

NOTA TÉCNICA 3798

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Desembargador Dr. Rui de Almeida Magalhães

PROCESSO Nº.:10000231046525001

CÂMARA/VARA:11ª CACIV

COMARCA:Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: MCBB

IDADE: 74 anos

PEDIDO DA AÇÃO:Melfalano 9mg/m², Prednisona 60mg /m², Bortezomibe
1º ciclo 1,3 mg/m²

DOENÇA(S) INFORMADA(S): mieloma múltiplo

FINALIDADE / INDICAÇÃO: tratamento da doença

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG- 12092

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0003798

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

01 – O tratamento é eficaz, coberto pelo plano de saúde e recomendado para o paciente em questão? 02 – O tratamento é considerado de urgência? 2.1 – O tratamento é emergencial? 2.2 – O tratamento é eletivo? 03 – A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde da paciente? 04 – Existem outros tratamentos ou alternativas consideradas eficazes para a paciente?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna da linhagem linfoplasmocitária, caracterizada pela superprodução de imunoglobulina monoclonal e secreção do fator de atividade osteoclástica, que leva a lesões fo-

cais em ossos. É mais comum por volta dos 60 anos de idade (pico de incidência aos 70 anos). Menos de 2% dos casos ocorrem antes dos 40 anos. Há discreto predomínio no sexo masculino e incide duas vezes mais na população negra. Corresponde a 1% de todas as neoplasias (15% das hematológicas, incidência 40% maior que a doença de Hodgkin). A incidência do MM é de aproximadamente quatro por 100.000 indivíduos por ano. O diagnóstico do mieloma múltiplo requer a presença de lesões de órgãos (hipercalcemia-elevação do cálcio sérico-, insuficiência renal, anemia ou doença óssea) relacionadas com a proliferação celular. Após o diagnóstico e estratificação de risco, deve-se determinar se o paciente é elegível para transplante de células hematopoiéticas, considerado o tratamento de escolha. Pacientes portadores de mieloma múltiplo são examinados periodicamente para avaliar a progressão ou recidiva da doença. Conceitualmente a progressão da doença se define pelo aumento em 25% do valor dos seguintes parâmetros:

- Proteína M sérica (ou aumento absoluto $\geq 0,5\text{g/dL}$);
- Proteína M urinária (ou aumento absoluto $\geq 200\text{mg/24h}$);
- Percentual de células plasmáticas na medula óssea (pelo menos 10% de aumento absoluto);
- Diferença nos níveis em células FLC kappa e lambda (aumento absoluto deve ser $>10\text{mg/dL}$)

Além disso, a progressão também pode ser diagnosticada quando há aumento de tamanho de lesões pré-existentes ou o aparecimento de níveis de cálcio sérico acima de 11,5 mg/dL.

A doença refratária é definida como aquela que não responde a terapia ou que progride dentro de 60 dias após o último tratamento. Há duas categorias de mieloma refratário:

- “Recidivado e refratário”: definido como uma recidiva na doença em paciente que apresentou melhoras com o tratamento, mas que se tornou

não responsivo enquanto em uso do tratamento ou progrediu em até 60 dias após o término da última terapia.

- Primariamente refratário: se refere ao paciente que não obteve resposta com o tratamento instituído. Por fim o mieloma recidivado refere-se àquele do paciente que após um período sem tratamento com a doença controlada requer um tratamento de resgate.

Praticamente todos os pacientes que sobrevivem ao tratamento inicial do mieloma múltiplo, irão apresentar recidiva ou refratariedade da doença (apesar do tratamento)

PORTARIA SCTIE/MS Nº 18, DE 11 DE MARÇO DE 2022 Torna pública **a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o daratumumabe em monoterapia ou associado à terapia anti-neoplásica para o controle do mieloma múltiplo recidivado ou refratário.** Ref.: 25000.172847/2021-59, 0025679968. A SECRETÁRIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e nos termos dos arts. 20 e 23 do Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, resolve:

Art. 1º Não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o daratumumabe em monoterapia ou associado à terapia antineoplásica para o controle do mieloma múltiplo recidivado ou refratário.

