

## **NOTA TÉCNICA Nº 4307/2026 - NAT-JUS/SP**

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

- 1.1. Solicitante: [REDACTED]
- 1.2. Processo nº 5000675-12.2026.4.03.6703
- 1.3. Data da Solicitação: 29/05/2026
- 1.4. Data da Resposta: 09/06/2026
- 1.5 Requerida: **SAÚDE PÚBLICA**

### **2. Paciente**

[REDACTED]

- 2.1. Data de Nascimento/Idade: 08/02/2002 - 24 anos
- 2.2. Sexo: Feminino
- 2.3. Cidade/UF: São Paulo/SP
- 2.4. Histórico da doença: Diabetes Mellitus Tipo 1 – CID E10



### 3. Descrição da Tecnologia

#### 3.1. Tipo da tecnologia: **MEDICAMENTO – INSULINAS ANÁLOGAS**

As formulações de insulinas disponíveis no Brasil, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2025, são:

Tipo	Nome	Início	Pico	Duração
<b>Insulinas Basais</b>				
Insulina Intermediária	NPH	2-4h	4-10h	10-18h
Análogo de ação longa	Glargina U100	2-4h	-	20-24h
Análogo de ação intermediária	Detemir	1-3h	6-8h	18-22h
Análogo de ação ultra-longa	Glargina U300	6h	-	36h
	Degludeca	<4h	-	42h
<b>Insulinas Prandiais</b>				
Insulina Rápida	Regular (Humulin R /Novolin R)	30-60 min	2-3h	5-8h
Análogo de ação ultra-rápida	Asparte (Novorapid)	5-15 min	30min-2h	3-5h
	Lispro (Humalog)			
	Glulisina (Apidra)	2-5 min	1-3h	5h
	Fast Asparte (Fiasp)	Imediato	10-20 min	1-2H

\* Fonte: <https://diretriz.diabetes.org.br/insulinoterapia-no-diabetes-mellitus-tipo-1-dm1/>



### 3.2 Dispensações pelo SUS para pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1

Princípio ativo	Marca comercial	Tipo	RENAME 2024	Disponível no SUS	Observações
<b>Insulinas Basais</b>					
NPH – Humana	Humulin N, Novolin N	Intermediária	Sim	Sim, Componente Básico	
<b>Glargina U100</b>	Basaglar, Glargilin, Glatas, Lantus	<b>Insulina análoga de ação prolongada</b>	Sim	<b>Sim, Componente Especializado</b>	<b>Idade mínima: 2 anos</b>
<b>Glargina U300</b>	Toujeo	<b>Insulina análoga de ação prolongada</b>	Sim	Não	
<b>Insulinas Prandiais</b>					
Regular	Humulin R, Novolin R	Rápida	Sim	Sim, Componente Básico	
<b>Asparte</b>	Novorapid	<b>Insulina análoga de ação rápida</b>	Sim	<b>Sim, Componente Especializado</b>	<b>Para crianças entre 1 e 3 anos</b>
<b>Lispro</b>	Humalog	<b>Insulina análoga de ação rápida</b>	Sim	<b>Sim, Componente Especializado</b>	<b>Para maiores de 3 anos</b>

Fonte: Rename 2024: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_medicamentos\\_2024.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf)

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: [https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmacutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmacutica/medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmacutica/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-do-ministerio-da-saude/286\\_diabetes\\_tipo\\_i\\_v15\\_prolongada\\_e\\_rapida\\_1\\_.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmacutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmacutica/medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmacutica/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-do-ministerio-da-saude/286_diabetes_tipo_i_v15_prolongada_e_rapida_1_.pdf)



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

### 3.3. Recomendações da CONITEC:

Os membros da CONITEC presentes na 75ª reunião ordinária do plenário do dia 13/03/2019 deliberaram por unanimidade **recomendar** a incorporação da insulina análoga de ação rápida e prolongada para o tratamento de diabetes mellitus tipo I, condicionada ao custo de tratamento igual ou inferior ao da insulina NPH na apresentação de tubete com sistema aplicador e mediante protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

## **4. Discussão**

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

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica do metabolismo. Ele é causado por fatores genéticos, biológicos e ambientais e é caracterizado por um estado de hiperglicemia persistente secundária a uma deficiência na produção ou na ação da insulina. Essa hiperglicemia leva a complicações micro e macrovasculares, que podem resultar em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. Com base na etiologia, o DM pode ser classificado em: DM tipo 1: doença autoimune decorrente da destruição das células pancreáticas produtoras de insulina, acarretando uma deficiência completa na produção desse hormônio; DM tipo 2: compreende cerca de 90 a 95% dos casos, e decorre do desenvolvimento de uma resistência a insulina dos tecidos periféricos associada a um aumento da produção de glicose e elevados níveis de glucagon.

