

**NOTA TÉCNICA 4361****IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO**

**CÂMARA/VARA:** PRIMEIRA VARA CRIMINAL E DA INFÂNCIA E JUVENTUDE

**COMARCA:** Nova Lima

**I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:**

**IDADE:** 13 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Hormônio do crescimento Omnitrope® (solução inietável), 15 me, 3 canetas/mês por tempo indeterminado

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** E34-3

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Análise de tutela de urgência.

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG-

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2023.0004361

**II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

O medicamento prescrito é indicado para o quadro clínico apresentado nos autos? Há urgência/emergência para realização do tratamento prescrito? Há viabilidade para disponibilização do medicamento pela parte ré? O medicamento indicado é a única opção de tratamento para o paciente? Há outros fármacos igualmente eficazes para tratamento da moléstia disponíveis no SUS? O tratamento com o medicamento indicado é indispensável ao paciente? Há evidências científicas da eficácia do tratamento vindicado na inicial e indicado no relatório médico a ela acostado? Outras informações que possam demonstrar a eficácia e imprescindibilidade do tratamento na forma prescrita.

**RELATORIO MEDICO**

Trata-se de paciente em acompanhamento com Endocrinologia Pediátrica com quadro de baixa estatura. Iniciou acompanhamento na Clínica Mantovani em junho de 2022.

Historia previa: Nascido a termo, parto cesáreo, 38 semanas, peso: 3015g, comprimento: 48cm – ADEQUADO PARA IDADE GESTACIONAL. Apresentava ao nascimento onfalocele gigante, corrigida após diversos procedimentos cirúrgicos. Apresentou queda na curva de crescimento após os 7 anos e atualmente encontra-se abaixo da estatura normal para idade. Realizou propedêutica extensa para baixa estatura, que não evidenciou deficiência de hormônio de crescimento.

História familiar: Pais hígidos, mãe: 155cm/Pai: 172,5cm — ALVO: 170cm

Exames: (24/09/2020): Teste após clonidina: GH: 0,11/ \*\*\*7,78 / 4,74 /3,20

(13/01/2022): Pardini: Teste após Gucagon: Cortisol máximo: 23,4// GH 60': 1,23/ 120': 2,5/ \*\*\*150': 10,10/ 180': 3,17

RNM sela turcica (21/08/2020): adeno-hipófise de dimensões normais/ neurohipofise normal. Tênu e pequenina área focal de impregnação reduzida pelo contraste no parênquima da adeno-hipófise no terço posterior da sua periferia lateral E - devendo ser valorizado como microadenoma em contexto clínico pertinente

IO: 13 anos GP/RUS (IC: 12 anos 3 meses)

(26/01/2023): Pardini: Glicada: 5,6/ GJ:92/ LH: 0,25/ FSH: 1,38/ Testosterona: 15/ T4 livre: 1,16 / TSH: 2,34

IGFBP-3: 5,2 (VR: 3,1-9,5)/ IGF-1: 197 (VR: 143-506)

ÚLTIMA AVALIAÇÃO (09/06/2023):

Peso: 28,6 kg (p<3) (-2,47 DP)

Estatura: 138 cm (p<3) (-2,0 DP)

IMC: 15,0 (p<3) (-1,83 DP)

PA: 110 X70mmHg/ Exame sem alterações/ Tanner: G2, testículos 5mL P3

Após conversa com família e paciente, considerando a BAIXA ESTATURA E A PREVISÃO DE ESTATURA FINAL BAIXA, com suas repercussões, foi prescrito hormônio de crescimento na dose de 50mcg/Kg/dia em 29/07/2022 e o hormônio foi iniciado em agosto de 2022.. Arthur está em uso atualmente de Omnitrope 1,2 mg todas as noites (Apresentação da medicação – caneta de 15mg – faz uso de 3 canetas/mês). Desde o início do uso houve uma melhora na velocidade de crescimento e da estatura com benefícios psicossociais para o paciente.

A medicação será mantida até que Arthur encerre o crescimento. O tempo de uso deve ser aproximadamente de 3 anos mas dependerá da evolução do paciente. A dose da medicação será ajustada ao longo das consultas e deve se manter em torno de 50mcg/Kg/dia.

Caso o tratamento seja interrompido o paciente pode retornar ao canal de crescimento anterior, com maiores chances de atingir uma estatura final baixa.

A disposição

NOME DO(A) MÉDICO(A): THAIS RAMOS VILLELA

CRM: 52925

UF: MG

ESPECIALIDADE (RQE): PEDIATRIA - RQE Nº: 30623 (Áreas de atuação: Endocrinologia Pediátrica - RQE Nº: 33184)

LOCAL DE ATENDIMENTO: Clínica Mantovani

CNES: 6307418

ENDEREÇO: Rua da Bahia, 2696

BAIRRO: Lourdes

CIDADE: Belo Horizonte

UF: MG

TELEFONE: (31)2537-3100

DATA DE EMISSÃO: 09/08/2023 17:12

|  |  |
|--|--|
|  DoutorPrescreve.com.br | <b>THAIS RAMOS VILLELA</b><br>CRM 52925/MG |
| <i>Dr. Thais</i>   |  |
| Assinado digitalmente conforme MP 2.200-2/2001 - ICP-Brasil  |  |

ASSINATURA MÉDICO(A)

### **III – CONSIDERAÇÕES E RESPOSTAS:**

A somatropina está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para tratamento dos pacientes que atendem aos critérios estabelecidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Deficiência do Hormônio do Crescimento - Hipopituitarismo e da Síndrome de Turner, revisados e publicados em 2010. Não está disponível para o diagnóstico de baixa estatura idiopática (BEI) como no caso em tela.

