Nota Técnica 501839

Data de conclusão: 23/04/2026 19:34:28

Paciente

Idade: 53 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Vilhena/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: Juizado Especial de Vilhena

Tecnologia 501839-A

CID: M17.9 - Gonartrose não especificada

Diagnóstico: gonartrose não especificada

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico e exames de imagem.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Produto

Registro na ANVISA? Não

Descrição: suplementar alimentar com colágeno tipo II não hidrolisado e ácido hialurônico

O produto está inserido no SUS? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: suplementar alimentar com colágeno tipo II não hidrolisado e ácido hialurônico

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: manejo não-farmacológico (perda de peso, fisioterapia) e cirurgia. Em relação ao controle farmacológico da dor associada à osteoartrite de quadril e de joelho, conforme PCDT da Dor Crônica, estão previstos analgésicos, como dipirona, paracetamol, e anti-inflamatórios, como ibuprofeno e naproxeno (5).

Custo da Tecnologia

Tecnologia: suplementar alimentar com colágeno tipo II não hidrolisado e ácido hialurônico

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: suplementar alimentar com colágeno tipo II não hidrolisado e ácido hialurônico

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O colágeno é uma proteína fibrosa presente na pele, tendões, ossos, dentes, vasos sanguíneos, intestinos e cartilagens. São diversos os tipos de colágeno presentes nestas estruturas. O colágeno não hidrolisado, ou colágeno tipo II, é o principal em termos de estrutura da cartilagem, responsável pela sua resistência, tração e firmeza, age junto ao sistema imunológico para manter as articulações saudáveis e promover a mobilidade e flexibilidade das articulações. Naqueles acometidos pela OA, há uma produção exacerbada da enzima colagenase, provocando a quebra da cartilagem, que tem por consequência a inflamação e dor (6).
Uma recente revisão sistemática e metanálise avaliou o uso de suplementos nutricionais no tratamento da OA, incluindo o colágeno não hidrolisado. Foram incluídos 69 ensaios clínicos randomizados (ECR), sendo que apenas um refere-se à intervenção com a tecnologia pleiteada (5,6). Nossa busca não recuperou outros ECR realizados nos últimos 10 anos que tenham considerado a referida tecnologia. Embora apenas um estudo tenha sido incluído na metanálise supracitada, esta será descrita, visto ter utilizado parâmetros para avaliação da relevância clínica dos desfechos, ausentes no estudo original. Na referida metanálise avaliou-se a melhora do desfecho dor e função, a curto (até três meses), médio (de 4 a 6 meses) e longo prazo (acima de 6 meses). Para tanto, foi avaliado o tamanho do efeito de cada estudo, para cada desfecho, considerando efeitos de até -0,3 como pequenos, de -0,3 a -0,8 moderados e, acima de -0,8, como grandes. Efeitos a partir de -0,37 foram tidos como efeitos de significância clínica. O ECR de interesse contribuiu com dados quanto aos efeitos de curto e médio prazo, mostrando benefício moderado no alívio da dor (tamanho do efeito -0,67; IC95% -1,01 a -0,33 e -0,77; IC95% -1,16 a -0,38, em curto e médio prazo, respectivamente). Observa-se que o limite superior do efeito a médio prazo é marginal ao ponto de corte assumido para a significância clínica (-0,37), fazendo deste resultado inconclusivo, enquanto a médio prazo o intervalo ultrapassa o limite, sugerindo incerteza de benefício. No desfecho melhora da função física, resultado semelhante a este último foi observado, ao comparar o uso de UC-II ao de placebo. Apesar dos efeitos estimados a médio e longo prazo sugerirem efeito moderado, o intervalo de confiança também ultrapassa o limite considerado clinicamente relevante (-0,37), indicando novamente incerteza de benefício (SMD -0,55; IC95% -0,94 a -0,17 e SMD -0,59; IC95% -0,98

a -0,20, respectivamente) (7).

Além dos desfechos dor e melhora da função, os investigadores do referido ECR também avaliaram se houve melhora na distância percorrida pelos indivíduos, ou na amplitude da flexão dos joelhos, desfechos clínicos importantes para os quais não foi observada melhora a despeito da suplementação ou uso de placebo (5).

