



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dr. Francisco Lacerda Figueiredo

PROCESSO Nº.: 50063285320188130433

SECRETARIA: 2ª Vara Empresarial e da Fazenda Pública

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: M. R. F.

IDADE: 68 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento Omalizumabe (Xolair)

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 J45.0 e L50

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Como opção terapêutica substituta à opção terapêutica disponível na rede pública - SUS

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 30.370

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2020.000.588

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Asma brônquica alérgica grave CID J45.0 e urticária alérgica CID L50, medicamentos Omalizumabe (Xolair) 150mg por frasco, sendo necessários 8 (oito) frascos mensais, uso contínuo, prazo indeterminado.

III - CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO

Conforme documentação médica e hospitalar datada de 19/04/2018, maio/2018, 15/05/2018 04/06/2018, trata-se de MRF **68 anos, conveniada do IPSEMG, com diagnóstico de asma brônquica alérgica grave e urticária alérgica**, desde longo tempo, em **acompanhamento com pneumologista. Evoluiu com gravidade da doença e atualmente, com perda da função pulmonar e perda da qualidade de vida**, impossibilidade de praticar atos mais simples da vida, como caminhar em casa, **levando a**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

sucessivos atendimentos ambulatoriais de emergência e internações recorrentes (95 ocorrências de 2002 a 2018). Além disto apresenta urticária com severas erupções cutâneas alérgicas com extrema dor e prurido. Fez uso de variedade de medicamentos como corticóides, broncodilatadores: formoterol, budesonida, tiotrópico, montelukast, prednisona, e salbutamol em doses máximas sem sucesso, e sem parada das crises de insuficiência respiratória e ao contrário com aumento progressivo das crises. Devido ao excesso de medicamentos, desenvolveu diabetes reativa ao uso de corticóides. Em abril de 2018, apresentou agravamento do quadro com necessidade de internação devido a asma grave e insuficiência respiratória e urticária de difícil controle. Necessita do uso de omalizumabe 150mg, urgente, 08 frascos/mês, para melhoria da qualidade de vida e menor risco de crises graves, possibilitando o tratamento ambulatorial sem risco de vida.

A asma é uma doença crônica, heterogênic, não transmissível, associada a inflamação crônica das vias aéreas e hiper-responsividade aos estímulos diretos e indiretos. As características observáveis da asma (fenótipo) são complexas e englobam interações hospedeiro-ambiente que ocorrem em diversas escalas e duração de tempo, levando a reação de hiper-responsividade das vias aéreas. Mesmo quando há ausência de sintomas ou com função pulmonar normal, essas características se permanecem e podem normalizar com o tratamento adequado. Os sintomas são inespecíficos e variam na sua duração e intensidade, sendo alguns deles: falta de ar, dor no peito, tosse e limitação do fluxo expiratório, sibilos. A recorrência dos sintomas tem impacto na qualidade de vida e produtividade, gerando insônia, fadiga diurna, redução dos níveis de atividade e absenteísmo escolar e no trabalho. Os sintomas são desencadeadas por alguns fatores, como atividade



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

física, exposição a alérgenos, mudança do clima e infecções respiratórias virais. Além desses sintomas de limitação de fluxo aéreo, os pacientes podem ter surtos episódicos agudos, su-agudos, ou exacerbações, com piora dos sintomas, caracterizadas pelo aumento progressivo da falta de ar, tosse, chiado e aperto no peito e redução da função pulmonar, que podem ser fatais.

A asma pode ser classificada de acordo com os fenótipos encontrados, sendo os mais comuns: a asma alérgica, que ocorre em maioria na infância e está associada ao histórico de doença alérgica; a asma não alérgica; asma de início tardio (na idade adulta) tendem a ser não-alérgicos; asma com limitação persistente do fluxo aéreo na qual há limitação do fluxo aéreo persistente ou parcialmente reversível, por remodelação da parede das vias aéreas e asma com obesidade apresenta sintomas respiratórios proeminentes com pouco inflamação eosinofílica das vias aéreas. A asma ainda pode ser classificada de acordo com a gravidade, em leve moderada e grave. A forma grave, requer altas doses de corticoide inalatório associado a beta-2 agonista de longa duração para prevenir o descontrole ou aquela que permanece não controlada mesmo com o tratamento. A gravidade da asma é avaliada de maneira retrospectiva a partir do nível necessário de tratamento para controlar os sintomas e as exacerbações da doença, podendo mudar ao longo do tempo e podendo ser avaliada assim que o paciente estiver em tratamento por alguns meses.