Trata-se de uma doença crônica e progressiva, caracterizada por hiperglicemia e resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. O DM pode apresentar complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e estado hiperosmolar hiperglicêmico não cetótico) e crônicas (retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença cardiovascular).

O principal objetivo do tratamento do DM1 é o bom controle metabólico, mantendo estáveis os níveis glicêmicos, reduzindo os riscos de surgimento de complicações da doença. Assim, são estipulados níveis ideais de hemoglobina glicada e de glicemia capilar diária, que dependem da faixa etária do paciente ou das comorbidades que predisponham à hipoglicemia. As evidências demonstram que pacientes com controle intensivo desde o início do tratamento apresentam benefícios claros na redução de complicações micro e macrovasculares. Para o tratamento medicamentoso do Diabetes Tipo 1, são utilizadas preparações de insulina (ou análogos da insulina). As insulinas são divididas segundo o perfil de ação em: ação curta, rápida, intermediária, longa, ultralonga e bifásica. As duas primeiras categorias geralmente são utilizadas para controlar os níveis glicêmicos associados às refeições, enquanto as demais são utilizadas para simular os níveis basais de secreção de insulina do organismo. O tratamento convencional atual é feito com insulina de ação intermediária (NPH), em duas aplicações diárias (no café da manhã e jantar, por exemplo), associada à insulina de ação rápida (insulina regular), duas ou três vezes ao dia.

## **Insulina de análoga ação rápida/ultrarápida (IAAR)**

A manipulação da estrutura da molécula de insulina, por meio do DNA recombinante levou ao desenvolvimento de insulinas análogas com perfis farmacocinéticos diferentes das insulinas regular e NPH. Os análogos de insulina de ação rápida/ultrarápida (asparte, glulisina, lispro) apresentam perfil farmacocinético mais próximo da secreção fisiológica de insulina pós-prandial, com início de ação mais rápido e menor duração, o que permite melhor controle da glicemia pós-refeição e menor risco de hipoglicemias tardias. Todos os análogos de ação rápida são igualmente eficazes na redução da hemoglobina glicada (HbA1c) e nos episódios de hipoglicemia grave.

A insulina asparte é um análogo de insulina de ação rápida disponível em uma formulação convencional (por exemplo, NovoLog, NovoRapid) e uma formulação de ação mais rápida (Fiasp – asparte adicionada de niacinamida, o que melhora sua absorção), que diferem no início de ação e nas instruções de administração. As necessidades de insulina variam drasticamente entre os pacientes e exigem monitoramento frequente e supervisão médica rigorosa. A insulina asparte deve ser usada concomitantemente com insulina de ação intermediária ou longa (isto é, regime de injeção diária múltipla) ou em um dispositivo de infusão subcutânea contínua de insulina.

Para o uso de análogo de insulina de ação rápida (formado por três representantes: **asparte, lispro e glulisina**) os pacientes deverão apresentar, além dos critérios de inclusão de DM1, todas as condições descritas em laudo médico, segundo o PCDT de DM tipo 1

Conforme Nota Técnica CAF nº 01, de 21/01/2025, as insulinas análogas de ação rápida (IAAR) disponíveis no mercado nacional e passíveis de aquisição pelo Ministério da Saúde são: Lispro, Asparte e Glulisina. No momento, a insulina distribuída no CEFAP pode ser qualquer uma das descritas anteriormente.

A insulina análoga está liberada por meio da farmácia de alto custo, quando em concordância das condições citadas em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) – Portaria Conjunta nº 17 de 12 de novembro de 2019.

**Para o uso de análogo de insulina de ação rápida, os pacientes deverão apresentar, além dos critérios de inclusão de DM1, todas as condições descritas em laudo médico:**

- Uso prévio de insulina NPH e insulina Regular por pelo menos três meses;
- Apresentação, nos últimos seis meses, de pelo menos um dos critérios abaixo, após terem sido excluídos fatores causais para as hipoglicemias (redução de alimentação sem

redução da dose de insulina, exercício físico sem redução da dose de insulina, revisão dos locais de aplicação de insulina, uso de doses excessivas de insulina, uso excessivo de álcool):

