



PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO

Paciente:

Idade:

Diagnósticos:

- Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) – registrado no laudo médico sob os códigos CID-10 F90 e CID-11 6A05.1.
- Asma – registrado sob o código CID-10 J45.
- Transtorno do Espectro Autista (TEA) – indicação de uso clínico descrita expressamente no laudo médico para controle de manifestações comportamentais associadas

Histórico: Paciente de 4 anos, com diagnósticos registrados de TDAH e asma, ambos classificados no laudo médico como de moderada gravidade. Embora o diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) não esteja acompanhado do respectivo CID, o médico assistente informa expressamente que o aripiprazol foi prescrito para o tratamento e manejo das manifestações sintomáticas e comportamentais associadas ao TEA, destacando que a formulação em suspensão oral possibilita melhor ajuste terapêutico. Encontra-se prescrito Aristab® 1 mg/mL, na dose de 1,5 mL a cada 12 horas, e Flixotide® 50 mcg, na dose de dois jatos ao dia, ambos para uso contínuo.

Prescrição: Aripiprazol (Aristab®) 1 mg/mL, 1,5 mL a cada 12 horas e propionato de fluticasona (Flixotide®) 50 mcg, dois jatos ao dia.

1. ARIPIPRAZOL

1.1 Indicação em bula

O aripiprazol é indicado para o tratamento da esquizofrenia, CID F20. Em adultos (com 18 anos ou mais), também é indicado em monoterapia para o tratamento agudo e de manutenção de episódios de mania e mistos associados ao transtorno bipolar do tipo I. Como terapia adjuntiva ao lítio ou ao valproato de sódio, é indicado para o tratamento agudo de episódios de mania ou mistos associados ao transtorno bipolar do tipo I, com ou sem características psicóticas, CID F31 (exceto F31.3, F31.4 e F31.5) (1).

A bula do medicamento na apresentação suspensão oral (Aristab®) não contempla o tratamento do transtorno do espectro autista (TEA) ou do TDAH, sendo de uso



exclusivo adulto e sem indicação aprovada para pacientes pediátricos no Brasil. Portanto, no caso concreto, o aripiprazol está sendo utilizado de forma *off-label* quanto à indicação e à faixa etária.

O aripiprazol possui aprovação pela *Food and Drug Administration* (FDA) desde novembro de 2009 para o tratamento da irritabilidade associada ao transtorno autista, incluindo agressividade, autoagressão, crises de raiva e alterações rápidas de humor, em pacientes pediátricos de 6 a 17 anos. Essa aprovação, que abrange as apresentações em comprimidos e solução oral, não engloba diretamente a idade do assistido (4 anos), mas confirma o consistente reconhecimento regulatório internacional do uso do aripiprazol para essa finalidade em população pediátrica (2).

1.2 Padronização no Sistema Único de Saúde (SUS)

O medicamento aripiprazol não pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (3). O aripiprazol também não consta na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Carmo/RJ nem no elenco de medicamentos disponibilizados pelo Programa Farmácia Popular (4,5).

Considerando o diagnóstico de TDAH registrado nos autos, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) dessa condição, aprovado pela Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 14, de 29 de julho de 2022, preconiza abordagem multimodal, com ênfase em intervenções não medicamentosas, incluindo terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, apoio familiar e intervenções educacionais. Quanto ao tratamento farmacológico, diante das recomendações desfavoráveis da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) à incorporação do metilfenidato e da lisdexanfetamina, o PCDT não preconiza medicamentos para o tratamento do TDAH (6).