Uma metanálise recente (8) que avaliou o uso de suplementação de colágeno em pacientes com osteoartrite de joelho incluiu 11 ensaios clínicos randomizados, totalizando 870 participantes (451 no grupo intervenção e 419 no grupo placebo). Observou-se melhora estatisticamente significativa na dor e na função articular, favorecendo o uso de colágeno, com redução da dor de -13,63 pontos (IC95% -20,67 a -6,58; I^2=88%) e melhora da função de -6,46 pontos (IC95% -9,52 a -3,40; I^2=75%). Análises adicionais também demonstraram melhora nos sintomas de dor e rigidez, sem diferença significativa na capacidade funcional global. Apesar desses achados, observa-se elevada variabilidade entre os estudos incluídos, o que reduz a confiabilidade dos resultados, além de indícios de viés, sugerindo possível superestimação dos benefícios. Ademais, a avaliação metodológica demonstrou que apenas quatro estudos apresentaram baixo risco de viés, enquanto a maioria apresentou limitações importantes em seu desenho. Dessa forma, embora os resultados sugiram benefício, a qualidade das evidências ainda é limitada, devendo ser interpretada com cautela.

Ressalta-se que os estudos identificados avaliaram o uso de colágeno tipo II não hidrolisado isoladamente, não havendo evidência específica para a associação com ácido hialurônico, como pleiteado no caso em tela.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Total
	Colágeno do tipo II não hidrolisado com ácido hialurônico	30 cp	13	R$ 122,50	R$ 1.592,50

*Orçamento de menor valor anexado aos autos (Num. 133638214 - Pág. 3)

O produto prescrito é registrado como suplemento alimentar, não existe uma base oficial para consulta de valores de referência de produtos desta categoria. A tabela acima foi construída de acordo com orçamento de menor valor juntado aos autos e com base na prescrição médica, considerando um ano de tratamento.

Não foram encontrados estudos de custo-efetividade para a realidade brasileira, tampouco recomendações de agências regulatórias internacionais.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: melhora marginal do sintoma dor a médio prazo e, em menor magnitude, da função articular, sem evidência de efeito sustentado após três meses, com o uso do colágeno tipo II não hidrolisado.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: suplementar alimentar com colágeno tipo II não hidrolisado e ácido hialurônico

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Há evidência de baixa qualidade sugerindo uma possível redução sintomática do sintoma dor, a partir do uso do colágeno não hidrolisado, em pacientes com OA. Entretanto, em

alguns estudos esse benefício é marginal, enquanto em outros é amplamente variável. Assim, com base nas evidências científicas atuais, o benefício da suplementação com o produto pleiteado permanece incerto tanto em relação ao estado biomecânico das articulações quanto à melhora sintomática da OA.
Por fim, cabe considerar que, a partir das informações disponíveis nos autos processuais, compreende-se que restam alternativas terapêuticas disponíveis no SUS e ainda não exploradas no caso em tela, que podem contribuir para a melhora da condição descrita, como a fisioterapia e a otimização do manejo da dor crônica.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. Epidemiology and risk factors for osteoarthritis - UpToDate [Internet]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-risk-factors-for-osteoarthritis?search=pidemiology%20and%20risk%20factors%20for%20osteoarthritis&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
2. Osteoarthritis (OA) of the Knee - DynaMed [Internet]. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/osteoarthritis-oa-of-the-knee#GUID-B1D8B840-8ACE-4CCB-9B39-F64BAF2E1023
3. Deveza LA, Bennell K. Beyond the Basic). Post TW, editor. UpToDate. c2021. Waltham, MA: UpToDate Inc. 2024. Management of knee osteoarthritis - UptoDate.
4. Doherty M, Abhishek A. Clinical manifestations and diagnosis of osteoarthritis - UpToDate [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-osteoarthritis?search=osteoarthritis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
5. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica [Internet]. 2024. Disponível em: : https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica-1.pdf.
6. Lugo JP, Saiyed ZM, Lane NE. Efficacy and tolerability of an undenatured type II collagen supplement in modulating knee osteoarthritis symptoms: a multicenter randomized, double-blind, placebo-controlled study. Nutr J. 2015;15:1–15.
7. Liu X, Machado GC, Eyles JP, Ravi V, Hunter DJ. Dietary supplements for treating osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2018;52(3):167–75.
8. Simental-Mendía M, Ortega-Mata D, Acosta-Olivo CA, Simental-Mendía LE, Peña-Martínez VM, Vilchez-Cavazos F. Effect of collagen supplementation on knee osteoarthritis: an updated systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Clin Exp Rheumatol. 2025;43(1):126-134. doi:10.55563/clinexprheumatol/kflfr5.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Inicialmente, trata-se de produto designado pela sua marca comercial, em desacordo com os Enunciados 12, 15 e 67 das Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Por essa razão, será referido neste documento pela respectiva descrição genérica: suplemento alimentar à base de colágeno tipo II, não hidrolisado, com ácido hialurônico.
Segundo laudos médicos anexados (Num. 133638212 - Pág. 2; Num. 133638213 - Pág. 1), a