As causas da asma ainda não estão completamente esclarecidas e os fatores de risco para seu desenvolvimento são a combinação do fator genético e da exposição ambiental a substâncias que podem gerar reações alérgicas ou irritação das vias aéreas. Na asma alérgica alérgenos de interiores; irritantes químicos; poluição do ar são



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

exemplos dessas substâncias; frio, excitação emocional, atividade física e alguns medicamentos, como aspirina, antiinflamatórios não-esteroidais e betabloqueadores podem ser desencadeantes.

Não existe padrão-ouro para o diagnóstico da asma, sendo baseada na identificação de critérios clínicos (padrão de sintomas respiratórios como chiado, dispnéia, aperto no peito ou tosse e limitação variável do fluxo respiratório) **por meio da anamnese, exame físico e exames de função pulmonar (espirometria). Os aspectos da asma estão relacionados com o padrão dos sintomas, como a natureza, momento e fatores desencadeantes, além da resposta ao tratamento.**

Na asma, **a função pulmonar pode variar entre completamente normal e severamente obstruída no mesmo paciente. Na asma mal controlada está associada a uma maior variabilidade na função pulmonar do que a asma bem controlada. Os exames de função pulmonar demonstram a intensidade da limitação do fluxo aéreo, assim como a variabilidade e reversibilidade.**

O objetivo do seu tratamento é diminuir os sintomas (limitação da atividade, sintomas diários, sono perturbado) **e o risco de desfechos relacionados** (exacerbações, limitação do fluxo aéreo recorrentes), **ou seja, controlar a doença com o tratamento adequado, melhorando a qualidade de vida. Os medicamentos são muito importantes no controle, porém o tratamento não-medicamentoso é de fundamental importância. No Sistema Único de Saúde (SUS) o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Asma, preconiza tratamentos não farmacológicos e farmacológicos. O tratamento não farmacológico é ajustado em um ciclo contínuo que envolve avaliação, tratamento e ajuste, sendo baseado no controle dos sintomas dos pacientes, fatores de risco, comorbidades, satisfação do paciente e efeitos colaterais dos**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

medicamentos. **Diminuição da exposição aos fatores desencadeantes da asma**, como alérgenos respiratórios e medicamentos e a **educação do paciente** com destaque para o autocuidados, **são essenciais para auxiliar no controle da asma. O tratamento medicamentoso é orientado pela gravidade da doença, a partir do perfil de sintomas, histórico clínico e avaliação funcional. O período de tratamento não é definido**, sendo recomendado um a realização de ajustes dos medicamentos preventivos a fim de alcançar a dose mínima efetiva e o controle da doença. **Os medicamentos são divididos em medicamentos controladores e medicamentos de alívio ou resgate. Os controladores são a base do tratamento da asma persistente, possuem atividade antiinflamatória e visam controlar a progressão da asma grave e reduzir as exacerbações. Além do corticoide inalatório (CI), os corticoides orais (CO), os beta 2-agonistas de longa duração (LABA), os antileucotrienos, a teofilina de ação prolongada e a imunoterapia anti IgE também são considerados medicamentos controladores. Os medicamentos de alívio são aqueles usados de acordo com a necessidade do paciente, atuando rapidamente no alívio dos sintomas e na reversão da broncoconstrição, sendo eles beta 2-agonistas inalatórios de curta duração (SABA), anticolinérgicos inalatórios e teofilina de curta duração. A GINA (2019) divide o tratamento em cinco etapas, de acordo com a gravidade e os tratamentos necessários para o controle dos sintomas, como a seguir:**

Etapa 1 e 2 baixas doses de CI, como primeira escolha. Na Etapa 1 considerar reduzir dose de CI e na Etapa 2 considerar como opção antagonista de receptor do leucotrieno ou baixa dose de teofilina. Em caso de resgate usar em ambas as etapas SABA, caso necessário.

Etapa 3 primeira escolha baixa dose de CI + LABA e usar como opções



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

de controle média ou alta dose de CI ou baixar a dose de CI + LABA (ou + teofilina).

Etapa 4 Média a alta dose de CI+LABA , na primeira escolha, sendo opção adicionar tiatrópio ou alta dose de CI + LABA (ou + teofilina);

Etapa 5 Encaminhar para tratamento adicional, com opções de controle adicionar tiatrópio ou baixa dose de CO.