Art. 2º O relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - Conitec sobre essa tecnologia estará disponível no endereço eletrônico: <http://conitec.gov.br/>.

Art. 3º A matéria poderá ser submetida a novo processo de avaliação pela Conitec caso sejam apresentados fatos novos que possam alterar o resultado da análise efetuada.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) recomendou a incorporação do medicamento bortezomibe para o tratamento de mieloma múltiplo (MM) na rede pública em diferentes situações envolvendo pacientes adultos com a doença. Trata-se de um câncer que afeta diretamente a medula óssea. A recomendação segue as orientações do protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde e contempla o tema de acordo com a assistência oncológica no SUS.

O bortezomibe é um quimioterápico que, em conjunto com outros medicamentos desse tipo, pode compor a quimioterapia de indução nos casos de MM.

Os membros do Plenário consideraram os benefícios do uso de bortezomibe em esquemas terapêuticos nos desfechos de sobrevida livre de progressão, remissão completa e taxa de resposta. Foram considerados também outros aspectos como o fato do bortezomibe possuir apresentação como medicamento genérico, ser custo-efetivo e não apresentar impacto orçamentário elevado.

A Comissão avaliou separadamente a recomendação da medicação para o tratamento de:

- a) pacientes adultos previamente tratados;
- b) pacientes adultos que não receberam tratamento prévio, aptos para o tratamento de indução com alta dose de quimioterapia e transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas (TACTH) (quando as próprias células-tronco hematopoiéticas do paciente são removidas antes que a quimioterapia seja administrada - sendo posteriormente infundidas no organismo da pessoa, ao final de todo o processo);
- c) pacientes adultos, não previamente tratados, sem requisitos necessários para o transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas.

O mieloma múltiplo ainda não tem cura, tem evolução muito variável e sobrevida, em média, de 5 anos. Entre as consequências causadas pela doença, destacam-se lesões ósseas (principalmente no crânio, coluna, costelas e perto dos braços e pernas) e prejuízos à renovação das células sanguíneas, o que pode facilitar o aparecimento de anemia e infecções. Além disso, podem ocorrer comprometimentos progressivos ao funcionamento dos rins.

O tratamento recomendado deve ser iniciado logo após o diagnóstico e envolve três intervenções fundamentais, realizadas em sequência: terapia de indução, que visa a diminuir o número de células afetadas pelo MM na medula óssea; quimioterapia de alta dose e o Transplante Autólogo de Células Tronco (TACTH).

Quando bem sucedida, essa abordagem terapêutica pode trazer melhora significativa na qualidade de vida e até manter o MM em remissão durante vários anos. No entanto, por ainda não ter cura, o reaparecimento da doença e a ausência de resposta ao tratamento são bastante frequentes.

Nesses casos, o Ministério da Saúde coloca como opções a realização de um novo transplante, a repetição de esquemas quimioterápicos usados previamente ou a adoção de outros medicamentos ainda não utilizados.

Relatórios finais:

Relatório nº 557 - Bortezomibe para o tratamento do mieloma múltiplo em pacientes adultos previamente tratados

Relatório nº 558 - Bortezomibe para o tratamento do mieloma múltiplo em pacientes adultos, não previamente tratados, elegíveis

ao transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas
Relatório nº 559 - Bortezomibe para o tratamento do mieloma múltiplo em pacientes adultos, não previamente tratados, inelegíveis ao transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas

Lenalidomida é um medicamento com ação imunossupressora e indicado para o tratamento de pacientes acometidos por mieloma múltiplo, linfomas do tipo não Hodgkin, anemia dependente de transfusão em decorrência de síndrome mielodisplásica. Lenalidomida possui estrutura análoga à talidomida, que também tem sido utilizada para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo. Um fato importante a ser ressaltado é que a lenalidomida, do mesmo modo que a talidomida, possui efeitos teratogênicos sobre o feto.