parte autora apresenta diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e gonartrose, associada à lesão do menisco lateral e meniscopatia degenerativa, com dor crônica e limitação funcional.
Em relação a hipertensão, consta que já fez uso dos medicamentos captopril, enalapril, losartana e hidroclorotiazida, todos sem resposta terapêutica satisfatória. Atualmente, faz uso contínuo de anlodipino + telmisartana 80/50 mg, com relato de controle adequado da pressão arterial. No entanto, não há informações acerca do tempo de uso, das doses empregadas ou dos resultados clínicos observados previamente, o que limita a avaliação quanto à refratariedade ou intolerância aos tratamentos previamente instituídos.
Em relação à gonartrose, consta que a paciente apresenta melhora significativa da dor e da função articular com o uso atual de suplemento alimentar à base de colágeno tipo II não hidrolisado e ácido hialurônico, com relato genérico de insucesso com as alternativas disponíveis na rede pública. Contudo, não há descrição das terapias previamente utilizadas, incluindo medidas não farmacológicas e tratamento medicamentoso sintomático, o que limita a avaliação de refratariedade terapêutica.
Diante do exposto, solicita-se o fornecimento de anlodipino + telmisartana e do suplemento alimentar mencionado para continuidade do tratamento.
A presente nota técnica versará sobre o pleito do colágeno não hidrolisado com ácido hialurônico no manejo da gonartrose.
A doença degenerativa articular, também conhecida como osteoartrose (OA), osteoartrite ou, ainda, gonartrose quando suas lesões restringem-se aos joelhos, é a principal causa de incapacidade em adultos. É definida como uma síndrome clínica que representa a via final comum das alterações bioquímicas, metabólicas e fisiológicas, que ocorrem simultaneamente na cartilagem hialina e no osso subcondral, comprometendo a articulação como um todo. Os principais fatores de risco são idade, lesão articular prévia, obesidade, fatores genéticos, deformidades anatômicas e sexo feminino. A apresentação clínica e o curso da doença são variáveis, porém usualmente se apresenta com dor articular e limitação para execução de movimentos (1,2).
A OA é uma doença bastante prevalente, estimando-se que 240 milhões de pessoas sejam afetadas mundialmente e sabe-se que a prevalência de pessoas com alterações radiográficas da doença mas com poucos sintomas ou assintomáticas é ainda maior (1). A prevalência de OA de joelho sintomática é estimada em 3,8% da população e aumenta com a idade, chegando a 10% dos homens e 18% das mulheres com mais de 60 anos (2).
O tratamento da OA envolve fortalecimento global da musculatura através de fisioterapia e realização de exercícios, com a devida proteção articular, perda de peso quando identificado sobrepeso, e manejo dos sintomas dolorosos. Para quadros leves, o uso de analgésicos tópicos está indicado, enquanto para dor moderada a forte podem ser utilizados anti-inflamatórios não-esteroides, fármacos usados no tratamento de dor crônica e cirurgia (3,4). De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Dor Crônica, atualizado em 2024, o tratamento medicamentoso da OA de joelhos e quadris deve iniciar-se com analgésicos simples, como paracetamol ou dipirona, conforme resposta terapêutica e preferência do paciente. Na ausência de controle adequado da dor, recomenda-se o uso de anti-inflamatórios não esteroides, respeitando suas contra indicações e considerando o seu uso na menor dose efetiva e pelo menor tempo possível (5).