Entretanto, o laudo médico informa que o aripiprazol foi prescrito para o tratamento e manejo de sintomas comportamentais associados ao TEA. Nesse contexto, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo, aprovado pela Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 7, de 12 de abril de 2022, recomenda intervenções comportamentais e educacionais para os sintomas nucleares do TEA. O tratamento medicamentoso é reservado ao manejo do comportamento agressivo, incluindo autoagressão ou agressão a outras pessoas, quando



houver baixa resposta ou não adesão às intervenções não medicamentosas. O medicamento preconizado pelo referido PCDT é a risperidona, nas apresentações de solução oral 1 mg/mL e comprimidos de 1 mg, 2 mg e 3 mg. Contudo, o fluxograma de atendimento estabelecido no próprio protocolo determina que pacientes com idade menor que 5 anos devem ser excluídos do PCDT. Como o assistido possui 4 anos, a alternativa padronizada pelo SUS (risperidona) não se aplica ao seu caso clínico sob a perspectiva do protocolo nacional, caracterizando um vácuo assistencial para a sua faixa etária no SUS (7).

O PCDT também avaliou o aripiprazol para o comportamento agressivo associado ao TEA durante sua elaboração. Os estudos analisados indicaram benefício do medicamento em comparação ao placebo, especialmente na redução da irritabilidade. Entretanto, a comparação entre aripiprazol e risperidona, baseada em evidência de baixa certeza, não demonstrou diferença significativa na melhora dos sinais e sintomas. Quanto à segurança, a certeza da evidência foi considerada muito baixa, pois a análise se fundamentou em apenas um ensaio clínico randomizado (ECR) com limitações metodológicas. Além disso, o aripiprazol não possui indicação aprovada pela Anvisa para o tratamento do TEA. Diante desses elementos regulatórios e de evidência científica disponíveis à época, o protocolo manteve a risperidona como medicamento preconizado e não incluiu o aripiprazol (7).

1.3 Evidência Científica

Revisão sistemática com metanálise de rede publicada por Meza et al. (2025) incluiu 17 ensaios clínicos randomizados, com 1.027 participantes, dos quais 996 eram crianças. Em comparação ao placebo, o aripiprazol reduziu os sintomas de irritabilidade associados ao TEA no curto prazo. A certeza da evidência foi considerada baixa em razão do risco de viés e da imprecisão dos resultados (8).

Revisão sistemática com metanálise de rede publicada por Lopes et al. (2026) incluiu 14 ensaios clínicos randomizados, com 1.195 crianças com TEA. Em comparação ao placebo, o aripiprazol reduziu a irritabilidade em todas as doses estudadas, enquanto a risperidona apresentou esse resultado na dose recomendada. O aripiprazol na dose recomendada e a risperidona reduziram o risco de descontinuação do tratamento em comparação ao placebo. Esse resultado sugere maior aceitabilidade dos tratamentos (9).



ECR publicado por Panda et al. (2025) comparou aripiprazol e risperidona durante 12 semanas em 72 crianças e adolescentes com TEA, de 6 a 18 anos. Ambos os medicamentos reduziram a irritabilidade, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ao final do estudo. Em relação ao perfil de segurança hormonal, os níveis séricos de prolactina ao final de 12 semanas foram maiores no grupo tratado com risperidona do que no grupo tratado com aripiprazol, embora nenhum dos valores tenha ultrapassado o limite superior de referência clínica. Adicionalmente, os níveis de prolactina diminuíram em relação ao valor basal no grupo do aripiprazol, ao contrário do grupo da risperidona. Não foram relatados eventos adversos graves nem interrupções do tratamento (10).

Guia clínico da Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil, publicado em 2025, reconhece o aripiprazol como opção farmacológica para o manejo da irritabilidade e da agressividade associadas ao TEA. O Guia descreve que o fármaco atua como modulador dopaminérgico e serotoninérgico, o que confere a possibilidade de controle da irritabilidade e da desregulação emocional em pessoas com TEA sem causar sedação excessiva ou prejuízo cognitivo significativo. Recomenda titulação gradual da dose e monitoramento de parâmetros metabólicos e de sintomas extrapiramidais durante o tratamento (11).

Relatório clínico da *American Academy of Pediatrics* (AAP), publicado em 2020 e reafirmado em 2025, reconhece o aripiprazol e a risperidona como opções farmacológicas para o manejo da irritabilidade grave e de comportamentos disruptivos associados ao TEA. O documento recomenda que a farmacoterapia integre um plano terapêutico individualizado, associado às intervenções comportamentais, com monitoramento clínico dos efeitos adversos, especialmente alterações de peso, parâmetros metabólicos e sintomas extrapiramidais (12).

