

## **NOTA TÉCNICA Nº 0097/2026 - NAT-JUS/SP**

### **1. Identificação do solicitante**

- 1.1. Solicitante: [REDACTED]
- 1.2. Processo nº 5000865-09.2025.4.03.6703
- 1.3. Data da Solicitação: 09/01/2026
- 1.4. Data da Resposta: 04/03/2026
- 1.5 Requerida: **SAÚDE PÚBLICA**

### **2. Paciente**

- 2.1. Data de Nascimento/Idade: 30/04/1984 – 41 anos
- 2.2. Sexo: Masculino
- 2.3. Cidade/UF: Araçatuba/SP
- 2.4. Histórico da doença: Doença de Crohn – K50.0

### **3. Quesitos formulados pelo(a) Magistrado(a)**



4. Descrição da Tecnologia

4.1. Tipo da tecnologia: MEDICAMENTO

| Medicamento      | Princípio Ativo | Registro na ANVISA | Disponível no SUS? | Opções disponíveis no SUS / Informações sobre o financiamento                                                                                                                                                                                                                                       | Existe Genérico ou Similar? |
|------------------|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| SKYRIZI 60mg/ml  | RISANQUIZUMABE  | 1986000160024      | SIM                | Pertence ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF, conforme PCDT Psoríase. Grupo de financiamento 1A.<br>Alternativas terapêuticas: Ácido fólico, Azatioprina, Ciclosporina, Hidrocortisona, Infliximabe, Mesalazina, Prednisona, Sulfassalazina, Tofacitinibe, Vedolizumabe. | NÃO                         |
| SKYRIZI 150mg/ml |                 | 1986000160032      | SIM                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NÃO                         |

| Medicamento                                          | Marca Comercial | Laboratório               | Apresentação                                              | PMVG           | Dose (1) | Custo Anual*   |
|------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------|----------|----------------|
| SKYRIZI 60mg/ml                                      | SKYRIZI         | ABBVIE FARMACÊUTICA LTDA. | 60 MG/ML MG SOL DIL INFUS CT FA VD TRANS X 10 ML          | R\$ 58.327,59  | 03 doses | R\$ 174.982,77 |
| SKYRIZI 150mg/ml                                     |                 |                           | 150 MG/ML SOL INJ CARP PLAS TRANS X 2,4 ML + DISP AUTOINJ | R\$ 34.996,55  | 06 doses | R\$ 209.979,3o |
| CUSTO TOTAL ANUAL - PREÇO MÁXIMO DE VENDA AO GOVERNO |                 |                           |                                                           | R\$ 384.962,07 |          |                |

\* Cálculo anual somente para medicamentos não incorporados na política pública do SUS, mas com registro na ANVISA, conforme Tema de Repercussão Geral nº 1234.

(1) **Risanquizumabe**: 01 unidade de 60mg/ml - 10ml (600mg) na semana 0, 4 e 8. Posteriormente 01 unidade de 150mg/ml – 2,4ml (360mg) na semana 12 e a cada 8 semanas.

4.2. Fonte do custo da tecnologia: Lista de preços CMED/Anvisa - Referência fevereiro/2026.

4.3. Recomendações da CONITEC: **Não avaliado para o quadro clínico do autor.**

## **5. Discussão**

### **5.1. Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia**

#### **Sobre a Doença de Crohn**

A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal de origem desconhecida, caracterizada pelo acometimento segmentar, assimétrico e transmural de qualquer porção do tubo digestivo, da boca ao ânus. Os segmentos do tubo digestivo mais acometidos são íleo, cólon e região perianal. Além das manifestações no sistema digestório, a DC pode ter manifestações extraintestinais, sendo as mais frequentes as oftalmológicas, dermatológicas e reumatológicas). A DC tem início mais frequentemente na segunda e terceira décadas de vida, mas pode afetar indivíduos de qualquer faixa etária.

A DC clínica ou cirurgicamente incurável, e sua história natural é marcada por ativações e remissões. O tratamento clínico é feito com aminossalicilatos, corticosteroides, antibióticos e imunossupressores, e objetiva a indução da remissão clínica, melhora da qualidade de vida e, após, manutenção da remissão. O tratamento cirúrgico é necessário para tratar obstruções, complicações supurativas e doença refratária ao tratamento medicamentoso.