Tecnologia 501839-B

CID: I10 - Hipertensão essencial (primária)

Diagnóstico: hipertensão essencial (primária)

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: BESILATO DE ANLODIPINO + TELMISARTANA

Via de administração: VO

Posologia: anlodipino + telmisartana 80/5 mg, 1 cp 1x ao dia.

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? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: BESILATO DE ANLODIPINO + TELMISARTANA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: sim, o SUS disponibiliza diversos medicamentos para o tratamento da HAS que contemplam as seguintes classes farmacológicas: inibidores da enzima conversora da angiotensina - iECA (captopril, maleato de enalapril); bloqueadores dos canais de cálcio - BCC (anlodipino, nifedipino e verapamil); diuréticos (hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona); betabloqueadores (atenolol, cloridrato de propranolol, succinato de metoprolol e tartarato de metoprolol); ARA-II (losartana); vasodilatador direto (hidralazina) (6).

Existe Genérico? Sim

Existe Similar? Sim

Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar: Vide CMED.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: BESILATO DE ANLODIPINO + TELMISARTANA

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: BESILATO DE ANLODIPINO + TELMISARTANA

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: BESILATO DE ANLODIPINO + TELMISARTANA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O anlodipino é um anti-hipertensivo inibidor do influxo do íon de cálcio para o interior da musculatura lisa cardíaca e vascular (bloqueador do canal de cálcio ou antagonista do íon cálcio) (4). Encontra-se incluído na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), integrando o Componente Básico de Assistência Farmacêutica (CBAF).
A telmisartana é um antagonista seletivo dos receptores tipo I (ATI), os quais a angiotensina II deveria ligar-se. Através do bloqueio desse receptor e impossibilidade de ligação da angiotensina II a este sítio, ocorre a interrupção dos efeitos de vasoconstrição e secreção do hormônio aldosterona, gerando consequente redução na retenção de sódio, sem influência significativa nos níveis plasmáticos de potássio. Este mecanismo de ação interrompe a retroalimentação do sistema renina-angiotensina, levando ao aumento dos níveis plasmáticos de renina e de angiotensina II e redução dos níveis de aldosterona (7).
É digno de nota que, em processo, entende-se que a parte autora recebeu prescrição do uso da combinação de anlodipino e telmisartana em um mesmo comprimido. Compreendemos a comodidade posológica da administração de dois fármacos em apenas um comprimido, entretanto há inúmeros estudos comparando a administração de medicamentos em associação de dose fixa com relação a administração de mais de um comprimido (8–12). A melhor adesão ao tratamento é um aspecto importante a se considerar, especialmente no tratamento de doenças crônicas, porém a eficácia do tratamento é a mesma utilizando o medicamento em associação ou em comprimidos separados. Considerando a disponibilidade do anlodipino na atenção básica, a revisão será focada no fármaco telmisartana.
Uma metanálise de ensaios clínicos randomizados comparou o tratamento com telmisartana versus losartana na redução da pressão arterial em pacientes ambulatoriais. Neste estudo, a