A indicação indiscutível e clássica do uso do hormônio do crescimento recombinante, somatropina, é para as crianças com baixa estatura devido à sua falta. Apesar de sua aprovação pelo FDA para casos de BE PIG, e BEI não há consenso do seu uso. Assim, o fato de que BE PIG e BEI possa ser tratada com GH não significa que deva ser necessariamente tratada em crianças definidas como normais. **Nessa situação, o consenso mostra que a evidência de benefício clínico é marginal, segurança de longo prazo não é bem definida e o custo do tratamento é alto, assim a indicação de tratamento deve sempre ser reavaliada sendo a decisão final controversa e individual.**

#### **REVISÃO DE LITERATURA (dados compilados)**

**Controvérsias e considerações – Existem várias limitações e incertezas sobre o uso de somatotropina para crianças com , que devem ser incorporadas nas decisões sobre o tratamento individual de uma criança**

- Eficácia limitada – A terapia com GH geralmente produz apenas ganhos modestos em altura em comparação com nenhum tratamento (um aumento na altura adulta de aproximadamente 4 a 6 cm), e a altura adulta

geralmente estará abaixo da média apesar da terapia há ampla variação interindividual nos resultados de altura, incluindo nenhum aumento na altura adulta para alguns pacientes. **Embora os resultados não sejam facilmente previsíveis, idade avançada, baixa estatura e menor estatura dos pais no início do GH estão correlacionados com menor eficácia.** Quando o tratamento com GH é considerado, é fundamental que o provedor discuta expectativas realistas com a criança e a família.

•Considerações psicossociais – Entre as crianças encaminhadas para tratamento, os pais frequentemente relatam preocupações psicossociais, mas os estudos geralmente mostram autoestima, funcionamento psicossocial e qualidade de vida normais entre a maioria das crianças com BEI. Além disso, vários pequenos estudos falharam em demonstrar uma melhora na qualidade de vida com o tratamento com GH e alguns especularam que o GH poderia plausivelmente ter efeitos psicossociais adversos porque chama a atenção para sua baixa estatura. No entanto, pacientes individuais podem experimentar efeitos psicossociais prejudiciais da baixa estatura, e esforços devem ser feitos para avaliar objetivamente esse fator para cada paciente.

**Cargas do tratamento – As cargas do tratamento com GH incluem altos custos e a necessidade de injeções subcutâneas, que normalmente são administradas diariamente por até uma década.**

●Nossa abordagem – Sugerimos não tratar crianças com BEI com GH, a menos que haja evidências convincentes que sustentem as preocupações de consequências psicossociais adversas atuais ou futuras relacionadas à baixa estatura (Grau 2C). Essa sugestão pressupõe que os possíveis benefícios psicossociais associados a um incremento modesto no

crescimento não superam o custo e a carga para a criança da terapia de longo prazo.

Decisão de tratar — Apesar da aprovação da US Food and Drug Administration, o uso de GH para crianças e adolescentes com BEI permanece controverso. As diretrizes recomendam contra o uso rotineiro de GH para todas as crianças com BEI. Em vez disso, a decisão sobre a administração de GH deve ser feita caso a caso, após uma discussão detalhada com a criança e a família. Isso ocorre porque existem várias limitações e incertezas sobre o uso da terapia com GH para crianças com BEI. Compreender essas limitações informa uma abordagem pragmática e personalizada para selecionar pacientes para terapia com GH.

- Limitações e incertezas:

- **Existem poucas evidências de que a baixa estatura tenha um efeito prejudicial consistente no funcionamento psicossocial ou físico de um indivíduo.**

A evidência disponível sugere apenas uma eficácia modesta para o tratamento com GH em crianças e adolescentes com BEI, que deve ser ponderada contra os potenciais efeitos adversos fisiológicos, psicossociais e/ou financeiros do tratamento.