Tendo em vista o perfil pior de efeitos adversos dos corticosteroides, recomenda-se iniciar o tratamento da doença leve a moderada colônica ou ileocolônica com sulfassalazina, na dose de 3- 6 g/dia (sulfassalazina 500 mg/dia por via oral, elevando-se a dose, gradualmente, conforme a tolerância do paciente), embora a associação de sulfassalazina e corticoesteroide tenha sido superior a sulfassalazina isoladamente em um ECR com 100 pacientes (número necessário tratar (NNT) = 4).

Pacientes com doença ileal devem ser tratados com corticosteroide (qualquer formulação e via, de acordo com a situação clínica), uma vez que foi demonstrado que a mesalazina, o aminossalicilato com níveis terapêuticos nessa região do intestino, tem efeito muito modesto quando comparado a placebo.

Pacientes que não obtiverem resposta clínica significativa após 6 semanas, que se mostraram intolerantes ou com contraindicação ao uso dos fármacos devem ser tratados como se tivessem doença moderada a grave, de acordo com seu estado clínico.

Pacientes com doença moderada a grave devem ser tratados com prednisona, na dose de 40-60 mg/dia, até a resolução dos sintomas e a cessação da perda de peso. Altas doses de corticosteroide (1 mg/kg de prednisona ou de metilprednisolona) têm taxas de resposta de 80%-90%. Inexiste benefício em se associar aminossalicilato ao corticosteroide. Após a melhora dos sintomas (usualmente 7 a 28 dias), a dose de corticosteroide deve ser lentamente diminuída, pois uma redução abrupta pode ocasionar recidiva da inflamação, além de insuficiência adrenal. Recomenda-se reduzir de 5 a 10 mg/semana até a dose de 20 mg e, após, 2,5 a 5 mg/semana até se suspender o tratamento.

A azatioprina (2,0 a 2,5 mg/kg/dia, em dose única diária) também é eficaz em induzir a remissão da DC, principalmente após a décima sétima semana de uso, sugerindo um período de latência no efeito. Esse fármaco também é útil para pacientes com recorrência dos sintomas, sendo eficaz tanto na indução como na manutenção da remissão. A eficácia dessa conduta sobre a atividade da doença deve ser avaliada em cerca de 3 meses. Em alguns casos, não é possível diminuir a dose de corticoesteroide sem que haja recidiva dos sintomas, sendo os pacientes considerados cortico-dependentes. Pela experiência de uso e ampla evidência em pacientes cortico-dependentes, deve-se acrescentar a azatioprina ao tratamento, sendo esse o imunomodulador de escolha. Nos casos em que não há resposta inicial com o uso em doses adequadas de azatioprina, recomenda-se a associação de azatioprina mais alopurinol. Alternativamente, caso o médico assistente prefira ou o paciente cortico-dependente tenha história de efeito adverso ou hipersensibilidade à azatioprina, pode-se usar metotrexato por via intramuscular (IM) semanal. Este mostrou ser superior a placebo na melhora dos sintomas de quadros clínicos refratários a corticosteroide tanto para indução quanto para a manutenção de remissão. Para pacientes sem resposta clínica significativa a corticosteroide, após 6 semanas, a azatioprina mais alopurinol, a metotrexato ou com contraindicação ou toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) a corticosteroide e imunossupressor, pode ser considerada a terapia de indução com anti-TNF- infliximabe (5 mg/kg nas semanas 0, 2 e 6), adalimumabe (160 mg na semana 0 e 80 mg na semana 2) ou certolizumabepegol (400 mg nas semanas 0, 2 e 4).

Os membros do Comitê de Medicamentos presentes na 125ª Reunião Ordinária da Conitec, realizada no dia 06 de dezembro de 2023, deliberaram por unanimidade, **recomendar a incorporação do ustequinumabe** para o tratamento de pacientes com doença de Crohn ativa moderada a grave que apresentar falha ou intolerância aos anti-TNFs disponíveis no SUS (adalimumabe, infliximabe e certolizumabe pegol).

