Nota Técnica 449953

Data de conclusão: 26/12/2025 13:10:42

Paciente

Idade: 2 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Panambi/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 449953

CID: T78.2 - Choque anafilático não especificado

Diagnóstico: T78.2 - choque anafilático não especificado

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Não

Nome comercial: -

Princípio Ativo: EPINEFRINA

Via de administração: IM

Posologia: adrenalina caneta auto injetável 0,15 mg. Se em caso de reação grave, anafilaxia,

aplicar via IM, uma dose. A mesma dose pode ser repetida em 15 minutos se necessário.

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Não informado

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não informado

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: EPINEFRINA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: administração de adrenalina em ambiente hospitalar ou de emergência.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: EPINEFRINA

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: EPINEFRINA

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: EPINEFRINA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
A adrenalina é um agonista alfa e beta-adrenérgico com efeitos farmacológicos de vasoconstrição, aumento da resistência vascular periférica, diminuição do edema da mucosa, efeitos inotrópicos e cronotrópicos, broncodilatação e diminuição da liberação de mediadores de mastócitos e basófilos (8). Por meio da sua ação nos receptores alfa, a adrenalina diminui a vasodilatação e permeabilidade vascular que encontram-se aumentadas durante a anafilaxia, levando à perda de volume do fluido intravascular e hipotensão. Já pela sua ação nos receptores beta, provoca relaxamento da musculatura lisa brônquica, que ajuda a aliviar broncoespasmo, sibilos e dispneia, que podem ocorrer durante a anafilaxia. A adrenalina também alivia o prurido, urticária, angioedema e pode ser eficaz no alívio de sintomas gastrointestinais e geniturinário associados com anafilaxia por causa de seus efeitos sobre o músculo liso do estômago, intestino, no útero e da bexiga urinária (9). Deste modo, a adrenalina injetável reverte, de forma rápida, o quadro anafilático, sendo considerada o padrão ouro no tratamento da anafilaxia.
Uma revisão sistemática publicada pela Cochrane Library se propôs a avaliar a eficácia e a segurança da adrenalina no tratamento da anafilaxia. Contudo, após ampla busca em bases de dados não foram recuperados ensaios clínicos, randomizados ou não, comparando o uso da adrenalina com o uso de placebo ou outros agonistas adrenérgicos. Os autores discutem que a execução de ensaios clínicos com tais características é comprometida pelas características da condição. Episódios anafiláticos costumam ocorrer em ambientes não médicos, sem aviso prévio e com gravidade diversa, não sendo possível manter controle sobre as variáveis exigidas para tais estudos. Ainda, argumentam que o uso da adrenalina na anafilaxia é baseado na plausibilidade biológica, na tradição e nas evidências de séries de fatalidade nas quais a maioria dos indivíduos que morrem de anafilaxia não havia recebido tratamento imediato com adrenalina ou outro agonista adrenérgico. Assim, mesmo com nível de evidência abaixo do ideal, recomendam a administração de adrenalina por injeção intramuscular como tratamento de primeira linha no manejo da anafilaxia (10).
As canetas auto aplicáveis de adrenalina são destinadas para administração pelo próprio indivíduo, de forma imediata, como terapia de suporte de emergência, enquanto este se dirige até um serviço de saúde. Ou seja, não substituem os cuidados médicos. Mesmo após a auto administração do produto o paciente deve dirigir-se imediatamente até o serviço de saúde mais próximo. Desta forma, e considerando a capilaridade dos serviços públicos de saúde no Brasil, os pacientes para os quais este recurso se aplicaria seriam aqueles diagnosticados com anafilaxia idiopática, ou seja, que desconhecem o agente ao qual apresentam tal reação, preservando os pacientes cuja reação se dá a partir da exposição à agentes conhecidos e aos quais podem se proteger ou pacientes com reações anafiláticas prévias graves e potencialmente fatais, pelo consumo inadvertido de alérgenos, como no casos de crianças. Tal recomendação encontra lastro na segurança, uma vez que o uso da adrenalina implica em riscos. Mesmo quando injetada adequadamente, a adrenalina é frequentemente associada a efeitos adversos menores e transitórios, como tremores, tonturas, palpitações, ansiedade, inquietação e cefaleia (11).
A prevalência de eventos adversos ao uso da adrenalina é aumentada naqueles pacientes que apresentam hipertensão ou hipertireoidismo; e comumente relatada após uso do produto pela

via endovenosa. A injeção acidental de adrenalina nos dedos das mãos ou pés pode resultar em perda de o fluxo de sangue para a área afetada. Os eventos adversos experimentados como resultado de injeções acidentais podem incluir aumento da frequência cardíaca, reações locais, incluindo palidez local, frieza e hipoestesia ou lesão no local da injeção, resultando em contusões, hemorragia, descoloração, eritema ou lesão óssea (12).

Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Total
PENEPIN	0,15 MG - CANETAS	21	R$ 3.100,00	R$ 3.100,00

Por se tratar de uma tecnologia não registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a adrenalina na apresentação de canetas auto aplicáveis não pode ser comercializada no Brasil. Assim, o acesso à tecnologia se dá via importação do produto, nos termos da Resolução RDC n° 262, de 2019.
De acordo com o orçamento datado de 18 de dezembro de 2025 anexado ao processo (Evento 1, ORÇAM10, Página 5) o preço de duas unidades do produto foi calculado em R$ 3.100,00, incluídas as despesas alfandegárias e logísticas e aplicado valor em reais de acordo com o dólar do dia 18/12/2025, tendo o orçamento validade de 5 dias.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: redução da gravidade dos sinais e sintomas provocados pela anafilaxia.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: EPINEFRINA

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: A epinefrina auto-injetável consiste em terapia de suporte de emergência enquanto se procura um serviço de saúde. Ela não substitui os cuidados médicos e, mesmo após a auto administração, o paciente deve procurar assistência imediata.
Considerando a ampla capilaridade dos serviços de saúde no país, tal recurso pode ser considerado nos casos de anafilaxia idiopática, que ocorre por agentes não identificados, especialmente para indivíduos que residam ou permaneçam muito distantes de serviços de saúde, situações não caracterizadas no presente caso.
Por fim, a utilização da epinefrina implica em riscos, sendo associada a efeitos adversos mesmo quando utilizada adequadamente.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. Brasil, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de

Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2000.
2. Turner PJ, Worm M, Ansotegui IJ, El-Gamal Y, Rivas MF, Fineman S, et al. Time to revisit the definition and clinical criteria for anaphylaxis? World Allergy Organ J. 1o de outubro de 2019;12(10):100066.
3. Como tratar a urticária aguda? [Internet]. TelessaúdeRS-UFRGS. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/urticaria/
4. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Bock SA, Schmitt C, Bass R, Chowdhury BA, et al. Symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report. J Allergy Clin Immunol. março de 2005;115(3):584–91.
5. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson NF, Bock SA, Branum A, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. J Allergy Clin Immunol. fevereiro de 2006;117(2):391–7.
6. Overview | Anaphylaxis: assessment and referral after emergency treatment | Guidance | NICE [Internet]]. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg134
7. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernandez Rivas M, Fineman S, et al. World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. World Allergy Organ J. outubro de 2020;13(10):100472.
8. Sheikh A, Shehata YA, Brown SGA, Simons FER. Adrenaline for the treatment of anaphylaxis: cochrane systematic review. Allergy. fevereiro de 2009;64(2):204–12.
9. Simons FER. Anaphylaxis: evidence-based long-term risk reduction in the community. Immunol Allergy Clin North Am. maio de 2007;27(2):231–48, vi–vii.
10. Sheikh A, Shehata YA, Brown SG, Simons FER. Adrenaline (epinephrine) for the treatment of anaphylaxis with and without shock. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2008 ;(4). Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006312.pub2/full
11. Simons KJ, Simons FER. Epinephrine and its use in anaphylaxis: current issues. Curr Opin Allergy Clin Immunol. agosto de 2010;10(4):354–61.
12. Simons FER, World Allergy Organization. Epinephrine auto-injectors: first-aid treatment still out of reach for many at risk of anaphylaxis in the community. Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol. maio de 2009;102(5):403–9.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: 4.10 Justificativa para prescrição:
Trata-se de paciente diagnosticado com alergia grave a picada de formiga, após apresentar uma crise anafilática grave ao levar uma picada em agosto de 2025 (Evento 1, LAUDO7, Página 1). Foram anexados exames de IgE específico para veneno de abelha, veneno de vespa, veneno de marimbondo e veneno de formiga. O exame referente à formiga apresentou resultado de 60,0 kU/L (Evento 1, LAUDO7, Página 5), compatível com alto grau de sensibilização (valor de referência: > 3,5 kU/L). Conforme documento de evolução de internação datado de 28/08/2025 (Evento 1, ANEXO8, Página 12), o paciente estava há alguns dias com sintomas respiratórios. Os pais haviam comprado diclofenaco em gotas e xarope Hedera helix L., os quais iniciaram o uso sem orientação médica. O paciente estava no terceiro dia de uso do diclofenaco, o qual foi administrado pela manhã, enquanto o xarope foi administrado ao meio dia. Cerca de 40 minutos após receber o xarope, apresentou urticária