- Existe uma variabilidade interindividual substancial na capacidade de resposta ao GH entre crianças com BEI, e algumas crianças provavelmente não respondem ao tratamento. Além disso, é difícil prever a capacidade de resposta ao tratamento com GH para crianças baixas

típicas devido à heterogeneidade clínica e molecular da condição, critérios inconsistentes usados para a definição de BEI e doses variáveis de tratamento com GH usadas em ensaios clínicos . **Ensaios clínicos tendem a inscrever crianças com baixa estatura mais grave, portanto, a resposta de crescimento relatada pode não ser generalizável para a baixa estatura menos grave observada em uma população clínica.**

Assim, ainda hoje pela literatura, a indicação do tratamento com GH na BE PIG permanece controversa e mais estudos devem ser estimulados na tentativa de responder a questões ainda pendentes sobre o crescimento, a puberdade e a resposta ao tratamento em crianças BE PIG já que não existe necessariamente doença a ser corrigida. É necessário considerar as nossas diferenças populacionais e aceitar o desafio da biodiversidade. O papel da medicina é assegurar que as crianças adquiram todas as capacidades que lhe permitam competir “normalmente” na sociedade e não transformá-las em “iguais” competidores. Uma vez que não está demonstrado, que uma maior estatura esteja necessariamente associada a modificações positivas na qualidade de vida. Intervenções não hormonais de natureza psicológica e reforço de medidas de suporte constitui um marco fundamental na abordagem destas crianças e famílias. Embora há uma atribuição, ora pela comunidade científica, ora pela sociedade em geral, de associação entre crianças de baixa estatura com maior prejuízo social e diminuição das capacidades individuais, trata-se de suposição, não cientificamente

#### **IV – CONCLUSÃO**

- ✓ A medicação está disponível no SUS para Hipopituitarismo e na Síndrome de Turner, no caso em tela trata-se de baixa estatura idiopática (BEI)
- ✓ A medicação não está disponível no SUS para o uso na Baixa Estatura PIG sem catch-up (BE PIG) e baixa estatura idiopática (BEI)
- ✓ O uso de GH no caso em tela poderia trazer ganhos (caso traga algum ganho) em relação ao não tratamento uma vez que a reposta depende de vários fatores (fatores genéticos, ambientais) mas não existem evidências convincentes na literatura para indicar o uso da medicação no caso em tela
- ✓ O tratamento não é isento de riscos

#### **V – REFERÊNCIAS:**

- 1) Longui CA. Uso de GH em pacientes com baixa estatura idiopática. Arq Bras Endocrinol Metab 2008; 52(5):750-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n5/06.pdf>
- 2) Secretaria de Atenção à Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria conjunta nº 28, de 30 de novembro de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Deficiência do Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/14/PCDT-Deficiencia-do-Hormonio-de-Crescimento-Hipopituitarismo.pdf>.

- 3) Raposo F, Oliveira MJ, Cardoso H, Borges T. Uso de Hormona de Crescimento em Crianças com Baixa Estatura Idiopática. *Acta Pediátrica Portuguesa* 2015;46:131-4.
- 4) Boguszewski MCS. Crianças nascidas pequenas para a idade gestacional: necessidade de acompanhamento médico durante todo o período de crescimento, *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2010;54/5.
- 5) Guidelines for Growth Hormone and Insulin-Like Growth Factor-I Treatment in Children and Adolescents: Growth Hormone Deficiency, Idiopathic Short Stature, and Primary Insulin-Like Growth Factor-I Deficiency. *Horm Res Paediatr* 2016;86:361–97.
- 6) Cohen P, Rogol AD, Deal CL, Saenger P, Reiter E. OJ, Ross L, Chernausek SD, Savage MO, Wit JM on behalf of the 2007 ISS Consensus Workshop participants. Consensus statement on the diagnosis and treatment of children with idiopathic short stature: A summary of the Growth Hormone Research PM Society, the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society, and the European Society for Paediatric Endocrinology Workshop. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008; 93: 4210–7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18782877>
- 7) Grimberg A, DiVall SA, Polychronakos C, Allen DB, Cohen LE, Quintos JB, Rossi WC, Feudtner C, Murad MH, on behalf of the Drug and Therapeutics Committee and Ethics Committee of the Pediatric Endocrine Society. Guidelines for Growth Hormone and Insulin-Like Growth Factor-I Treatment in Children and Adolescents: Growth Hormone Deficiency, Idiopathic Short Stature, and Primary Insulin-Like Growth Factor-I Deficiency. *Horm Res Paediatr* 2016; 86:361-97. Disponível em: [https:// www.karger.com/Article/FullText/452150](https://www.karger.com/Article/FullText/452150).

8) Wannmacher H. Hormônio de Crescimento: Uma Panaceia. ISSN 1810-0791 Vol. 3, nº 8, Brasília, julho 2006. Disponível em: [https://www.paho.org\\_bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=488-hormoniocrescimento-v-3-n-8-2005-8&category\\_slug=uso-racional-medicamentos-68\\_5&Itemid=965](https://www.paho.org_bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=488-hormoniocrescimento-v-3-n-8-2005-8&category_slug=uso-racional-medicamentos-68_5&Itemid=965).

Literature review current through: **Feb 2023**. This topic last updated: **Feb 27, 2023**. **Authors:** Alan D Rogol, MD, PhD Erick J Richmond, M **Section Editor:** [Mitchell E Geffner, MD](#) **Deputy Editor:** [Alison G Hoppin, MD](#)

**VI – DATA:** 08/06/2024

NATJUS TJMG