Em casuística brasileira publicada em 2022 de pacientes com doença de Crohn (Castro, 2022), foram incluídos 74 pacientes, 85,1% previamente expostos a anti-TNFs. A remissão clínica com o uso de ustequinumabe foi observada em 45,8% e 59,4% dos pacientes nas semanas 8 e 52, respectivamente. As taxas de resposta clínica foram de 54,2% e 67,6% nas semanas 8 e 52. A remissão endoscópica foi observada em 21,8% dos pacientes. Dezesete pacientes apresentaram eventos adversos, principalmente infecções leves, sendo 22,9% dos pacientes submetidos à cirurgia abdominal (sendo a ileocolectomia o procedimento mais comum).

Na análise de evidências clínicas sobre a eficácia e segurança, foi observado que ustequinumabe foi superior ao placebo (substância neutra), mas obteve resultados semelhantes aos outros anti-TNF comparados (adalimumabe, infliximabe e certolizumabe),



tanto em relação à resposta clínica da doença quanto à remissão da DC, não apresentando benefícios adicionais. Além disso, sua administração foi considerada segura, assim como o uso dos seus comparadores. No estudo econômico, o medicamento em avaliação foi comparado com a terapia padrão (azatioprina, corticosteroide e metotrexato), com o adalimumabe e o certolizumabe, apresentando maior eficácia e maior custo total de tratamento em relação aos outros fármacos. Outro comparador foi o infliximabe. Neste caso, o ustekinumabe apresentou maior efetividade e menor custo. Em relação ao impacto orçamentário no SUS, considerou-se para cálculo duas populações. A primeira população foi a de pacientes adultos com DC ativa moderada a grave, com indicação de terapia biológica e com contraindicação aos antiTNF. Aqui, estimou-se que a incorporação deste medicamento, em um cenário conservador, resultaria em um incremento de R\$ 1,60 milhão, em cinco anos. Com a segunda população, pacientes com DC ativa moderada a grave, com indicação de terapia biológica e com falha ou intolerância aos anti-TNF, o impacto orçamentário seria de R\$ R\$ 33,42 milhões em cinco anos, também considerando um cenário conservador.

### **Sobre o Risanquizumabe**

#### **a. Classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC)**

Imunossupressor (imunomodulador).

#### **b. Indicações**

O medicamento risanquizumabe é indicado para o tratamento de:

Psoríase em placas: quadros moderados a graves em pacientes adultos (acima de 18 anos) que são candidatos a terapia sistêmica ou fototerapia;

Artrite psoriásica: em monoterapia ou em combinação com metotrexato (MTX), é indicado para o tratamento da artrite psoriática ativa em adultos (acima de 18 anos) que tiveram uma resposta inadequada ou que foram intolerantes a um ou mais medicamentos antirreumáticos modificadores da doença (DMARDs);

Doença de Crohn: quadros ativos, moderados a graves em pacientes adultos (acima de 18 anos).

#### **c. Informações sobre o medicamento**

O risanquizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado (imunoglobulina G1 [IgG1]) bloqueador da interleucina-23. Este ativo é produzido em células de ovário de hamster chinês (CHO), utilizando a tecnologia de DNA recombinante.

O risanquizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado IgG1 que se liga seletivamente com alta afinidade à subunidade p19 da citocina humana interleucina 23 (IL-23) e inibe sua interação com o complexo do receptor da IL-23. A IL-23 é uma citocina habitualmente presente no corpo humano que está envolvida em respostas inflamatórias e imunes. A IL-23 dá suporte ao desenvolvimento, manutenção e ativação de células Th17,

que produzem IL-17A, IL-17F e IL-22, bem como outras citocinas pró-inflamatórias, e desempenha um papel fundamental na condução de doenças autoimunes inflamatórias, como a psoríase e doença de Crohn e colite ou retocolite ulcerativa. A IL-23 é regulada positivamente na pele lesionada em comparação com a pele não lesionada de pacientes com psoríase em placas. A IL-23 é elevada na mucosa colônica inflamada dos pacientes com doença de Crohn e colite ou retocolite ulcerativa, em comparação à mucosa colônica de pacientes saudáveis. Ao bloquear a ligação da IL-23 ao seu receptor, o risanquizumabe inibe a sinalização celular dependente de IL-23 e a liberação de citocinas pró-inflamatórias.