telmisartana foi capaz de uma redução adicional na pressão arterial diastólica de 24 horas em 2,09 mmHg e em 1,57mmHg na sistólica quando comparada a losartana (13). Outra metanálise demonstrou que 80 mg de telmisartana exibe a maior eficácia, produzindo reduções significativamente ($p < 0,0125$) maiores na PA sistólica de 24 horas (–12,4 mmHg) do que 50 mg de losartana (–8,2 mmHg), 80 mg de valsartana (–8,9 mmHg) ou 40 mg de telmisartana (–9,9 mm Hg), e na PA diastólica de 24 horas (–7,9 mmHg) do que 50 mg de losartana (–5,1 mmHg) ou 80 mg de valsartana (–5,5 mm Hg) (14). Porém sem diferenças estatisticamente significativas com relação a redução da PA sistólica ou diastólica em 24h com relação ao anlodipino 5mg (-11,2 mmHg e -7,9 mmHg respectivamente).
As classes farmacológicas iniciais (dentre os IECA, ARA-II, BCC e diuréticos tiazídicos e, em situações especiais, os betabloqueadores) devem ser escolhidas conforme as características do paciente, seu perfil de benefícios e efeitos adversos, não havendo superioridade absoluta de uma classe farmacológica sobre outra na redução global de eventos cardiovasculares e óbitos. Diretrizes internacionais não se posicionam sobre superioridade de algum fármaco dentro da classe dos ARA-II, sendo considerados igualmente eficazes (2,3).

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Total
BESILATO DE ANLODIPINO; TELMISARTANA	80MG + 5MG COM CT BL AL/AL X 30	13	R$ 101,13	R$ 1.314,69

**Valor unitário considerado a partir de consulta de preço da tabela CMED. Preço máximo de venda ao governo (PMVG) em Rondônia (ICMS 19,5%). 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.
Em consulta à tabela CMED, no site da ANVISA, em março de 2026, e de acordo com a prescrição médica juntada aos autos, foi elaborada a tabela acima estimando os custos para um ano de tratamento.
O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do sistema de saúde britânico recomenda o uso de IECA ou ARA-II como tratamento inicial da HAS, sem recomendação de tratamento inicial combinado ou com polipílula (15). A Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) realizou revisão para comparação de eficácia entre os diferentes representantes dos ARA-II, sem encontrar evidência indicando o uso preferencial de algum dos exemplares desta classe farmacológica (16). Sugeriu-se, então, que a escolha do fármaco deve basear-se na experiência clínica e no custo.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: redução da pressão arterial comparável com outros medicamentos disponíveis no SUS.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: BESILATO DE ANLODIPINO + TELMISARTANA

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Embora metanálises indiquem que a telmisartana possa promover reduções discretamente maiores na pressão arterial quando comparada a outros antagonistas do receptor de angiotensina II, como a losartana, tais diferenças são de pequena magnitude e sem relevância clínica significativa. As evidências disponíveis indicam que os fármacos dessa classe apresentam efetividade semelhante no controle da pressão arterial, não havendo justificativa para a escolha preferencial de um agente específico em detrimento de outro.
O SUS dispõe de múltiplas opções farmacológicas para o manejo da HAS, conforme descrito no item 5.7, bem como de abordagens não medicamentosas, incluindo orientação para prática de atividade física, adequação alimentar, manejo do peso corporal em casos de sobrepeso ou obesidade e intervenções comportamentais. Não há, nos autos, descrição detalhada quanto ao uso prévio dessas alternativas, incluindo doses, tempo de tratamento e resposta clínica, o que limita a avaliação quanto à eventual refratariedade. Dessa forma, não é possível afirmar que tenham sido esgotadas as alternativas terapêuticas disponíveis no SUS.
Nesse contexto, destaca-se que o anlodipino, integrante da associação pleiteada, está disponível no SUS, sendo sua aquisição e dispensação de responsabilidade do ente municipal, nos termos da Portaria MS nº 1.555/2013, respeitadas as pactuações regionais. Ademais, esse medicamento pode ser obtido gratuitamente em farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular, mediante apresentação de documento oficial com foto, CPF e prescrição válida. Dessa forma, posicionamo-nos desfavoravelmente ao pleito.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA,, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025 (Brazilian Guidelines of Hypertension – 2025). Arq Bras Cardiol. 2025; 122(9):e20250624
2. Malachias M, Gomes M, Nobre F, Alessi A, Feitosa A, Coelho E. 7th Brazilian guideline of arterial hypertension: chapter 2-diagnosis and classification. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3):7–13.
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J. 2018;39(33):3021–104.
4. Fuchs FD, Fuchs, Pires. Essentials of hypertension. Springer; 2018.
5. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. 2016;387(10022):957–67.
6. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Protocolo Clínico e Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial Sistêmica. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/h/hipertensao-arterial-sistemica.pdf.
7. Bakheit AHH, Abd-Elgalil AA, Mustafa B, Haque A, Wani TA. Telmisartan. Profiles Drug Subst Excip Relat Methodol. 2015;40:371–429.
8. Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, Messerli FH. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. Am J Med. agosto de 2007;120(8):713–9.

