Nota Técnica 468991

Data de conclusão: 19/02/2026 11:13:33

Paciente

Idade: 53 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Bento Gonçalves/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 468991

CID: H36.0 - Retinopatia diabética

Diagnóstico: retinopatia diabética (H36.0)

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: AFLIBERCEPTE

Via de administração: VIA OFTÁLMICA

Posologia: aflibercepte, aplicar 8 mg em cada olho, a cada 60 dias.

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Sim

O medicamento está inserido no SUS? Sim

O medicamento está incluído em: RENAME

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: AFLIBERCEPTE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Aflibercepte 2 mg, a partir dos serviços especializados em oftalmologia - procedimento 03.03.05.023-3 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENÇA DA RETINA.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: AFLIBERCEPTE

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: AFLIBERCEPTE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: AFLIBERCEPTE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O fator de crescimento endotelial vascular (VEGF) é um potente indutor de mitose, promovendo neovascularização e aumentando a permeabilidade vascular. Em áreas de isquemia da retina por oclusão vascular, há aumento desse fator de crescimento, que é considerado um dos fatores que contribuem para o edema macular. Os medicamentos anti-VEGF, como o aflibercepte, impedem a ligação do VEGF aos receptores endoteliais, o que diminui a neovascularização e a permeabilidade vascular (1,3).

Uma revisão sistemática com metanálise avaliou a eficácia e segurança de diferentes anti-VEGF em preservar e melhorar a visão e qualidade de vida (4). Concluiu-se com a análise que aflibercepte e ranibizumabe foram mais efetivos que laser, melhorando a visão em duas ou mais linhas depois de um ano de tratamento. Razão de risco (RR) versus laser foi de 3,66 (IC95% 2,79 a 4,79) para aflibercepte e RR 2,76 (IC95% CI 2,12 a 3,59) para ranibizumabe. Pessoas recebendo ranibizumabe foram menos propensas a ganhar três ou mais linhas de acuidade visual em um ano comparado com aflibercepte: RR 0,75 (IC95% 0,60 a 0,94). Foi identificado que aflibercepte e ranibizumabe não diferem com relação a eventos adversos graves sistêmicos.

Outros dois estudos, VISTA e VIVID, fizeram durante 100 semanas o seguimento de pacientes para comparar a eficácia e a segurança de dois regimes posológicos de injeção intravítrea de aflibercepte com fotocoagulação a laser macular para edema EMD. Em ambos os estudos, VISTA e VIVID, olhos com EMD tratados com aflibercepte, em ambos os esquemas de administração, demonstraram ganhos sustentados de acuidade visual até a semana 100. A média ± desvio padrão (DP) da acuidade visual melhor corrigida basal nos grupos aflibercepte na semana 100 foi de + 11,5 (± 13,8) e + 11,1 (± 10,7) letras versus + 0,9 (± 13,9) letras no grupo de controle a laser (P<0,0001 para ambos), respectivamente no VISTA e + 11,4 (± 11,2) e + 9,4 (± 10,5) letras versus + 0,7 (± 11,8) letras (P<0,0001 para ambos), respectivamente em VIVID (5).

Um ensaio clínico randomizado comparou o tratamento do EMD envolvendo o centro da mácula em olhos com deficiência visual (20/50 ou pior) em monoterapia com aflibercepte comparado a bevacizumabe inicialmente, com posterior troca para aflibercepte em caso de resposta subótima (6). Foram incluídos 270 participantes (312 olhos), 158 olhos receberam aflibercepte em monoterapia e 154 receberam bevacizumabe inicialmente. No período de 2 anos, 70% dos olhos do grupo bevacizumabe primeiro foram trocados para aflibercepte. A melhora média na acuidade visual foi de 15,0 letras no grupo aflibercepte em monoterapia e de 14,0 letras no grupo bevacizumabe primeiro (diferença ajustada: 0,8 letra; IC95% -0,9 a 2,5; P= 0,37). As variações médias na espessura do subcampo central da retina e na acuidade visual em relação à linha de base aos 2 anos foram semelhantes em ambos os grupos. Não foi evidenciada diferença significativa nos desfechos visuais em um período de 2 anos entre os tratamentos.