O risanquizumabe não se liga à IL-12 humana, que compartilha a subunidade p40 com a IL-23.

O medicamento risanquizumabe está padronizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento da Psoríase - CID10 L40.0, L40.1, L40.4, L40.8, por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), na apresentação de 75 mg/0,83 mL (solução injetável, via subcutânea, seringa preenchida), sendo necessário o preenchimento dos critérios de inclusão definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT da doença.

Cabe ao paciente a responsabilidade de buscar atendimento pela via administrativa por meio do CEAF e atender as exigências preconizadas no PCDT (exames, documentos, receita, termo de consentimento e laudo médico, entre outros). Os documentos serão analisados por técnicos da SES e, estando de acordo com o protocolo, os medicamentos serão disponibilizados e entregues para o paciente na sua respectiva unidade de saúde, conforme o tempo previsto para cada tratamento.

#### **d. Alternativas terapêuticas**

##### Doença de Crohn

- Ácido fólico
- Azatioprina
- Ciclosporina
- Hidrocortisona
- Infliximabe
- Mesalazina
- Prednisona
- Sulfassalazina
- Tofacitinibe
- Vedolizumabe

#### **e. Informações sobre o financiamento**

O medicamento risanquizumabe pertence ao Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). A aquisição dos medicamentos que compõem o grupo 1A é de responsabilidade exclusiva da União.

O Grupo 1 (1A e 1B) é constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou segunda linha de tratamento e por aqueles que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do Grupo 1 (1A e 1B) é das Secretarias Estaduais de Saúde. Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional.

#### f. **Avaliação da CONITEC**

Os membros da Conitec presentes na 89ª reunião ordinária, no dia 06 de agosto de 2020, deliberaram por recomendar a incorporação no SUS do risanquizumabe para psoríase moderada a grave, com a recomendação de renegociação dos preços para as tecnologias já incorporadas no SUS para essa indicação.

#### 5.2. Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia

Reduzir níveis de atividade de doença e/ou induzir e manter remissão em pacientes com doença de Crohn moderada a grave.

### **6. Conclusão**

#### 6.1. Parecer

( ) Favorável

**( X ) Desfavorável**

#### 6.2. Conclusão Justificada

Trata-se de paciente do sexo masculino, 41 anos de idade, diagnosticado com Doença de Crohn que já foi submetido à ileocelectomia direita por complicações da doença, fez uso de mesalazina, infliximabe por 3 vezes, adalimumabe e vedolizumabe sem controle da doença. O médico assistente solicita o medicamento risanquizumabe para controle da doença.

Os membros do Conitec deliberaram **recomendar a incorporação do ustequinumabe** para o tratamento de pacientes com doença de Crohn ativa moderada a grave que

apresentar falha ou intolerância aos anti-TNFs disponíveis no SUS (adalimumabe, infliximabe e certolizumabe pegol).

Portanto este NATJUS manifesta-se **DESFAVORÁVEL** à demanda, visto disponibilidade de alternativa terapêutica incorporada no SUS (ustequinumabe).

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de urgência e emergência do CFM?