9. Luccioni R, Sever PS, Di Perri T, Redon J, Laurandin I, Brault Y, et al. An equivalence study of the safety and efficacy of a fixed-dose combination of perindopril with indapamide versus fixed-dose combinations of captopril with hydrochlorothiazide and enalapril with hydrochlorothiazide in the treatment of hypertension. J Hypertens. dezembro de 1995;13(12 Pt 2):1847–51.
10. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis. Hypertension. 2010;55(2):399–407.
11. Zheng X, Liu T, Chen X, Chen X, Jiang J, Hu P. Investigation of a potential pharmacokinetic interaction between perindopril arginine and amlodipine when administered as a single perindopril/amlodipine fixed-dose combination tablet in healthy Chinese male volunteers. Int J Clin Pharmacol Ther. janeiro de 2016;54(1):43–51.
12. van Galen KA, Nellen JF, Nieuwkerk PT. The Effect on Treatment Adherence of Administering Drugs as Fixed-Dose Combinations versus as Separate Pills: Systematic Review and Meta-Analysis. AIDS Res Treat. 2014;2014:967073.
13. Takagi H, Niwa M, Mizuno Y, Goto S nosuke, Umemoto T, All-Literature Investigation of Cardiovascular Evidence Group. A meta-analysis of randomized trials of telmisartan versus losartan for reduction of ambulatory blood pressure. Hypertens Res Off J Jpn Soc Hypertens. novembro de 2013;36(11):959–66.
14. Neutel JM, Smith DHG. Evaluation of Angiotensin II Receptor Blockers for 24-Hour Blood Pressure Control: Meta-Analysis of a Clinical Database. J Clin Hypertens. 2003;5(1):58–63.
15. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management. [Internet]. 2020. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng136
16. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Angiotensin II Receptor Blockers: A Comparative Effectiveness Review. [Internet]. 2010. Disponível em: https://www.cadth.ca/angiotensin-ii-receptor-blockers-comparative-effectiveness-review
1. Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA,, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025 (Brazilian Guidelines of Hypertension – 2025). Arq Bras Cardiol. 2025; 122(9):e20250624
2. Malachias M, Gomes M, Nobre F, Alessi A, Feitosa A, Coelho E. 7th Brazilian guideline of arterial hypertension: chapter 2-diagnosis and classification. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3):7–13.
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J. 2018;39(33):3021–104.
4. Fuchs FD, Fuchs, Pires. Essentials of hypertension. Springer; 2018.
5. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. 2016;387(10022):957–67.
6. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Protocolo Clínico e Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial Sistêmica. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/h/hipertensao-arterial-sistemica.pdf.
7. Bakheit AHH, Abd-Elgalil AA, Mustafa B, Haque A, Wani TA. Telmisartan. Profiles Drug Subst Excip Relat Methodol. 2015;40:371–429.
8. Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, Messerli FH. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. Am J Med. agosto de 2007;120(8):713–9.
9. Luccioni R, Sever PS, Di Perri T, Redon J, Laurandin I, Brault Y, et al. An equivalence study of the safety and efficacy of a fixed-dose combination of perindopril with indapamide versus fixed-dose combinations of captopril with hydrochlorothiazide and enalapril with hydrochlorothiazide in the treatment of hypertension. J Hypertens. dezembro de 1995;13(12 Pt