Embora os principais ensaios clínicos e a aprovação da FDA contemplem crianças e adolescentes a partir de 6 anos, existe evidência pediátrica de benefício do aripiprazol na redução da irritabilidade associada ao TEA. A ausência de estudos específicos em crianças de 4 anos limita a extrapolação dos resultados, mas não equivale à ausência de evidência pediátrica nem afasta a possibilidade de uso individualizado. No caso concreto, o médico assistente indicou o medicamento para o manejo das manifestações do TEA e



justificou a formulação em suspensão oral pela possibilidade de melhor ajuste terapêutico. Ressalta-se, ainda, que o PCDT também não estabelece esquema posológico da risperidona para crianças menores de 5 anos, de modo que a alternativa preconizada pelo SUS não é diretamente aplicável à faixa etária do paciente.

2. PROPIONATO DE FLUTICASONA

2.1 Indicação em bula

Uso inalatório por via oral, 1, com indicação aprovada pela Anvisa para uso adulto e pediátrico acima de 1 ano. O propionato de fluticasona é indicado para o tratamento preventivo da asma reduzindo os sintomas e as exacerbações em pacientes previamente tratados com broncodilatadores isolados ou com outra terapia profilática. Em crianças a partir de 1 ano de idade, faixa etária que engloba o assistido (4 anos), é indicado quando houver necessidade de medicação preventiva para a asma, incluindo pacientes não controlados com o tratamento profilático disponível (13).

2.2 Padronização no SUS

O propionato de fluticasona não integra a RENAME nem o elenco de medicamentos preconizados pelo PCDT da Asma (3,14). Para o tratamento da asma, o SUS disponibiliza medicamentos por meio dos Componentes Básico (CBAF) e Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Entre as opções padronizadas encontram-se os corticosteroides inalatórios dipropionato de beclometasona e budesonida, os broncodilatadores salbutamol, fenoterol e formoterol, a associação formoterol e budesonida, os corticosteroides sistêmicos prednisona e prednisolona e, para situações específicas de asma grave, medicamentos imunobiológicos. A beclometasona e a budesonida pertencem à mesma classe farmacológica do propionato de fluticasona, sendo classificadas como corticosteroides inalatórios (3,14).

Para crianças menores de 5 anos, faixa etária do paciente, o PCDT de Asma de 2026 estabelece tratamento escalonado com corticosteroide inalatório. O protocolo sugere, para o teste terapêutico, o uso inicial de dipropionato de beclometasona 100 mcg a cada 12 horas, com redução para 50 mcg a cada 12 horas após resposta clínica compatível com o diagnóstico de asma. A resposta ao tratamento deve ser reavaliada antes da decisão sobre sua manutenção (14).

O dipropionato de beclometasona nas apresentações de 50 mcg, 200 mcg e 250



mcg, assim como o sulfato de salbutamol nas apresentações de 100 mcg e 5 mg e o brometo de ipratrópio nas apresentações de 0,02 mg e 0,25 mg, estão disponíveis por meio do Programa Farmácia Popular (5).

A REMUME de Carmo/RJ contempla o dipropionato de beclometasona para inalação oral nas apresentações de 50 mcg/dose, 200 mcg/dose e 250 mcg/dose, além de salbutamol, prednisona e prednisolona. A budesonida consta apenas na apresentação para inalação nasal, não havendo previsão da formulação para inalação oral. O propionato de fluticasona não integra a relação municipal de medicamentos (4).

O propionato de fluticasona foi avaliado pela CONITEC em dois processos de incorporação. No Relatório de Recomendação nº 66/2013, foram analisados 13 ensaios clínicos randomizados (ECRs), sendo quatro realizados em crianças e nove em adultos, além de uma metanálise Cochrane que reuniu 71 ensaios clínicos e 14.602 participantes. Os resultados não demonstraram superioridade clínica relevante da fluticasona em relação à beclometasona ou à budesonida. A CONITEC também identificou inadequações nas análises de custo e impacto orçamentário apresentadas pelo demandante. A decisão de não incorporação foi formalizada pela Portaria SCTIE/MS nº 34, de 6 de agosto de 2013 (15).