( ) SIM, com potencial risco de vida

( ) SIM, com risco de lesão de órgão ou comprometimento de função

(X) NÃO

## **7. Referências bibliográficas**

1. Brasil, Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença de Crohn. Novembro/2017.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Ustequinumabe para o tratamento da doença de Crohn ativa moderada a grave. Relatório para a sociedade. Brasília, 2023.
3. Castro PC, Magro DO, Nones RB, Furlan TK, Miranda EF, Kotze PG. Ustequinumabe no manejo da doença de Crohn: um estudo observacional brasileiro. Arq Gastroenterol. 2022; 59(4): 501-07
4. MacDonald JK, Nguyen TM, Khanna R, Timmer A. Anti-IL-12/23p40 antibodies for induction of remission in Crohn's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 25;11(11):CD007572. doi: 10.1002/14651858.CD007572.pub3. PMID: 27885650; PMCID: PMC6464484
5. Scott FI, Lichtenstein GR. Therapeutic Drug Monitoring of Anti-TNF Therapy in Inflammatory Bowel Disease. Curr Treat Options Gastroenterol. 2014;12(1):59-75. doi:10.1007/s11938-013-0004-5
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. Relatório de Recomendação nº 864: Ustequinumabe para o tratamento de pacientes com Doença de Crohn ativa moderada a grave. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/20240123\\_relatorio\\_864\\_ustequinumabe.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/20240123_relatorio_864_ustequinumabe.pdf).
7. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Skyrizi. Consulta ao Bulário Eletrônico. 2026. Disponível em: <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=198600016>>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Risanquizumabe para o tratamento de pacientes adultos com psoríase em placas moderada a grave. Relatório de Recomendação da Comissão

Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/20200921\\_relatorio\\_risanquizumabe\\_psoriase\\_534.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/20200921_relatorio_risanquizumabe_psoriase_534.pdf)

## **8. Outras Informações – conceitos**

### **ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar**

A ANS é a agência reguladora do setor de planos de saúde do Brasil. Tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

### **ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária**

A ANVISA é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde e sua finalidade é fiscalizar a produção e consumo de produtos submetidos à vigilância sanitária como medicamentos, agrotóxicos e cosméticos. A agência também é responsável pelo controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras.

**CONITEC** – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. A CONITEC é um órgão colegiado de caráter permanente do Ministério da Saúde, que tem como função essencial assessorar na definição das tecnologias do SUS. É responsável pela avaliação de evidências científicas sobre a avaliação econômica, custo-efetividade, eficácia, a acurácia, e a segurança do medicamento, produto ou procedimento, e avaliação econômica: custo-efetividade.

### **RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**

O RENAME é um importante instrumento orientador do uso de medicamentos e insumos no SUS. É uma lista de medicamentos que reflete as necessidades prioritárias da população brasileira, contemplando o tratamento da maioria das patologias recorrentes do país.  
[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_medicamentos\\_2024.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf)

### **REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais**

A REMUME é uma lista padronizada de medicamentos adquiridos pelo município, norteadas pela RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) que atende às necessidades de saúde prioritárias da população, sendo um importante instrumento orientador do uso de medicamentos no município.



**PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT)** - regramentos do Ministério da Saúde que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. São baseados em evidência científica e consideram critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

**FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA** é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, conforme estabelecido na Portaria GM/MS n. 204/2007, os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento, entre os quais o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, que é constituído por três componentes:

» **Componente Básico da Assistência Farmacêutica:** destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf) inclui os medicamentos que tratam os principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde. O financiamento desse Componente é responsabilidade dos três entes federados. A responsabilidade pela aquisição e pelo fornecimento dos itens à população fica a cargo do ente municipal, ressalvadas as variações de organização pactuadas por estados e regiões de saúde.

» **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica:** financiamento para o custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de patologias que, por sua natureza, possuem abordagem terapêutica estabelecida. Este componente é financiado pelo Ministério da Saúde, que adquire e distribui os insumos a ele relacionados. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) destina-se ao acesso dos medicamentos e insumos destinados aos agravos com potencial de impacto endêmico e às condições de saúde caracterizadas como doenças negligenciadas, que estão correlacionadas com a precariedade das condições socioeconômicas de um nicho específico da sociedade. Os medicamentos do elenco do Cesaf são financiados, adquiridos e distribuídos de forma centralizada, pelo Ministério da Saúde, cabendo aos demais entes da federação o recebimento, o armazenamento e a distribuição dos medicamentos e insumos dos programas considerados estratégicos para atendimento do SUS.

» **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:** este componente tem como principal característica a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de agravos cujas abordagens terapêuticas estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Estes PCDT estabelecem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das patologias



contempladas e a instância gestora responsável pelo seu financiamento. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) é uma estratégia de acesso a medicamentos, no âmbito do SUS, para doenças crônico-degenerativas, inclusive doenças raras, e é caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos de financiamento, com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

**A autoria do presente documento não é divulgada, nos termos do artigo 3º, §1º, da Resolução nº 479/2022, do Conselho Nacional de Justiça.**