Na literatura médica existe indicação do uso de lenalidomida (associada ou não a dexametasona) para pacientes com mieloma múltiplo latente de alto risco, grau de evidência 1B (ensaio clínico controlado com intervalo de confiança estreito). A lenalidomida associada a dexametasona também está recomendada para pacientes que não podem fazer uso da talidomida devido aos efeitos colaterais.

Na CONITEC existe Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de 2015 onde a lenalidomida não está contemplada. No dia 9 de julho de 2020, em sua 88ª reunião, os membros da Conitec recomendaram preliminarmente, por unanimidade, a incorporação no SUS da associação de bortezomibe para tratamento de pacientes com mieloma múltiplo, que foram previamente tratados, apresentaram recidiva ou refratariedade, conforme assistência oncológica no SUS.

SOBRE A ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO SUS

É importante esclarecer, que a **assistência oncológica no SUS não se constitui em assistência farmacêutica**, a que, no geral e equivocadamente, se costuma resumir o tratamento do câncer. Ela não se inclui no

bloco da Assistência Farmacêutica, mas no bloco da Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade (MAC) e é ressarcida por meio de procedimentos específicos (cirúrgicos, radioterápicos, quimioterápicos e iodoterápicos). Para esse uso, eles **são informados como** procedimentos quimioterápicos no subsistema APAC (autorização de procedimentos de alta complexidade), do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); devem ser fornecidos pelo estabelecimento de saúde credenciado no SUS e habilitado em Oncologia; e são ressarcidos conforme o código da APAC.

Para o tratamento do câncer é necessária a “assistência oncológica” (e não simplesmente a “assistência farmacêutica”), assistências estas que se incluem em diferentes pactuações e rubricas orçamentárias. **Cabe exclusivamente ao corpo clínico do estabelecimento de saúde credenciado e habilitado à prerrogativa e a responsabilidade pela prescrição, conforme as condutas adotadas no hospital.** Além do mais, os procedimentos que constam na tabela do SUS não se referem a medicamentos, mas, sim, a indicações terapêuticas de tipos e situações tumorais especificadas em cada procedimento descritos e independentes de esquema terapêutico utilizado, **cabendo informar ainda que a responsabilidade pela padronização dos medicamentos é dos estabelecimentos habilitados em Oncologia e a prescrição, prerrogativa do médico assistente do doente, conforme conduta adotada naquela instituição.** Ou seja, os estabelecimentos de saúde credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que, livremente, padronizam, adquirem e prescrevem, não cabendo, de acordo com as normas de financiamento do SUS, a União e as Secretarias de Saúde arcarem com o custo administrativo de medicamentos oncológicos. **Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.**

Na área de Oncologia, o SUS é estruturado para atender de uma forma integral e integrados pacientes que necessitam de tratamento de neoplasia maligna. Atualmente, a Rede de Atenção Oncológica está formada por estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). **Os hospitais habilitados como UNACON ou CACON devem oferecer assistência especializada ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento.** Essa

assistência abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos.

O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não distribuem nem fornecem diretamente medicamentos contra o câncer, assim como a tabela de procedimentos quimioterápicos do SUS não refere medicamentos, mas sim, situações tumorais e indicações terapêuticas especificadas em cada procedimento descrito e independentes de esquema terapêutico utilizado (Conforme pode ser visto na página:<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>).

A guarda e aplicação de quimioterápicos são procedimentos de risco, para os doentes e profissionais, razão por que exige pessoal qualificado e experiente, sob supervisão médica, ambiente adequadamente construído e mobiliado para tal (a Farmácia Hospitalar e a Central de Quimioterapia) e procedimentos especificamente estabelecidos por normas operacionais e de segurança. A Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004, da ANVISA, é uma dessas regulamentações. O adequado fornecimento de medicamentos antineoplásicos deve ser feito diretamente pelo estabelecimento de saúde e por ciclo, dado que eles têm prazo de validade; são administrados ou tomados a intervalos regulares; exigem dispensação pós-avaliação