Em 2015, a tecnologia foi novamente avaliada para crianças e adultos com asma persistente moderada ou grave. Foram incluídas três revisões sistemáticas e 18 ensaios clínicos randomizados, dos quais nove compararam a fluticasona com a beclometasona e nove com a budesonida. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas de eficácia ou segurança entre os medicamentos, não tendo sido demonstrada superioridade terapêutica da fluticasona em relação aos corticosteroides inalatórios disponíveis no SUS. A CONITEC manteve a recomendação desfavorável diante do efeito terapêutico semelhante ao da budesonida e da possibilidade de impacto orçamentário adicional significativo. A não incorporação foi formalizada pela Portaria SCTIE/MS nº 46, de 29 de setembro de 2015 (16).

O PCDT de Asma, aprovado pela Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 43, de 24 de março de 2026, mantém o dipropionato de beclometasona e a budesonida como corticosteroides inalatórios disponíveis no SUS, sem incluir o propionato de fluticasona no elenco de medicamentos preconizados (14).



2.3 Evidência Científica

Revisão sistemática Cochrane publicada por Axelsson et al. (2019) incluiu seis ensaios clínicos randomizados, com 1.199 crianças de 4 a 12 anos com asma persistente. Quatro estudos compararam fluticasona com beclometasona ou budesonida. A fluticasona apresentou menor efeito sobre o crescimento em algumas análises, mas não houve diferença significativa na velocidade de crescimento em comparação à budesonida. A certeza das evidências variou de muito baixa a moderada, não permitindo selecionar o corticosteroide inalatório apenas com base nesse desfecho de segurança (17).

Revisão sistemática publicada por Yeo et al. (2017) incluiu 54 ensaios clínicos randomizados que compararam o propionato de fluticasona com outros corticosteroides inalatórios. Na população pediátrica, foram analisados 20 ensaios, com 3.370 crianças, dos quais sete compararam a fluticasona com a beclometasona e dez com a budesonida. Alguns estudos individuais apresentaram resultados favoráveis à fluticasona em medidas de função pulmonar e sugeriram menor impacto sobre o crescimento, enquanto, nos demais desfechos, os tratamentos apresentaram resultados geralmente semelhantes. A revisão não realizou metanálise e reuniu estudos heterogêneos quanto às doses, aos dispositivos e à duração do acompanhamento. Houve sobreposição com ensaios já considerados pela CONITEC, mas a revisão ampliou a síntese da evidência pediátrica. Os resultados reforçam a eficácia da fluticasona e apontam possíveis vantagens em desfechos específicos, embora não estabeleçam superioridade terapêutica global e consistente sobre a beclometasona ou a budesonida (18).

Revisão de revisões sistemáticas publicada por Castro-Rodríguez et al. (2015) incluiu 39 revisões de ensaios clínicos randomizados sobre o tratamento farmacológico contínuo da asma em crianças. Na comparação com a beclometasona ou a budesonida, a fluticasona apresentou resultados estatisticamente favoráveis no VEF1 e no pico de fluxo expiratório matinal e vespertino. Entretanto, não foi demonstrada vantagem consistente quanto às exacerbações, aos sintomas ou aos demais desfechos clínicos. As revisões que fundamentaram esses resultados já haviam sido consideradas pela CONITEC, de modo que o estudo reforça a existência de benefícios em parâmetros específicos da função pulmonar, mas não constitui evidência nova de superioridade terapêutica global da fluticasona (19).