Nas etapas 3, 4 e 5 os medicamentos de resgate usados devem ser SABA se necessário ou baixa dose de CI/formoterol.

Casos de asma alérgica grave, persistente que não são controlados apesar do uso de CI associado a um LABA em altas doses; que apresentem incapacidade de usar intolerância, apresentam respaldo na literatura e em vários consensos para o uso de Omalizumabe.

A urticária crônica (UC) é uma condição frequente causada por mastócitos, na qual o paciente apresenta aparecimento de urticária (máculas-pápulas eritematosas), angioedema ou ambos, durante um período superior a 6 semanas. Pode ser classificada em dois tipos de acordo com os fatores precipitantes se conhecidos é a UC indutível ou desconhecidos UC espontâneo (UCE). A forma indutível possui diferentes agentes desencadeantes. Independentemente da classificação, a UC é incapacitante, prejudica a qualidade de vida e afeta o desempenho no trabalho e na escola. O espectro de manifestações clínicas da UCE é muito amplo e sua evolução natural imprevisível e se manifesta como pápulas e/ou placas transitórios, que aparecem de forma súbita de coloração clara ou avermelhada, tamanhos variados, quase sempre circundadas por um eritema reflexo, associadas a intenso prurido ou, algumas vezes, sensação de ardência. O angioedema é um edema localizado, de origem na derme profunda ou tecido subcutâneo/submucoso, que geralmente afeta a mucosa e pele mais



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

fina, preferencialmente da junção mucocutânea **pronunciado, repentino, não uniforme, acompanhado ou não de eritema**. O angioedema **em geral é mais doloroso do que eritematoso e/ou pruriginoso**. Sua resolução se dá de forma mais lenta, podendo persistir por até 72 horas. Na suspeita de obstrução das vias aéreas associada, recomenda-se tratamento adequado de emergência, diminuindo o risco de consequências mais graves.

A fisiopatologia da UCE ainda não é bem conhecida, porém é sabido que o mastócito é a célula mais importante na fisiopatologia da urticária e do angioedema. Esta célula se degranula liberando substâncias pró-inflamatórias e inflamatórias, que atuam junto as arteríolas e vênulas terminais, com aumento da permeabilidade local, levando ao edema central da pápula e ao angioedema; a vasodilatação com eritema e o reflexo axônico gerando o eritema circundante. Seu **diagnóstico** objetiva excluir diagnósticos diferenciais, avaliar a atividade, o impacto e o controle da doença e identificar fatores desencadeantes de exacerbação ou, quando indicado, quaisquer causas subjacentes, sendo **essencialmente clínico**. **Anamnese minuciosa e exame físico detalhado. Avaliação basal da atividade da doença com questionários** Weekly Urticaria Activity Score (UAS) e o (UAS 7), **de qualidade de vida (QV)**, qualidade de vida para o angioedema (AE-QoL) e **de controle da doença** Urticaria Control Test (UCT) **são indispensáveis para orientar as decisões de tratamento**. A investigação laboratorial recomendada de rotina é feita com o hemograma, VHS e proteína C-reativa.

No SUS não há PCTD da UC, assim seu **tratamento visa o controle dos sintomas e a melhor qualidade de vida do paciente**. Tem sido sugerida uma **dupla abordagem** sendo a primeira a **tentativa de identificar e eliminar possíveis fatores desencadeantes ou induzir sua tolerância**, e a segunda representada pelo **tratamento farmacológico**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

para prevenir a liberação de mediadores de mastócitos e seus efeitos. Porém seu controle não é fácil em função da dificuldade da identificação da etiologia da doença e pela fraca resposta terapêutica em grande parte dos pacientes. **É consenso que numa primeira linha, devem ser utilizados de modo contínuo até a resolução da UC, anti-histamínicos H1 (anti-H1) de segunda geração nas doses aprovadas. Os anti-H1 de segunda geração (cetirizina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina, ebastina, rupatadina e bilastina) apresentam potência elevada e maior meia-vida, podendo ser administrados uma ou duas vezes ao dia, com maior perfil de segurança e embora não sejam livres de efeitos adversos. Caso o controle sintomático não seja alcançado com seu uso, os doentes podem beneficiar da substituição por outro anti-H1 de segunda geração. Na falha dessa primeira opção, o que ocorre em quase 50% dos casos, como segunda linha, poder-se-á aumentar a dose usada até quatro vezes a aprovada, podendo ser trocado até 3 vezes de anti-H1 e mantido o tratamento por até 4 semanas, antes de avançar para terapêuticas de terceira linha. Até um terço dos pacientes permanecem sintomáticos, sem controle adequado dos sintomas. Em caso de necessidade de avançar para uma terceira linha há duas opções consensuais: omalizumabe e ciclosporina.**