difusa pelo corpo, com edema e prurido cutâneo. Foi levado para consulta médica na Estratégia Saúde da Família (ESF) onde chegou pálido, hipoativo, hipocorado e com diversas placas urticariformes na pele. Na ESF, recebeu uma dose de adrenalina e dexametasona. Sendo então encaminhado pelo corpo de bombeiros para o hospital. Na emergência do hospital, o paciente estava em uso de máscara nasal, sem sinais de esforço respiratório e edema de partes moles. Apresentando placas difusas pelo corpo e sinal de má perfusão periférica. Foi realizado loratadina via oral, adrenalina intramuscular e fase rápida com soro fisiológico, apresentando melhora significativa do estado geral, sem edema de partes moles e com melhora significativa das placas de urticária. Impressão diagnóstica de choque anafilático leve (Evento 1, ANEXO8, Página 14). Neste contexto, pleiteia acesso à caneta de adrenalina autoinjetável para o tratamento emergencial da anafilaxia em ambiente extra-hospitalar.

A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade grave, com risco de vida, generalizada ou sistêmica. Trata-se de uma resposta alérgica mediada por imunoglobulina E (IgE) (1). A interação entre o alérgeno e a IgE induz a degranulação de mastócitos e basófilos e a liberação de mediadores pró-inflamatórios, como histamina, triptase, leucotrienos, prostaglandinas e fator ativador de plaquetas. Esses mediadores produzem vasodilatação, aumento da permeabilidade vascular, contração da musculatura lisa brônquica, hipersecreção glandular, e são responsáveis pelas manifestações clínicas (2).

Muitas vezes as reações alérgicas afetam apenas um sistema, com apresentação clínica relacionada apenas a alterações dermatológicas, por exemplo, a urticária e o angioedema. Na urticária ocorre o comprometimento somente da epiderme e da mucosa; já no angioedema, o comprometimento é mais profundo, da derme e da submucosa. Ambos podem ser agudos ou crônicos (duração maior do que seis semanas). Tais reações são autolimitadas e o tratamento sintomático com anti-histamínicos e corticosteróides costuma ser suficiente (1,3). Contudo, quando se trata de uma reação anafilática, as manifestações clínicas são mistas, afetando mais de um sistema, incluindo uma série de sinais e sintomas respiratórios, cardiovasculares, gastrointestinais, ou seja, não restritos aos sintomas dermatológicos (1,2,4–7).

O diagnóstico da anafilaxia é baseado principalmente nos sintomas e sinais clínicos, bem como na descrição detalhada do episódio, incluindo atividades e eventos antecedentes ocorridos nos minutos ou horas anteriores (4,5). De acordo com a Organização Mundial de Alergia, o diagnóstico é altamente provável quando pelo menos um dos critérios a seguir é atendido: (a) comprometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor laríngeo, hipóxia); (b) comprometimento cardiovascular ou disfunção de órgão-alvo (hipotensão, tontura, arritmias, hipotonia, síncope, incontinência); (c) comprometimento gastrointestinal grave (dor abdominal intensa, vômitos persistentes); acompanhados de comprometimento agudo da pele, mucosa ou ambos (ex.: urticária generalizada, prurido disseminado, edema em lábios, língua ou úvula). Ainda, de acordo com a mesma organização, o diagnóstico de anafilaxia também é altamente provável quando há comprometimento respiratório ou cardiovascular após a exposição a um alérgeno conhecido, mesmo na ausência do comprometimento agudo da pele (7).

Nas situações em que a história de contato com alérgenos é evidente, o diagnóstico da reação anafilática se torna óbvio. Porém, quando isso não acontece, é essencial que sejam considerados diagnósticos diferenciais. Os principais diagnósticos diferenciais envolvem a agudização da asma, síncope, síndrome do pânico, urticária generalizada, obstrução de via aérea por corpo estranho, espasmo laríngeo, infarto agudo do miocárdio (IAM), tromboembolismo pulmonar, acidente vascular cerebral (AVC), convulsões, intoxicação aguda, hipotensão, reação vasovagal, choque hipovolêmico e choque séptico (2,4,5,7).

Pela característica de rápida evolução e comprometimento de múltiplos sistemas, a reação anafilática é sempre uma condição de absoluta emergência, e seu tratamento deve iniciar imediatamente. O comprometimento dos sistemas circulatório e respiratório pode representar

risco iminente de choque, que pode evoluir rapidamente a óbito. Sendo assim, o objetivo do tratamento é a manutenção da oxigenação e a perfusão de órgãos vitais (1). A epinefrina, também chamada de adrenalina, é o tratamento de escolha a ser imediatamente administrado. O uso de anti-histamínicos e corticosteróides é útil apenas para evitar uma evolução arrastada; por isso, seu uso não é recomendado na fase aguda da reação (4,5,7). Após um primeiro episódio de anafilaxia, o paciente deve ser instruído sobre as características desse tipo de reação alérgica e, principalmente, receber orientações sobre condutas.