3. CONCLUSÃO

O paciente, com 4 anos de idade, apresenta diagnóstico de TDAH e asma, classificados como quadro de moderada gravidade, e recebeu prescrição contínua de aripiprazol e propionato de fluticasona. O médico informou urgência para o início do tratamento, visando ao controle sintomático e comportamental e à melhora do desenvolvimento global. Embora o TEA não conste entre os diagnósticos registrados no laudo, o médico esclareceu que o aripiprazol foi indicado para o tratamento e manejo de suas manifestações, considerando necessária a apresentação em suspensão oral para melhor ajuste terapêutico. O medicamento apresenta evidências de redução da irritabilidade associada ao TEA. Seu uso, neste caso, é *off-label* quanto à indicação e à faixa etária. O PCDT preconiza a risperidona para o comportamento agressivo associado ao TEA, porém as doses pediátricas estabelecidas destinam-se a crianças maiores de 5 anos. Para o aripiprazol, há evidência de eficácia em população pediátrica, embora os dados específicos para crianças de 4 anos sejam limitados. Essa limitação deve ser considerada em conjunto com a indicação individualizada do médico assistente e com a ausência de esquema posológico da risperidona no PCDT para a faixa etária do paciente.

O propionato de fluticasona possui indicação aprovada pela Anvisa para o tratamento preventivo da asma em crianças a partir de 1 ano. As evidências confirmam sua eficácia e apontam resultados favoráveis em alguns parâmetros da função pulmonar e do crescimento. Os documentos do caso não registram utilização anterior das alternativas nem justificativa clínica específica para seu afastamento.

A Secretaria Municipal de Saúde negou o fornecimento porque os medicamentos não integram a REMUME ou a RENAME, mas não respondeu ao questionamento da Defensoria sobre as alternativas terapêuticas padronizadas. Para a asma, existem opções terapêuticas de mesma classe (corticosteroides inalatórios, como a beclometasona) disponíveis no SUS e no Programa Farmácia Popular. Quanto ao comportamento agressivo associado ao TEA, a alternativa prevista no PCDT (risperidona) não contempla diretamente a idade do paciente (menor de 5 anos).

No caso concreto, há elementos técnico-científicos mais favoráveis à análise individualizada do aripiprazol, considerando a indicação médica para manifestações associadas ao TEA, a necessidade da apresentação em suspensão oral e o fato de o



paciente não estar abrangido pela faixa etária contemplada pelo PCDT para uso da risperidona. As revisões sistemáticas e o ensaio clínico publicados entre 2025 e 2026, posteriormente ao PCDT, acrescentam evidências de benefício em população pediátrica, embora não incluam crianças de 4 anos. Os documentos não especificam os comportamentos que constituem o alvo do tratamento nem informam as intervenções comportamentais previamente realizadas. Para a fluticasona, não foi demonstrada a ineficácia ou inadequação das alternativas disponibilizadas pelo SUS. As evidências analisadas não afastam os fundamentos da CONITEC, pois não demonstram superioridade terapêutica global e consistente da fluticasona sobre a beclometasona ou a budesonida. Assim, o fundamento técnico para o fornecimento excepcional é mais consistente para o aripiprazol do que para o propionato de fluticasona.

REFERÊNCIAS

- [1] **ACHÉ LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS S.A. Aristab: aripiprazol: suspensão oral 1 mg/mL: bula para o profissional de saúde:** Bulário Eletrônico da Anvisa. São Paulo, SP: Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A., 19 nov. 2025. Disponível em: <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=105730724>>. Acesso em: 21 ago. 2026.
- [2] UNITED STATES. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. **New Pediatric Labeling Information Database: Abilify (aripiprazole).** Disponível em: <<https://www.accessdata.fda.gov/scripts/sda/sdDetailNavigation.cfm?id=14CE032259171B7DE053564DA8C071F2&rownum=490&sd=labelingdatabase>>. Acesso em: 22 ago. 2026.
- [3] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).** Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- [4] CARMO (RJ). SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: REMUME V1.0, janeiro/2024.** Carmo, RJ: Prefeitura Municipal de Carmo, jan. 2024. Disponível em: <https://www.carmo.rj.gov.br/external_files/Secretaria%20de%20Sa%C3%BAde/REMUME/REMUME%20-%20V1.0%20JAN-24%20-%20CARMO%20-%20RJ.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2026.
- [5] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Elenco de Medicamentos e Insumos:** Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 14 jul. 2026. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular/arquivos/elenco-de-medicamentos-e-insumos-pfpub.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2026.
- [6] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portariaconjuntan14pcdttranstornododeficitdeatencaocomhiperatividadetdah.pdf/@@display-file/file>>. Acesso em: 21 ago. 2026.