2):1847–51.
10. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis. Hypertension. 2010;55(2):399–407.
11. Zheng X, Liu T, Chen X, Chen X, Jiang J, Hu P. Investigation of a potential pharmacokinetic interaction between perindopril arginine and amlodipine when administered as a single perindopril/amlodipine fixed-dose combination tablet in healthy Chinese male volunteers. Int J Clin Pharmacol Ther. janeiro de 2016;54(1):43–51.
12. van Galen KA, Nellen JF, Nieuwkerk PT. The Effect on Treatment Adherence of Administering Drugs as Fixed-Dose Combinations versus as Separate Pills: Systematic Review and Meta-Analysis. AIDS Res Treat. 2014;2014:967073.
13. Takagi H, Niwa M, Mizuno Y, Goto S nosuke, Umemoto T, All-Literature Investigation of Cardiovascular Evidence Group. A meta-analysis of randomized trials of telmisartan versus losartan for reduction of ambulatory blood pressure. Hypertens Res Off J Jpn Soc Hypertens. novembro de 2013;36(11):959–66.
14. Neutel JM, Smith DHG. Evaluation of Angiotensin II Receptor Blockers for 24-Hour Blood Pressure Control: Meta-Analysis of a Clinical Database. J Clin Hypertens. 2003;5(1):58–63.
15. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management. [Internet]. 2020. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng136
16. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Angiotensin II Receptor Blockers: A Comparative Effectiveness Review. [Internet]. 2010. Disponível em: https://www.cadth.ca/angiotensin-ii-receptor-blockers-comparative-effectiveness-review

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Inicialmente, trata-se de produto designado pela sua marca comercial, em desacordo com os Enunciados 12, 15 e 67 das Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Por essa razão, será referido neste documento pela respectiva descrição genérica: suplemento alimentar à base de colágeno tipo II, não hidrolisado, com ácido hialurônico.
Segundo laudos médicos anexados (Num. 133638212 - Pág. 2; Num. 133638213 - Pág. 1), a parte autora apresenta diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e gonartrose, associada à lesão do menisco lateral e meniscopatia degenerativa, com dor crônica e limitação funcional.
Em relação a hipertensão, consta que já fez uso dos medicamentos captopril, enalapril, losartana e hidroclorotiazida, todos sem resposta terapêutica satisfatória. Atualmente, faz uso contínuo de anlodipino + telmisartana 80/50 mg, com relato de controle adequado da pressão arterial. No entanto, não há informações acerca do tempo de uso, das doses empregadas ou dos resultados clínicos observados previamente, o que limita a avaliação quanto à refratariedade ou intolerância aos tratamentos já instituídos.
Em relação à gonartrose, consta que a paciente apresenta melhora significativa da dor e da função articular com o uso atual de suplemento alimentar à base de colágeno tipo II não hidrolisado, com ácido hialurônico, após insucesso com alternativas disponíveis na rede pública. Contudo, não há descrição das terapias previamente utilizadas, incluindo medidas não farmacológicas e tratamento medicamentoso sintomático, o que limita a avaliação de refratariedade terapêutica.
Diante do exposto, solicita-se o fornecimento de anlodipino + telmisartana e do suplemento

alimentar mencionado para continuidade do tratamento.
A presente nota versará sobre o pleito de anlodipino + telmisartana para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS).
A HAS é uma condição clínica caracterizada por níveis de pressão arterial (PA) acima de 140/90 mmHg de maneira sustentada (1–3). É um dos principais fatores de risco para o acidente vascular cerebral (AVC) e outras doenças cardiovasculares (infarto, insuficiência renal crônica, perda de visão, doenças das válvulas cardíacas, doenças da aorta e artérias periféricas) (4), e seu controle adequado é um dos pilares na prevenção secundária da doença cerebrovascular (3,4). Uma redução de 10 mmHg na pressão arterial sistólica ou de 5 mmHg na pressão arterial diastólica está associada com reduções significativas de 10 a 15% na mortalidade por todas as causas, 35% dos AVCs, 20% dos infartos e 40% da incidência de insuficiência cardíaca (3,5).
As diretrizes de manejo da HAS concordam que o tratamento da hipertensão envolve medidas não-farmacológicas (como dieta hipossódica e exercício físico) associado a tratamento farmacológico (2,4). Os medicamentos de escolha como tratamento inicial são das classes dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), diuréticos tiazídicos, antagonistas do receptor da angiotensina II (ARA-II) e bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) e, em alguns casos específicos, os betabloqueadores.