Open*. 2017;7(1):e014020.
5. Kornblit A, Cain A, Bauman LJ, Brown N, Reznik M. Barriers to physical activity in urban school children with asthma: parental perspective. *Acad Pediatr*. 2018;18(3):310-316.
6. Global Initiative for Asthma (GINA). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Updated 2025. Disponível em: <https://ginasthma.org>

7. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma – 2020. J Bras Pneumol. 2020;46(1):e20190307.
8. Lochte L, Nielsen KG, Petersen PE, Platts-Mills TAE. Childhood asthma and physical activity: a systematic review with meta-analysis and Graphic Appraisal Tool for Epidemiology assessment. BMC Pediatr. 2016;16:50.
9. Del Giacco SR, Firinu D, Bjermer L, Carlsen KH. Exercise and asthma: an overview. Eur Clin Respir J. 2015;2(1):27984.
10. Weiler JM, Brannan JD, Randolph CC, et al. Exercise-induced bronchoconstriction update – 2016. J Allergy Clin Immunol. 2016;138(5):1292–1295.
11. Pruteanu AI, Chauhan BF, Zhang L, Prietsch SOM, Ducharme FM. Inhaled corticosteroids in children with persistent asthma: effects on growth. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(7):CD009471.
12. Beggs S, Thompson H, Wilson A, Broderick C, Orr CF. Swim training for children with asthma: a systematic review and meta-analysis. Ther Adv Respir Dis. 2013;7(4):214–224.
13. Parsons JP, Hallstrand TS, Mastronarde JG, et al. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: Exercise-induced Bronchoconstriction. Am J Respir Crit Care Med. 2013;187(9):1016–1027.
14. Aggarwal B, Mulgirigama A, Berend N. Exercise-induced bronchoconstriction: prevalence, pathophysiology, patient impact, diagnosis and management. NPJ Prim Care Respir Med. 2018;28(1):31.

15. Solé D, Aranda CS, Wandalsen GF. Asthma: epidemiology of disease control in Latin America – short review. *Asthma Res Pract.* 2017;3:4.
16. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2025. Summary Guide for Health Professionals. Disponível em: <https://ginasthma.org/reports>

Relatores*

Hélida Torres

Pediatra com Especialização em Pneumologia Pediátrica pela SBP e SBPT e membro do Núcleo de Estudos da Prática de Atividade Física e Esportes da SPSP.

Marcelo Bernasconi Daniel

Pediatra com Especialização em Pneumologia Pediátrica pela SBP e SBPT e Membro do Núcleo de Estudos da Prática de Atividade Física e Esportes da SPSP.

Roberto Bittar

Pediatra Título de Especialista em Neonatologia e Terapia Intensiva Pediátrica pela SBP e Presidente do Núcleo de Estudos da Prática de Atividade Física e Esportes da SPSP.