O omalizumabe (Xolair) é um anticorpo monoclonal IgG1k humanizado derivado do DNA, liga-se seletivamente à imunoglobulina E humana (IgE), circulante. Sendo assim, ele evita a ligação do IgE ao receptor FcRI de alta afinidade, reduzindo a quantidade de IgE livre no plasma, prevenindo o desencadeamento da cascata alérgica. É um anticorpo monoclonal humanizado anti-IgE, inespecífico desenvolvido inicialmente para o tratamento da asma alérgica de difícil controle, que



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

posteriormente **mostrou-se útil também para o tratamento da UC autoimune**, conforme em estudos de prova de conceito, ECR. Indicado pela ANVISA no tratamento da asma alérgica persistente, moderada a grave, cujos sintomas são inadequadamente controlados com CI, e em pacientes com urticária crônica espontânea refratária ao tratamento com anti-H1. Na asma, os estudos existentes, a despeito de algumas questões quanto a qualidade, **demonstram que seu uso traz benefício clínico, como melhora clínica, redução das exacerbações, diminuição da hospitalização, diminuição do uso de medicamento de resgate e melhora na qualidade de vida**, devendo ser usado com indicação precisa. Na UC alérgica, omalizumabe demonstrou ser a única opção de terceira linha com autorização de introdução no mercado para a UC a partir dos 12 anos de idade. Esta droga apresentou ser muito eficaz e segura no tratamento destas doenças e melhorando acentuadamente a qualidade de vida. Se mostra adequado para tratamento a longo prazo e trata eficazmente a recidiva após a descontinuação na UC. Apresenta boa resposta para tratamento da UC em mais de 80% dos casos, com remissão completa em 43% a 81% dos casos, com bom perfil de segurança. Atualmente, os consensos recomendam o omalizumabe na asma grave alérgica em seus algoritmos de tratamento após falha ou contra-indicação do tratamento usual e como terceira ou quarta etapas de tratamento da UC, juntamente com a ciclosporina, quando não há resposta ao uso de anti-H1 em doses elevadas. Na asma o Omalizumabe foi recentemente incorporado ao SUS para o tratamento de asma alérgica grave não controlada apesar do uso de CI associado a um LABA, após a realização de diagnóstico diferencial, tratamento das comorbidades, exclusão de qualquer possível desencadeante da doença, adesão e uso correto dos medicamentos pelos pacientes, monitorização e



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

acompanhamento dos pacientes, quando todas as outras alternativas não foram suficientes para que a doença seja controlada.

Conclusão: caso de paciente de 68 anos, conveniada do IPSEMG, com diagnóstico de asma brônquica alérgica grave e urticária alérgica, Há anos, em acompanhamento com pneumologista. Evoluiu com gravidade da doença, com perda da função pulmonar e da qualidade de vida, com sucessivos atendimentos ambulatoriais de emergência e internações recorrentes. Apresenta urticária com severas erupções cutâneas alérgicas com extrema dor e prurido. Fez uso de variedade de medicamentos como: formoterol, budesonida, tiotrópico, montelukast, prednisona, e salbutamol em doses máximas sem sucesso ou parada das crises de insuficiência respiratória e com aumento progressivo das crises. Desenvolveu diabetes reativa ao uso de corticóides. Em abril de 2018, apresentou agravamento do quadro com necessidade de internação devido a asma grave e insuficiência respiratória e urticária de difícil controle. Necessita do uso de omalizumabe 150mg, urgente, 08frascos/mês, para melhoria da qualidade de vida e menor risco de crises graves, possibilitando o tratamento ambulatorial.

A asma e a UC são condições crônicas que podem determinar incapacidade, prejudicando a qualidade de vida. O tratamento de ambas visa diminuir os sintomas (limitação da atividade, sintomas diários, sono perturbado) e o risco de desfechos relacionados (exacerbações, limitação do fluxo aéreo recorrentes), ou seja, controlar a doença com o tratamento adequado, melhorando a qualidade de vida. Baseia-se em dupla abordagem o manejo destas doenças: identificar e eliminar possíveis fatores desencadeantes, educação do paciente, e tratamento



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

farmacológico para prevenir recorrência, exacerbações e progressões.