- [7] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20220419_portaria_conjunta_7_comportamento_agressivo_tea.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2026.
- [8] MEZA, N. et al. Atypical antipsychotics for autism spectrum disorder: a network meta-analysis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2025, n. 5, 21 maio 2025.
- [9] LOPES, L. P. N. et al. Efficacy and Safety of Second-Generation Antipsychotics for Irritability Associated With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v. 35, n. 6, p. e70365, jun. 2026.
- [10] PANDA, P. K. et al. Efficacy and safety of risperidone and aripiprazole in reducing severity of irritability in children with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. **Brain and Development**, v. 47, n. 5, p. 104454, out. 2025.
- [11] CASELLA, E.; MORAIS, R. M. (EDS.). **Guia prático: transtorno do espectro autista**. São Paulo, SP: Segmento Farma Editores, 2025.
- [12] HYMAN, S. L. et al. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. **Pediatrics**, v. 145, n. 1, p. e20193447, 1 jan. 2020.
- [13] GLAXOSMITHKLINE BRASIL LTDA. **Flixotide Spray: propionato de fluticasona: suspensão aerossol 50 mcg e 250 mcg/dose: bula para o profissional de saúde**: Bulário Eletrônico da Anvisa. Rio de Janeiro, RJ: GlaxoSmithKline Brasil Ltda., 13 out. 2025. Disponível em: <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=101070197>>. Acesso em: 21 ago. 2026.
- [14] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/2026/pcdt-da-asma/@@display-file/file>>. Acesso em: 21 ago. 2026.
- [15] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Fluticasona para asma**: Relatório de Recomendação da Conitec. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ago. 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2013/relatorio_fluticasona_asma.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2026.
- [16] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Propionato de fluticasona para o tratamento de crianças e adultos com asma moderada a grave**: Relatório de Recomendação da Conitec. Brasília, DF: Ministério da Saúde, set. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2015/fluticasona_asma_final.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2026.
- [17] AXELSSON, I. et al. Inhaled corticosteroids in children with persistent asthma: effects of different drugs and delivery devices on growth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2019, n. 6, 10 jun. 2019.



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



COSAU DEFENSORIA PÚBLICA
do Estado do Rio de Janeiro
Coordenação
de Saúde

- [18] YEO, S.-H. et al. Efficacy and safety of inhaled corticosteroids relative to fluticasone propionate: a systematic review of randomized controlled trials in asthma. **Expert Review of Respiratory Medicine**, v. 11, n. 10, p. 763–778, 3 out. 2017.
- [19] CASTRO-RODRIGUEZ, J. A.; RODRIGO, G. J.; RODRIGUEZ-MARTINEZ, C. E. Principal findings of systematic reviews for chronic treatment in childhood asthma. **Journal of Asthma**, v. 52, n. 4, p. 407–416, 21 abr. 2015.

Rio de Janeiro, 25/08/2026

Documento assinado digitalmente
gov.br BEATRIZ ARAUJO DE OLIVEIRA
Data: 25/08/2026 15:32:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Beatriz Araujo de Oliveira
Farmacêutica Residente CRF-RJ 36015

Documento assinado digitalmente
gov.br MILENA OLIVEIRA SALUSTINO SOUZA MELO
Data: 25/08/2026 15:35:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Milena Oliveira Salustino Souza Melo
Farmacêutica Residente CRF-RJ 37330

Documento assinado digitalmente
gov.br ALESSANDRA DE SOUZA
Data: 25/08/2026 15:26:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Alessandra de Souza
Farmacêutica Preceptora
CRF-RJ 11335