- Hipoglicemia grave (definida pela necessidade de atendimento emergencial ou de auxílio de um terceiro para sua resolução) comprovada mediante relatório de atendimento emergencial, registros em softwares, tabelas ou glicosímetros, quando disponíveis;
  - Hipoglicemias não graves repetidas (definida como dois episódios ou mais por semana) caracterizadas por glicemia capilar < 54mg/dL com ou sem sintomas ou < 70mg/dL acompanhado de sintomas (tremores, sudorese fria, palpitações e sensação de desmaio);
  - Hipoglicemias noturnas repetidas (definidas como mais de um episódio por semana); ou
  - Mau controle persistente, comprovado pela análise laboratorial dos últimos doze meses de acordo com os critérios da HbA1c.
- Realização de automonitorização da glicemia capilar (AMG) no mínimo três vezes ao dia;
  - Acompanhamento regular (mínimo duas vezes ao ano) com médico e equipe multidisciplinar e sempre que possível com endocrinologista.

### **Insulina de análoga ação prolongada (IAAP)**

A **insulina glargina**, assim como as insulinas **degludeca e detemir**, é um análogo de insulina, de duração ultralonga, apresentando meia-vida de aproximadamente 26 horas e duração da ação de 42 horas. Apresenta mesma forma de aplicação das insulinas glargina, podendo ser administrada a qualquer hora do dia (deve haver um intervalo de no mínimo 8 horas).

**Para o uso de análogo de insulina de ação prolongada, os pacientes deverão apresentar, além dos critérios de inclusão de DM1, todas as seguintes condições descritas em laudo médico:**

- Uso prévio da insulina NPH associada à insulina análoga de ação rápida por pelo menos três meses;
- Apresentação, nos últimos seis meses, de pelo menos um dos critérios abaixo após terem sido excluídos fatores causais para as hipoglicemias (redução de alimentação sem redução da dose de insulina, exercício físico sem redução da dose de insulina, revisão dos

locais de aplicação de insulina, uso de doses excessivas de insulina, uso excessivo de álcool):

- Hipoglicemia grave (definida pela necessidade de atendimento emergencial ou de auxílio de um terceiro para sua resolução) comprovada mediante relatório de atendimento emergencial, registros em softwares, tabelas ou glicosímetros, quando disponíveis;
- Hipoglicemia não graves repetidas (definida como dois episódios ou mais por semana) caracterizadas por glicemia capilar < 54mg/dL com ou sem sintomas ou < 70mg/dL acompanhado de sintomas (tremores, sudorese fria, palpitações e sensação de desmaio);
- Hipoglicemias noturnas repetidas (definidas como mais de um episódio por semana);
- Persistente mau controle, comprovado pela análise laboratorial dos últimos doze meses de acordo com os critérios da HbA1c.
- Acompanhamento regular (mínimo duas vezes ao ano) com médico e equipe multidisciplinar e sempre que possível com endocrinologista;
- Realização de automonitorização da glicemia capilar (AMG) no mínimo três vezes ao dia.

A dispensação de insulinas análogas de ação rápida ou prolongadas são realizadas através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e seguem critérios de inclusão no programa do Ministério da Saúde, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 1.

### **Bomba de infusão de insulina**

A bomba de infusão contínua de insulina (sistema de infusão contínua de insulina – SICI) consiste em tecnologia destinada à administração subcutânea contínua de insulina, com objetivo de simular a secreção fisiológica do hormônio. Apesar de representar avanço tecnológico na terapêutica do diabetes mellitus tipo 1, sua análise no contexto do Sistema Único de Saúde deve observar critérios de eficácia, segurança, efetividade clínica e custo-efetividade, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.

O insumo demandado, MiniMed 780G, é um Sistema de Infusão Contínua de Insulina acoplado a um sensor de glicemia que, além de administrar a insulina, realiza o controle periódico ou contínuo dos níveis de glicose no líquido subcutâneo e com isso detecta possíveis episódios de hiper ou hipoglicemia (níveis altos e baixos de glicose no sangue). Ao utilizar um sensor e um transmissor, a bomba de insulina mostra os valores contínuos do sensor e armazena estes dados para que possam ser analisados de

forma a acompanhar padrões e a melhorar a gestão do diabetes. Estes dados podem ser transferidos para um computador para análise do histórico dos valores de glicose. O sistema de bomba de infusão contínua de insulina (SIC) é uma alternativa à aplicação múltipla diária (MDI) de insulina e visa favorecer ao paciente diabético um perfil similar ao fisiológico.

Algumas evidências não mostram diferenças significativas entre insulina na forma intermitente ou infusão na forma de bomba em relação à eficácia, podendo haver uma vantagem pequena em hipoglicemia noturna. Mesmo em relação à hipoglicemia, a evidência é inconsistente, havendo estudos que não encontraram diferenças em hipoglicemia grave.