À luz do caso em tela, no qual há recomendação de ajuste posológico do aflibercepte de 2mg para 8mg, destaca-se o estudo PHOTON, que avaliou a eficácia e a segurança de ambas as doses em pacientes com EMD (7,8). Trata-se de ensaio clínico fase 2/3, randomizado, duplo-

cego, de não inferioridade. Os participantes foram alocados aleatoriamente na proporção 1:2:1 para receber aflibercepte 2 mg a cada 8 semanas (2mg/8s; n=167), aflibercepte 8 mg a cada 12 semanas (8mg/12s; n=328) ou aflibercepte 8 mg a cada 16 semanas (8mg/16s; n=163), após fase inicial de doses mensais. Os regimes com aflibercepte 8 mg, administrados a cada 12 ou 16 semanas, demonstraram ganhos de acuidade visual melhor corrigida não inferiores ao esquema com 2 mg a cada 8 semanas, tanto na semana 48 (8mg/12s: + 8,8 (9,0) letras; 8mg/16s: +7,9 (8,4) letras; e 2mg/8s: +9,2 (9,0) letras) quanto na semana 96 (8mg/12s: + 8,8 (9,9) letras; 8mg/16s: +7,5 (9,9) letras; e 2mg/8s: +8,4 (11,1) letras).
Na semana 96 (8), a diferença entre as médias dos mínimos quadrados foi de 0,45 letras (IC 95% -1,55 a 2,45, p para não inferioridade <0,0001) para 8mg/12s versus 2mg/8s e de -1,11 letras (-3,27 a 1,05, p para não inferioridade 0,0044) para 8mg/16s versus 2mg/8s. Quanto à segurança, as proporções de eventos adversos oculares no olho estudado foram semelhantes entre os grupos (8mg/12s n=144 [43,9%], 8mg/16s n=74 [45,4%] e 2mg/8s n=62 [37,1%]).

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
AFLIBERCEPTE	114,3 MG/ML SOL6 INJ IVIT CT 1 FA VD TRANS X 0,263 ML + AGU		R$ 6.299,44	R$ 37.796,64

Valor unitário considerado a partir de consulta de preço da tabela CMED. Preço máximo de venda ao governo (PMVG) no Rio Grande do Sul (ICMS 17%). O PMVG é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica – PF, PMVG = PF(1-CAP). O CAP, regulamentado pela Resolução nº. 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos constantes do rol anexo ao Comunicado nº 15, de 31 de agosto de 2017 - Versão Consolidada ou para atender ordem judicial. Conforme o Comunicado CMED nº 5, de 21 de dezembro de 2020, o CAP é de 21,53%. Alguns medicamentos possuem isenção de ICMS para aquisição por órgãos da Administração Pública Direta Federal, Estadual e Municipal, conforme Convênio ICMS nº 87/02, sendo aplicado o benefício quando cabível.
O aflibercepte é comercializado pela empresa Bayer sob o nome comercial Eylia® na forma farmacêutica de solução para injeção intravítrea nas concentrações de 2 mg e 8 mg, em seringa preenchida pronta para o uso. Após consulta à tabela CMED em fevereiro de 2026 e com base na prescrição médica juntada ao processo foi elaborada a tabela acima com o custo do tratamento.
No relatório da CONITEC de avaliação do tratamento com aflibercepte 2 mg para EMD, a avaliação econômica de aflibercepte apresentada pelo demandante considerou somente agentes anti-VEGF registrados no Brasil e com indicação em bula para o manejo de EMD. Dessa forma, comparou-se aflibercepte com ranibizumabe. Como resultados, aflibercepte demonstrou-se dominante em relação à ranibizumabe, com maior benefício clínico e um menor custo de tratamento nos três cenários elaborados. A análise de impacto orçamentária demonstrou que a incorporação de aflibercepte pode promover economia de até R$ 903 milhões em 5 anos acumulados. O modelo possui importantes limitações na análise, o que inviabiliza a interpretação dos resultados. Novos cálculos foram elaborados pelo DGITIS, demostrando no cenário considerado mais próximo à realidade do SUS um impacto orçamentário incremental de aproximadamente R$ 223,4 milhões no primeiro ano e R$ 665,7 milhões após cinco anos (3). Ressalta-se, contudo, que a única formulação disponível à época, portanto, a única avaliada, foi a de 40 mg/mL.