De acordo com **diretrizes internacionais o tratamento padrão para asma é o uso de medicamentos controladores e os de alívio ou resgate. No PCDT da asma os controladores são a base do tratamento da asma persistente, possuem atividade antiinflamatória e visam controlar a progressão da asma grave e reduzir as exacerbações e são CI, CO, LABA, antileucotrienos, teofilina de ação prolongada e imunoterapia anti IgE e os de alívio SABA, anticolinérgicos inalatórios e teofilina de curta duração. O Omalizumabe foi recentemente incorporado ao SUS para o tratamento de asma alérgica grave não controlada apesar do uso de CI associado a um LABA, após a realização de diagnóstico diferencial, tratamento das comorbidades, exclusão de qualquer possível desencadeante da doença, adesão e uso correto dos medicamentos pelos pacientes, monitorização e acompanhamento dos pacientes, quando todas as outras alternativas não foram suficientes para que a doença seja controlada.**

Para a UC não há PCTD e os consensos indicam o uso dos anti-H1 de segunda geração, como primeira linha e o otimização da dose até 4 vezes a padrão do anti-H1 como opção de segunda linha. Se os sintomas não desaparecem após duas a quatro semanas, apesar da adesão adequada ao tratamento, deve-se lançar mão de tratamentos como a Ciclosporina e o Omalizumabe, sendo o omalizumabe a única opção de terceira linha com autorização de introdução no mercado para a UC a partir dos 12 anos de idade.

IV – REFERÊNCIAS:

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, Bernstein JA, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Buense Bedrikow R, Canonica



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

GW, Igreja MK, Craig T, Danilycheva IV, Dressler C, Ensina LF, Giménez-Arnau A, Godse K, Gonçalo M, Grattan C, hebert J, Esconder M, kaplan A, Kapp A, katelaris CH, Kocatürk E, Kulthanan K, Larenas-Linnemann D Leslie TA, Magerl M, Mathelier-Fusade P, Meshkova RY, metz M, Nast A, Nettis E, Oude Elberink H, Rosumeck S, Saini SS, Sanchez-Borges M, Scmid-Grendelmeier P, Staubach P, Sussman G, Toubi E, Vena GA, Vestergaard C, Wedi B, Werner RN, Zhao Z, Maurrer M. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. **Allergy**. 2018;73:1393–414. Disponível em <https://onlinebrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/all.13397>.

2. Costa C, Gonçalo M em nome do GPEU – Grupo Português de Estudos de Urticária. Abordagem Diagnóstica e Terapêutica da Urticária Crónica Espontânea: Recomendações em Portugal. **Acta Med Port**. 2016;29(11): 763-81. Disponível em: <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/download/670/454/>.

3. Zhao ZT, Ji CM, Yu WJ, Meng L, Pharm M, Hawro T, Wei JF, Maurer M. Omalizumab for the treatment of chronic spontaneous urticaria: A meta-analysis of randomized clinical trials. **J Allergy Clin Immunol**. 2016; 137(6): 1742-50. Disponível em: [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(16\)00295-5/pdf](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(16)00295-5/pdf).

4. Urgert MC, van den Elzen MT, Knulst AC, Fedorowicz Z, van Zuuren EJ. Omalizumab in patients with chronic spontaneous urticaria: a systematic review and GRADE assessment. **Br J Dermatol**. 2015;173(2):404-15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25891046>.

5. Berard F, Ferrier Le Bouedec MC, Bouillet L, Reguiat Z, Barbaud A, Cambazard F, Milpied B, Pelvet B, Kasujee I, Gharbi H, Lacour JP. Omalizumab in patients with chronic spontaneous urticaria nonresponsive to H1-antihistamine treatment: results of the phase IV open-label SUNRISE



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

study. **BJD**. 2019; 180:56-66. Disponível em: file:///C:/Users/f0206128/Downloads/B-rard_et_al-2019-British_Journal_of_Dermatology.pdf.

6. Normansell R, Walker S, Milan SJ, Walters EH, Nair P. Omalizumab for asthma in adults and children. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 1. Art. No.: CD003559. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003559.pub4/epdf/full>.

7. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Relatório de recomendação nº 499 Dezembro/2019. Omalizumabe para o tratamento de asma alérgica grave não controlada apesar do uso de corticoide inalatório associado a um beta-2 agonista de longa ação. Brasília, 2019. 110p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_Omalizumabe_asma_grave_499_2019_FINAL.pdf.

V – DATA:

20/03/2020

NATJUS - TJMG