médica periódica da resposta terapêutica, previamente à prescrição; podem ser suspensos por toxicidade ou progressão tumoral e requerem acondicionamento e guarda em ambiente de farmácia hospitalar, muitos deles exigindo condições específicas de temperatura, umidade e luminosidade, com risco de perda de sua ação terapêutica. Há de se atentar para isso, para que se evite um nítido desperdício de recursos públicos também pelo fornecimento de medicamentos a preços comerciais, mormente com indicação questionável, e ainda mais individualmente, sem duração de uso especificada, pois inexiste quimioterapia por tempo indefinido ou indeterminado em oncologia, devido toda quimioterapia, de qualquer finalidade, ter intervalos de tempo e duração previamente planejados, seja pelo estabelecido a partir do comportamento biológico do tumor, seja pelo prognóstico do caso.

Assim, cabe às secretarias estaduais e municipais de Saúde organizar o atendimento dos pacientes na rede assistencial, definindo para que hospitais os pacientes, que precisam entrar no sistema público de saúde por meio da Rede de Atenção Básica, deverão ser encaminhados. Para acesso ao mapa relacionando todas as unidades credenciadas para o atendimento do câncer que integram a rede do SUS em cada estado, pode ser consultada na página: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus/>.

A Lenalidomida é uma opção terapêutica para o tratamento de MM/RR para uso oral, com vários estudos avaliando o seu uso associado a outras medicações. Os estudos incluídos nessa análise demonstraram que a evidência atualmente disponível sobre eficácia e segurança da Lenalidomida para tratamento de Mieloma múltiplo refratário/recidivado reduz o risco de progressão da doença ou morte, quando comparada a dexametasona isolada. A Lenalidomida associada à dexametasona teve resultados de sobrevida global e sobrevida livre de progressão superiores significativamente da dexametasona. Na análise realizada pelo proponente, em que o comparador ter sido o bortezomibe (já incluído no rol), a combinação Rd demonstrou superioridade em relação ao desfecho de redução

Nota Técnica nº 3798 / 2023 NATJUS – TJMG Processo nº: 10000231046525001

do risco de progressão ou morte, mas em relação a sobrevida global não apresentou diferenças significativas. Além disso, em relação aos eventos adversos, a lenalidomida apresentou um risco 53% menor de trombocitopenia, e em relação aos outros eventos adversos não apresentaram diferenças significativas

Foram incluídos 5 ensaios clínicos randomizados, 4 estudos abertos (Pawlyn C et al, 2017; Stewart AK et al, 2015; Zweegman S et al, 2016; Bahlis NJ et al, 2017) e 1 estudo duplo cego (Palumbo A et al, 2012) com um total de 4.877 pacientes com nove esquemas de tratamento envolvendo a Lenalidomida como terapia combinada. Os esquemas de tratamentos foram diferentes entre os estudos incluídos e o seguimento variou de 30 meses a 45.5 meses. O risco de viés foi geralmente alto entre os estudos devido ao desenho do estudo ser aberto. Os regimes avaliados entre os estudos foram: • MPR-R (Melfalano, Prednisona e Lenalidomida e manutenção com Lenalidomida); MPR (Melfalano, Prednisona e Lenalidomida); MP (Melfalano e Prednisona) • CTD (ciclofosfamida, talidomida e dexametasona); CRD (ciclofosfamida, lenalidomida e dexametasona) • MPT-T (melfalano, prednisona e talidomida e manutenção com talidomida); MPR-R (melfalano, prednisona e lenalidomida e manutenção com lenalidomida) • RDc (lenalidomida e dexametasona em ciclos ininterruptos até progressão/toxicidade); RD18 (determinado de ciclos (Rd18 = 18 ciclos); MPT (melfalano, prednisona e talidomida) Os resultados dos estudos foram descritos de acordo com os seguintes desfechos: Desfecho de eficácia Sobrevida livre de progressão:

✓ O tratamento com MPR-R se associou ao aumento da sobrevida livre de progressão quando comparado ao MPR (31 meses grupo MPR-R vs 14 meses grupo MPR; HR: 0,49; P<0.001) ou quando comparado ao regime MP (31 meses grupo MPR-R vs 13 meses grupo MP ; HR: 0,40; P<0.001). Nível de certeza da evidência alta.