As agências de avaliação de tecnologia do Canadá CDA (Canada's Drug Agency), da Escócia SMC (Scottish Medicines Consortium), da Inglaterra NICE (National Institute for Health and Care Excellence) e da Australia PBAC (The Pharmaceutical Benefits Advisory Committee), recomendam o uso do aflibercepte para o tratamento de deficiência visual decorrente do EMD.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Melhora da acuidade visual, com demonstração de não inferioridade da dose de 8 mg em comparação à dose de 2 mg, mantendo ganhos visuais semelhantes e perfil de segurança comparável.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Recomendada

Conclusão

Tecnologia: AFLIBERCEPTE

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: O aflibercepte está disponível no Sistema Único de Saúde na dose de 2 mg, assim como o procedimento de aplicação intravítrea, cujo acesso ocorre por meio da regulação e agendamento em serviços ambulatoriais especializados, mediante cumprimento dos critérios estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Retinopatia Diabética (RD).
Da análise dos autos, verifica-se que o autor apresenta edema macular diabético com acometimento do centro da fóvea, condição que, à luz do PCDT da RD, configura indicação de tratamento com agente anti-VEGF, podendo ser empregados aflibercepte ou ranibizumabe. O bevacizumabe, embora utilizado na prática clínica, tem uso off-label para essa finalidade e não é contemplado pelo referido protocolo. Conforme relato do médico assistente (Evento 228, LAUDO2), o autor teria apresentado falha terapêutica tanto com bevacizumabe quanto com ranibizumabe. Consta, ainda, que há controle da doença com o uso atual de aflibercepte 2 mg, tendo sido sugerida a substituição para a dose de 8 mg com o objetivo de ampliar o intervalo entre as sessões de tratamento. Os estudos disponíveis, entretanto, indicam que a dose de 8 mg apresenta eficácia não superior à de 2 mg, diferenciando-se apenas pela possibilidade de espaçamento maior entre as aplicações. Ademais, o fármaco na concentração de 8 mg não foi avaliado pela Conitec e não consta do PCDT da Retinopatia Diabética.
Registre-se, ainda, que o Hospital Banco de Olhos São Pietro informou que o autor encontra-se em acompanhamento naquela instituição e que, após discussão em corpo clínico, foi indicada a utilização de aflibercepte (Evento 181, OFIC1).
Diante do exposto, considerando que o uso de aflibercepte 8 mg, além de não ter sido avaliado pela Conitec nem incorporado ao SUS, se diferencia da apresentação de 2 mg apenas pela possibilidade de maior intervalo entre as aplicações, sem ganho adicional em eficácia, manifestamo-nos de forma desfavorável ao seu fornecimento. Por outro lado, manifestamo-nos pela continuidade do tratamento na rede pública de saúde com aflibercepte 2 mg, enquanto houver evidências de manutenção de sua eficácia clínica no caso concreto.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à

Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retinopatia Diabética. Portaria Conjunta n°17, de 1 de outubro de 2021. [Internet]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2021/portal-portaria-conjunta_pcdt_retinopatia-diabetica_.pdf
2. Mohamed Q, Gillies MC, Wong TY. Management of Diabetic RetinopathyA Systematic Review. JAMA. 22 de agosto de 2007;298(8):902–16.
3. CONITEC. Relatório de Recomendação n° 478. Aflibercepte para Edema Macular Diabético. Novembro de 2019 [Internet]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2019/relatorio_aflibercepte_edemamaculardiabetico.pdf
4. Virgili G, Parravano M, Evans JR, Gordon I, Lucenteforte E. Anti-vascular endothelial growth factor for diabetic macular oedema: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 22 de junho de 2017;6(6):CD007419.
5. Brown DM, Schmidt-Erfurth U, Do DV, Holz FG, Boyer DS, Midena E, et al. Intravitreal Aflibercept for Diabetic Macular Edema: 100-Week Results From the VISTA and VIVID Studies. Ophthalmology. outubro de 2015;122(10):2044–52.
6. Jhaveri CD, Glassman AR, Ferris FL 3rd, et al. Aflibercept Monotherapy or Bevacizumab First for Diabetic Macular Edema. N Engl J Med. 2022;387(8):692-703. doi:10.1056/NEJMoa2204225
7. Brown DM, Boyer DS, Do DV, Wykoff CC, Sakamoto T, Win P, et al. Intravitreal aflibercept 8 mg in diabetic macular oedema (PHOTON): 48-week results from a randomised, double-masked, non-inferiority, phase 2/3 trial. Lancet. 2024 Mar 23;403(10432):1153-1163.
8. Do DV, Wykoff CC, Sivaprasad S, Brown DM, Boyer DS, Sakamoto T, et al. Intravitreal Aflibercept 8 mg for Diabetic Macular Edema: Ninety-Six-Week Results from the Randomized Phase 2/3 PHOTON Trial. Ophthalmology. 2025 Nov 10:S0161-6420(25)00707-9.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Segundo laudos médicos (Evento 47, LAUDO2 e Evento 35, LAUDO2), a parte autora, com 52 anos de idade, possui diagnóstico de retinopatia diabética com edema macular em ambos os olhos. Realizou tratamento prévio com dexametasona intravítrea, o qual foi interrompido devido a efeitos adversos (aumento de pressão intraocular). Posteriormente, iniciou o uso de aflibercepte, com controle satisfatório da doença em ambos os olhos (Evento 141, LAUDO2). Em seguida, passou a realizar sessões apenas no olho direito com bevacizumabe, evoluindo com piora clínica (Evento 152, PRONT4). Consta ainda relato de falha ao uso de ranibizumabe, sem maiores detalhamentos. Há relato, colacionado pelo ente estatal, de abandono de tratamento do autor na rede pública (Evento 27, OUT2, Evento 97, INF1). Registra-se que houve tutela de urgência deferida para aflibercepte para uso em olho direito em 11/12/2024 (Evento 17, DESPADEC1) e em olho esquerdo em 08/05/2025 (Evento 39, DESPADEC1). A tomografia de coerência óptica (Evento 228, EXMMED5), datada de 13/01/2026, demonstrou espessura foveal central de 707 µm no olho direito e 614 µm no olho esquerdo, que revela edema macular significativo.
O presente parecer técnico versará sobre o pleito por aflibercepte para o tratamento de edema macular diabético em ambos os olhos.
A retinopatia diabética (RD) está entre as principais causas de perda de visão em pessoas entre 20 e 75 anos. Trata-se de uma complicação microvascular na retina que afeta cerca de 1 em cada 3 pessoas com diabete melito (DM) e que é específica desta doença. No Brasil, a

incidência da RD é de 24% a 39% da população de pacientes com DM, sendo estimado que tenha uma prevalência de 2 milhões de casos. Após 20 anos de doença, estima-se que 90% dos pacientes com DM do tipo 1 (DM1) e 60% dos com DM tipo 2 (DM2) terão algum grau de RD. Como a perda visual pode não estar presente nos estágios iniciais da retinopatia, o rastreamento oftalmológico de pessoas com diabetes é essencial para permitir o diagnóstico e a intervenção precoce em caso de RD. Estudos internacionais indicam que o risco de cegueira pode ser reduzido para menos de 5%, se a RD for diagnosticada e tratada precocemente. Por outro lado, estima-se que 50% da RD proliferativa não tratada possa evoluir para cegueira em 5 anos. O tratamento com fotocoagulação a laser e, mais recentemente, a farmacoterapia intraocular podem reduzir ou mesmo prevenir a perda visual relacionada à RD (1).

O edema macular diabético (EMD) é a principal alteração responsável por perda irreversível de acuidade visual nos indivíduos com diagnóstico de RD. No EMD, ocorre extravasamento de fluidos, lipídeos e proteínas na região da mácula, em decorrência da permeabilidade alterada pela exposição à hiperglicemia crônica, causando assim a deterioração da acuidade visual. O tratamento do EMD requer abordagens fundamentais como controle dos níveis de glicemia, hemoglobina glicada (HbA1c), níveis pressóricos, lipídios séricos, função renal e índice de massa corporal, associado a exercício físico, alimentação adequada e tratamento ocular. O objetivo dos tratamentos oculares disponíveis para o EMD é reduzir ou impedir a progressão do EMD. De acordo com o estágio da doença, o tratamento pode ser realizado com um ou mais dos seguintes métodos: fotocoagulação com laser, terapia antiangiogênica (tecnologia pleiteada em processo), terapia com corticosteróide e tratamento cirúrgico (2,3).