Nota Técnica 521277

Data de conclusão: 28/05/2026 20:47:31

Paciente

Idade: 4 anos

Sexo: Feminino

Cidade: São Martinho da Serra/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 521277

CID: T78.0 - Choque anafilático devido à intolerância alimentar

Diagnóstico: T78.0 choque anafilático devido à intolerância alimentar

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Produto

Registro na ANVISA? Não

Descrição: Epinefrina

O produto está inserido no SUS? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Epinefrina

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: administração de epinefrina em ambiente hospitalar ou de emergência e medicamentos para controle dos sintomas alérgicos, como anti-histamínicos (loratadina e dexclorfeniramina), corticoides orais (prednisona e fosfato dissódico de prednisolona) e broncodilatadores (sulfato de salbutamol).

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Epinefrina

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Epinefrina

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A epinefrina 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 (11). Por meio da sua ação nos receptores alfa, a epinefrina 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 epinefrina 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 (12). Deste modo, a epinefrina 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 epinefrina no tratamento da anafilaxia. Contudo, após ampla busca em bases de dados não foram recuperados ensaios clínicos, randomizados ou não, comparando o uso da epinefrina 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 epinefrina 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 epinefrina ou outro agonista adrenérgico. Assim, mesmo com nível de evidência abaixo do ideal, recomendam a administração de epinefrina por injeção intramuscular como tratamento de primeira linha no manejo da anafilaxia (13).
As canetas auto aplicáveis de epinefrina 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 ampla 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. Tal recomendação encontra lastro na segurança, uma vez que o uso da epinefrina implica em riscos. Mesmo quando injetada adequadamente, a epinefrina é frequentemente associada a efeitos adversos menores e transitórios, como tremores, tonturas, palpitações, ansiedade, inquietação e cefaleia (14).

Segundo o Consenso Brasileiro de Alergia Alimentar (1) na presença de quadro cutâneo isolado, urticária e/ou angioedema, raramente é necessária a administração de epinefrina intramuscular. Em geral, os pacientes devem ser liberados com a prescrição de anti-histamínico oral por prazo recomendável de no mínimo sete dias. Em casos de acometimento mais extenso, um curso rápido de corticosteroides orais pode ser necessário. Da mesma forma, na presença de sintomas respiratórios isolados, o tratamento deve ser iniciado com a nebulização de agente broncodilatador, que deverá ser mantido, sobretudo nos pacientes com antecedentes de asma, por no mínimo 5 dias.

A prevalência de eventos adversos ao uso da epinefrina é aumentada naqueles pacientes que apresentam hipertensão ou hipertireoidismo; e comumente relatada após uso do produto pela via endovenosa. A injeção acidental de epinefrina nos dedos das mãos ou pés pode resultar em perda de o fluxo de sangue para a área afetada. Os eventos adversos experimentado como resultado de injeções acidentais podem incluir aumento 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 (15).

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.

Não constam orçamentos anexados pela parte. Há apenas uma provável consulta de preço (Evento 1, ORÇAM20), sem data, indicando o valor de US$ 309,00 para uma caixa com duas unidades. Em conversão direta aproximada, considerando US$ 1,00 equivalente a R$ 5,00, o custo seria de cerca de R$ 1.545,00.

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 história natural da alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é de desenvolvimento progressivo de tolerância ao longo do tempo. A epinefrina autoinjetável consiste em terapia de suporte de emergência enquanto se procura um serviço de saúde, não substituindo os cuidados médicos, de modo que, mesmo após a autoadministração, o paciente deve procurar assistência imediata. Além disso, a utilização da epinefrina não é isenta de riscos, podendo estar associada a efeitos adversos mesmo quando utilizada adequadamente.