✓ O regime terapêutico com CTD não demonstrou diferença no tempo mediano da sobrevida livre de progressão quando comparado ao regime

CRD (HR 0.96 (IC95%; 0.86,1.07)). O nível da certeza da evidência foi baixa devido a limitações metodológicas e imprecisão.

✓ O tratamento com MPT-T quando comparado ao MPR-R demonstrou um valor pontual mais alto em relação ao aumento da sobrevida livre de progressão, mas não foi estatisticamente significativo: ▪ 21 meses grupo MPT-T vs 18.7 meses grupo MPR-R; HR= 0.84; 95% IC95%, 0.64-1.09; nível da certeza da evidência baixo devido a limitações metodológicas e imprecisão – estudo Stewart AK et al,2015; ▪ 20 meses grupo MPT-T vs 23 meses grupo MPR-R; HR= 0.87; 95% CI, 0.72-1.04; P =0 .12; nível da certeza da evidência baixo devido a limitações metodológicas e imprecisão- estudo Zweegman S et al, 2016

✓ A taxa de sobrevida livre de progressão foi maior no grupo tratado com o regime terapêutico RDc (74.8% grupo RDc vs 37.5% grupo MPT vs 39,8% grupo RD18). O nível de certeza foi moderado devido a limitações metodológicas. Sobrevida global:

✓ O tratamento com MPR-R demonstrou uma maior taxa de sobrevida quando comparado aos regimes de tratamento MPR e MP (70% vs 62% vs 66%, respectivamente). O regime terapêutico com maior taxa de óbito foi o MPR (34%). O nível da certeza da evidência foi alto.

✓ O regime terapêutico com CTD não demonstrou diferença para o desfecho de sobrevida global quando comparado ao regime CRD HR 0.92 (IC95%; 0.79, 1.07; nível da certeza da evidência baixa por limitações metodológicas e imprecisão).

✓ O tratamento com MPT-T demonstrou um pequeno aumento da sobrevida global na medida pontual, mas não foi estatisticamente significativo na comparação com o regime terapêutico MPR-R (52.6 meses vs 47.7 meses; (P =0.476); nível da certeza da evidência moderado por limitações metodológicas- estudo Stewart AK et al,2015). ✓ A taxa de sobrevida demonstrada pelo estudo Zweegman e colaboradores foi 64% no grupo MPT-T quando comparado a 56% do grupo MPR-R (HR, 0.82; 95%

CI, 0.64-1.06; P =0 .13; nível da certeza baixo devido a limitações metodológicas e imprecisão).

✓ A taxa de sobrevida global foi maior no grupo tratado com o regime terapêutico RDc (81.1% grupo RDc vs 70.8% grupo MPT vs 76.5% grupo RD18; nível de evidência moderado por limitações metodológicas). Desfecho segurança Eventos adversos

✓ A neutropenia foi o evento adverso mais frequente no grupo com o regime terapêutico MPR-R (35% grupo MPR-R x 32% grupo MPR e 8% grupo MP). Foi observado relato idêntico de diagnóstico de malignidade secundária nos grupos MPR-R e MPR (7%) e um relato de 3% no grupo MP. O nível da certeza da evidência foi alto para esse desfecho.

✓ A neuropatia sensorial periférica foi relatada por 9.8% dos pacientes tratados com o regime CTD e 3.7% dos pacientes no grupo CRD (nível da certeza da evidência moderado devido as limitações metodológicas).

✓ Os pacientes tratados com MPT-T relataram 59,5% de toxicidade não hematológica quando comparado a 40% dos pacientes tratados com MPR-R. A malignidade secundária foi relatada por 18 pacientes tratados com MPT-T vs 14 pacientes do grupo MPR-R e a neuropatia foi observada em 16% dos pacientes do grupo MPT-T e em 2% dos pacientes do grupo MPR-R. O nível de certeza da evidência foi moderado, por limitações metodológicas.