De acordo com avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), formalizada por meio de relatório técnico e decisão ministerial, não foi recomendada a incorporação da bomba de infusão de insulina no SUS, em razão da insuficiência de evidências robustas que demonstrem benefício clínico relevante em comparação à terapia padrão com múltiplas aplicações de insulina.

As evidências disponíveis, baseadas em metanálises de ensaios clínicos randomizados, indicam que o uso do SICI está associado a redução discreta dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c), geralmente em torno de 0,18% a 0,55%, magnitude considerada clinicamente pouco significativa.

No que se refere à ocorrência de hipoglicemias, os resultados são heterogêneos, com estudos demonstrando redução de eventos em alguns cenários, enquanto outros não evidenciam diferença significativa em relação ao esquema convencional de múltiplas doses de insulina.

Além disso, não foram identificadas evidências consistentes quanto à redução de desfechos clínicos mais relevantes, como complicações crônicas do diabetes, mortalidade ou eventos adversos graves, permanecendo incertezas quanto ao impacto da tecnologia no prognóstico a longo prazo.

Importa destacar, ainda, que a terapia convencional intensiva com múltiplas doses de insulina (basal-bolus), associada ao monitoramento glicêmico adequado, permanece como padrão terapêutico eficaz e disponível no SUS, sendo capaz de promover controle glicêmico adequado na maioria dos pacientes quando corretamente instituída e acompanhada.

Ademais, a bomba de insulina não integra a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) nem os componentes da assistência farmacêutica do SUS, configurando tecnologia não padronizada e não incorporada, o que reforça a ausência de obrigação de fornecimento rotineiro pelo sistema público de saúde.

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

Controle dos níveis glicêmicos e prevenção de complicações.

## 5. Conclusão

O NAT-Jus é **favorável** ao fornecimento da insulina análoga de ação rápida e prolongada, conforme marca disponível no SUS, uma vez que se trata de medicamento indicado para a diabetes mellitus tipo 1, reforçando que a tecnologia solicitada está disponível no SUS e que, em posse de documentação comprobatória dos critérios citados no PCDT de Diabetes Mellitus Tipo I, haverá acesso à insulina análoga garantido pela via administrativa de acesso ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) de seu município, sem indicação de marcas.

Diante do exposto, considerando (i) a ausência de incorporação pelo SUS, (ii) a evidência científica limitada quanto à superioridade clínica relevante frente ao tratamento disponível, (iii) a disponibilidade de alternativas terapêuticas eficazes já ofertadas na rede pública e (iv) a falta de demonstração inequívoca de benefício adicional significativo no caso concreto, **não se justifica a indicação da bomba de infusão de insulina como tecnologia imprescindível ao tratamento**, tampouco sua concessão pelo SUS neste contexto.

## 6. Referências bibliográficas

- Diretriz Sociedade Brasileira de Diabetes. 2025. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>
- Melanie Rodacki, Roberta A. Cobas, Lenita Zajdenverg, Wellington Santana da Silva Júnior, Luciano Giacaglia, Luis Eduardo Calliari, Renata Maria Noronha, Cynthia Valerio, Joaquim Custódio, Mauro Scharf, Cristiano Roberto Gimaldi Barcellos, Maithe Pimentel Tomarchio, Maria Elizabeth Rossi da Silva, Rosa Ferreira dos Santos, Bianca de Almeida- Pitito, Carlos Antonio Negrato, Monica Gabbay, Marcello Bertoluci | Diagnóstico de diabetes mellitus. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2024)**. DOI: 10.29327/5412848.2024-1, ISBN: 978-65-272-0704-7.
- Silva Júnior WS, Gabbay MAL, Lamounier RN, Bertoluci M. Insulinoterapia no diabetes mellitus tipo 1 (DM1). **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2025)**. DOI: 10.29327/557753.2022-5, ISBN: 978-85-5722-906-8.

- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Assistência Farmacêutica. **Nota Técnica CAF nº 01/2025**. Orientações quanto a dispensação de Insulina análoga de ação rápida e Insulina análoga de ação prolongada para paciente com Diabetes Mellitus Tipo 1, no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no Estado de São Paulo. Disponível em: [https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/notas-tecnicas/sei\\_gesp\\_-\\_0053383128\\_-\\_nota\\_tecnica.pdf](https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/notas-tecnicas/sei_gesp_-_0053383128_-_nota_tecnica.pdf)

## **7. 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, norteada 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.

**PROTOS COLOS 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.**