No caso em tela, embora conste em laudo médico relato de “diversos episódios de anafilaxia”

após contato inadvertido com proteína do leite de vaca, não foram apresentados elementos clínicos detalhados que permitam caracterizar adequadamente a gravidade, frequência e manejo desses episódios, tais como descrição dos sinais e sintomas apresentados, necessidade de atendimento em serviço de urgência ou emergência, administração prévia de epinefrina, internações hospitalares ou ocorrência de comprometimento respiratório e/ou cardiovascular.
Da mesma forma, não há informações acerca de eventual dificuldade de acesso da parte autora a serviços de saúde de emergência, circunstância que poderia reforçar a necessidade do dispositivo autoinjetável para uso domiciliar ou em ambiente extra-hospitalar.
Adicionalmente, embora os exames laboratoriais demonstrem sensibilização IgE-mediada à proteína do leite de vaca, tais resultados, isoladamente, não confirmam a ocorrência de episódios anafiláticos prévios, cujo diagnóstico é eminentemente clínico.
Dessa forma, diante da insuficiência de informações clínicas complementares que permitam avaliar adequadamente a imprescindibilidade da tecnologia no caso concreto, não há elementos técnicos suficientes para recomendação favorável ao pleito no presente momento.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arq Asma Alerg E Imunol. 2018;2(1):39–82.
2. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arq Asma Alerg E Imunol. 2018;2(1):7–38.
3. Skripak JM, Matsui EC, Mudd K, Wood RA. The natural history of IgE-mediated cow's milk allergy. J Allergy Clin Immunol. novembro de 2007;120(5):1172–7.
4. Brazil, 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.
5. 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.
6. Como tratar a urticária aguda? [Internet]. TelessaúdeRS-UFRGS. [citado 14 de julho de 2022]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/urticaria/
7. 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.
8. 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.
9. Overview | Anaphylaxis: assessment and referral after emergency treatment | Guidance | NICE [Internet]. NICE;. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg134
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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
14. Simons KJ, Simons FER. Epinephrine and its use in anaphylaxis: current issues. Curr Opin Allergy Clin Immunol. agosto de 2010;10(4):354–61.
15. 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: Conforme documento médico, datado de 09/03/2026, a parte autora foi diagnosticada com Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) mediada por IgE, com histórico de diversos episódios de anafilaxia, após contato inadvertido com a proteína. Constam exames laboratoriais de IgE específico realizados em momentos distintos (Evento 1, EXMMED13). Em exame datado de 01/04/2023, verificou-se IgE específico para leite (F2) de 20,2 kU/L, compatível com alto grau de sensibilização, além de IgE específico para alfa-lactoalbumina (F76) de 24,40 kU/L, classificado como muito elevado. No mesmo período, o exame para tartrazina (F717) apresentou resultado menor que 0,35 UI/mL. Em exame datado de 23/05/2023, o IgE específico para gema de ovo (F75) foi de 0,22 kU/L. Posteriormente, em exames datados de 09/02/2026, observou-se IgE específico para caseína (F78) de 80,4 kU/L, IgE específico para beta-lactoglobulina (F77) de 7,4 kU/L e IgE específico para alfa-lactoalbumina (F76) de 9,5 kU/L, todos compatíveis com elevado grau de sensibilização à proteína do leite de vaca. Nesse contexto, pleiteia caneta auto injetável de epinefrina para caso de anafilaxia.
Em relação à alergia à proteína do leite de vaca (APLV), é uma condição que historicamente apresenta prognóstico muito favorável para tolerância (1,2). As taxas de remissão de alergia ao leite variam conforme a população, sendo que um estudo em hospital terciário nos EUA observou que 19% das crianças desenvolveram tolerância até os 4 anos de idade, 42% até os 8 anos, 64% até os 12 anos e 79% até os 16 anos de idade (3). A expectativa de resolução da alergia ao leite é menor em pacientes com níveis elevados de IgE específica, tendo sido observado que apenas 60% daqueles com IgE para leite maior do que 50 kUA/L adquiriram tolerância até os 18 anos de idade (3).
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) (4). 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 (5).

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 (4,6). 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 (4,5,7–10).

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 (7,8). 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 (10).

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 (5,7,8,10).

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 (4). 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 (7,8,10). 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. Caso o paciente seja uma criança, sua família e a escola também devem receber orientação e treinamento para ações caso ocorra novo episódio de reação anafilática (4).