✓ Os pacientes tratados com ou RDc ou MPT ou RD18 relataram infecções como evento adverso mais frequente (29% vs 12% vs 16%, respectivamente). Neuropatia também foi observada nos grupos RDc (22%), MPT (45%) e RD18 (15%).

A Lenalidomida é uma opção terapêutica para o tratamento de MM recém-diagnosticado inelegíveis ao transplante. Nos cinco ECR incluídos nessa análise de eficácia e segurança, o tratamento com MPRR se associou ao aumento da sobrevida livre de progressão quando comparado ao MPR ou MP [nível de certeza da evidência alta], já o regime terapêutico

com CTD comparado com CRD não demonstrou diferença [nível da certeza da evidência foi baixa]. A taxa de sobrevida global foi mais alta no tratamento em que a Lenalidomida foi usada também na manutenção (MPR-R) quando comparada com os regimes de tratamento MPR e MP. O regime terapêutico com CTD não demonstrou diferença para o desfecho de sobrevida global quando comparado ao regime CRD. O tratamento com MPT-T comparado com MPR-R teve valores superiores na medida pontual de sobrevida global, mas não foi estatisticamente significativa, da mesma forma a comparação entre os regimes MPT-T e MPR-R. No regime RDc teve valores superiores aos regimes MPT e RD [nível de evidência moderado por limitações metodológicas]. Além disso, em relação aos eventos adversos, a neutropenia foi o evento adverso mais frequente no grupo com o regime terapêutico MPR-R (35% grupo MPR-R x 32% grupo MPR e 8% grupo MP).

IV – CONCLUSÕES:

- ✓ A Conitec, durante a 105ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de fevereiro de 2022, recomendou a não incorporação no SUS do datatumabe em monoterapia ou associado à terapia antineoplásica para o controle do mieloma múltiplo recidivado ou refratário.
- ✓ A Conitec, durante a 105ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de fevereiro de 2022, recomendou a não incorporação no SUS da lenalidomida para pacientes adultos com mieloma múltiplo inelegíveis ao transplante de células-tronco hematopoiéticas
- ✓ Os CACON que tem autonomia técnico/financeira para incorporar o medicamento. Regra geral para ser incorporado pelos CACONS os medicamentos devem cumprir critérios de eficácia e custo efetividade
- ✓ O paciente deve estar referenciado a um CACON para tratamento oncológico pelo SUS. **Cabe exclusivamente ao corpo clínico do estabelecimento de saúde credenciado e habilitado à prerrogativa e**

a responsabilidade pela prescrição, conforme as condutas adotadas no hospital

- ✓ A terapêutica solicitada já foi avaliada pela CONITEC e foi decidido pela não incorporação do DARATUMUMABE ao SUS
- ✓ Existem outras opções no SUS e na ANS para doença informada
- ✓ De acordo com os protocolos examinados indicados para a doença não foi encontrada a imprescindibilidade do tratamento solicitado
- ✓ A critério do juízo deve ser realizada perícia médica para avaliar a real necessidade do tratamento prescrito, obviamente esta indicado tratamento mas não necessariamente prescrito

V – REFERÊNCIAS:

- ✓ PORTARIA SCTIE/MS Nº 18, DE 11 DE MARÇO DE 2022
- ✓ Portal CONITEC :Bortezomibe para o tratamento do mieloma múltiplo em pacientes adultos previamente tratados
- ✓ Portal CONITEC : Mieloma Múltiplo Portaria SAS/MS 708-06/08/2015
- ✓ http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2022/20220314_Relatorio_702_daratumumabe_mieloma_multiplo.pdf
- ✓ Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Hospital Sírio-Libanês. Relatório de análise crítica de Proposta de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde: Lenalidomida (Revlimid®) no tratamento de pacientes com mieloma múltiplo que não receberam tratamento prévio e não são elegíveis ao transplante de células progenitoras hematopoiéticas autólogo. Julho/2020.

VI – DATA: 26/06/ 2023

NATJUS TJMG