

## **NOTA TÉCNICA Nº 1587/2026 - NAT-JUS/SP**

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

- 1.1. Solicitante: [REDACTED]
- 1.2. Processo nº 5000999-36.2025.4.03.6703
- 1.3. Data da Solicitação: 20/02/2026
- 1.4. Data da Resposta: 15/04/2026
- 1.5 Requerida: **SAÚDE PÚBLICA**

### **2. Paciente**

- 2.1. Data de Nascimento/Idade: 28/11/1972 – 53 anos
- 2.2. Sexo: Masculino
- 2.3. Cidade/UF: Marília/SP
- 2.4. Histórico da doença: CID K50.1 – Doença de Crohn

### **3. Descrição da Tecnologia**

- 3.1. Tipo da tecnologia: MEDICAMENTO - Infiximabe



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO  
■ SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
SGP 5 – Diretoria da Saúde

---

#### 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?
<b>REMICADE 100MG/AMPOLA</b>	INFLIXIMABE	1123634030011	SIM	DE ACORDO COM O PCDT DA DOENÇA (BRASIL, 2017): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SULFASSALAZINA: COMPRIMIDO DE 500 MG;</li> <li>▪ MESALAZINA: COMPRIMIDO DE 400, 500 E 800 MG;</li> <li>▪ HIDROCORTISONA: SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 100 E 500 MG;</li> <li>▪ PREDNISONA: COMPRIMIDO DE 5 E 20 MG;</li> <li>▪ METILPREDNISOLONA: SOLUÇÃO INJETÁVEL 500 MG;</li> <li>▪ METRONIDAZOL: COMPRIMIDO DE 250 E 400 MG;</li> <li>▪ CIPROFLOXACINO: COMPRIMIDO DE 500 MG;</li> <li>▪ AZATIOPRINA: COMPRIMIDO DE 50 MG;</li> <li>▪ METOTREXATO: SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 50 MG;</li> <li>▪ <b>INFLIXIMABE: FRASCO-AMPOLA COM 100 MG – GRUPO DE FINANCIAMENTO 1A</b></li> <li>▪ ADALIMUMABE: SERINGA PRÉ-PREENCHIDA COM 40 MG;</li> <li>▪ CERTOLIZUMABE PEGOL: SERINGA PRÉ-PREENCHIDA COM 200 MG;</li> <li>▪ ALOPURINOL: COMPRIMIDOS DE 100 E 300 MG</li> <li>▪ USTEQUINUMABE: SOLUÇÃO INJETÁVEL 45 MG/0,5 ML E 130 MG</li> </ul> ALÉM DE OPÇÕES DE TRATAMENTO CIRÚRGICO	SIM

Medicamento	Marca Comercial	Laboratório	Apresentação	PMVG	Dose	Custo Anual*
<b>REMICADE</b>	REMICADE	JANSSEN-CILAG FARMACEUTICA LTDA	10 MG/ML PO LIOF CT FA VD TRANS X 10 ML	R\$ 3.671,15	DILUIR 4 AMPOLAS EM SF 0,9%, APLICAR INTRAVENOSO EM TEMPO DE INDUÇÃO DE 2H, A CADA 4 SEMANAS (PESO 75KG/ALTURA 177CM)	R\$ 190.899,80
<b>CUSTO TOTAL ANUAL - PREÇO MÁXIMO DE VENDA AO GOVERNO</b>				R\$ 190.899,80		
<b>MÉDICO PRESCRITOR</b>				<b>SAÚDE PÚBLICA</b>		

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



4.2. Fonte do custo da tecnologia: Lista de preços CMED/Anvisa - Referência 04/2026.

4.3. Recomendações da CONITEC: ( x ) RECOMENDADO\* ( ) NÃO RECOMENDADO ( ) NÃO AVALIADO

\*A 143ª Reunião Ordinária da Conitec foi realizada nos dias 7 e 8 de agosto de 2025. No dia 7 de agosto de 2025, o Comitê de Medicamentos recomendou, por maioria simples, a incorporação, ao SUS, do infliximabe por via subcutânea para o tratamento de pacientes com doença de Crohn moderada a grave que tiveram resposta inadequada às terapias convencionais, com fístula perianal complexa, conforme Protocolo Clínico do Ministério da Saúde.

## **5. Discussão**

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

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 imunossuppressores 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 corticoesteroide (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 corticoesteroide (1 mg/kg de prednisona ou de metilprednisolona) têm taxas de resposta de 80%-90%. Inexiste benefício em se associar aminossalicilato ao corticoesteroide. Após a melhora dos sintomas (usualmente 7 a 28 dias), a dose de corticoesteroide 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 corticoesteroide tanto para indução quanto para a manutenção de remissão.

Para pacientes sem resposta clínica significativa a corticoesteroide, após 6 semanas, a azatioprina mais alopurinol, a metotrexato ou com contraindicação ou toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) a corticoesteroide 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).

Assim, o medicamento infliximabe é compatível com o quadro clínico do paciente, e a medicação infliximabe está disponível no SUS para o tratamento da doença de Crohn, conforme PCDT.

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

Melhora do processo inflamatório local e das manifestações sistêmicas.

## **6. Conclusão**

### **6.1. Parecer**

( x ) Favorável SEM NECESSIDADE DE MARCAS ESPECÍFICAS

( ) Desfavorável

### **6.2. Conclusão Justificada**

O uso de infliximabe pode ser justificado clinicamente e está de acordo com as recomendações nacionais e de maneira alinhada às recomendações internacionais de tratamento da doença de Crohn. Neste sentido, a solicitação é adequada e coerente do ponto de vista técnico e está em linha com o PCDT da doença de Crohn.

Concluimos favoravelmente à demanda, no entanto salientamos que **não há necessidade de marcas específicas** uma vez que o princípio ativo e a forma farmacêutica regularizada já asseguram eficácia e segurança terapêutica, conforme normas sanitárias. 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**

- Araujo FC, Gonçalves J, Fonseca JE. Biosimilars in rheumatology. Pharmacol Res. 2019;149:104467.
- Ascef BO, Silva RGL, Oliveira HA, Soárez PC. Intercambialidade e substituição de biossimilares: seria a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) um instrumento para tomada de decisão? [internet]. Cad Saúde Pública. 2019, Sep 16 [cited 2021, Jan 7]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001100301&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001100301&lng=en)
- Brasil, Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença de Crohn. Novembro/2017. Disponível em [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Portaria Conjunta 14 PCDT Doenca de Crohn 28 11 2017.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Portaria_Conjunta_14_PCDT_Doenca_de_Crohn_28_11_2017.pdf)
- World Health Organization. Expert Committee on Biological Standardization. Guidelines on evaluation of similar biotherapeutic products (SBPs). [internet] 2009, Oct 23. Disponível em [www.who.int/biologicals/areas/biological\\_therapeutics/BIOTHERAPEUTICS FOR WE B 22APRIL2010.pdf](http://www.who.int/biologicals/areas/biological_therapeutics/BIOTHERAPEUTICS_FOR_WE_B_22APRIL2010.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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_medicamentos\\_2024.pdf](https://bvsmms.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)** - regimentos 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.**