



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 130/2021

Vitória, 05 de fevereiro de 2021

Processo nº [REDACTED]

impetrado por [REDACTED]

[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Criminal Guarapari – MM Juiz de Direito Dr. Gustavo Marçal da Silva e Silva – sobre o medicamento: **Lenalidomida (Revlimid®)**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com documentos juntados aos autos, como inicial e laudo médico não proveniente do SUS, emitido em 21/12/2020 pela médica Hematologista Dra. Juliana Velloso Scatolino CRM-ES 11844 e anexado às fls. 12, trata-se de paciente idoso, com diagnóstico de Síndrome Mielodisplásica (SMD) com excesso de blastos de risco intermediário em julho de 2020, associado a alterações citogenéticas del(5q) e translocação entre braço longo do cromossomo 8 e curto do cromossomo 10. Profissional informa que em pacientes com del(5q), o tratamento de escolha é a lenalinomida, devido a alta resposta hematológica, em torno de 60 a 70%. A melhora de parâmetros hematológicos com essa terapia também está relacionada com melhora da qualidade de vida, menor risco para progressão para leucemia mieloide aguda e melhor sobrevida, sobretudo no paciente em questão que já apresenta excesso de blastos, com maior risco de transformação para leucemia mieloide aguda, que no idoso é uma doença grave e dificilmente curável. O referido laudo traz ainda que tal medicação já está disponível no Brasil e não se trata de indicação *Off-label*, já que está em bula e é a escolha para o tratamento de 1ª linha. Portanto a médica solicita a liberação de lenalidomida (Revlimid®) na dosagem de 10 mg/dia, por 21 dias a cada



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

mês, de forma contínua e por período de tempo indeterminado (até perda da resposta e/ou progressão da doença).

2. Consta documento da GEAF/CEFT com indeferimento da solicitação administrativa.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. Com base na diretriz de Reorientação da Assistência Farmacêutica contida no Pacto pela Saúde, publicado pela **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006**, o Bloco da Assistência Farmacêutica foi definido em três componentes: (1) Componente Básico; (2) Componente de Medicamentos Estratégicos; e (3) Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Esse último componente teve a sua denominação modificada pela Portaria GM/MS nº 2981, republicada no DOU em 01 de dezembro de 2009, para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
2. A Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012 estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no SUS.
3. A **Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013**, em seu art. 1º regulamenta e aprova as normas de financiamento e de execução do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS. De acordo com o art. 3º, os financiamentos dos medicamentos deste Componente são de responsabilidade das três esferas de gestão, devendo ser aplicados os seguintes valores mínimos: União R\$ 5,10/habitante/ano; Estados no mínimo R\$ 2.36/habitante/ano; e os Municípios no mínimo R\$ 2,36/habitante/ano para a aquisição de medicamentos. Ainda, os recursos previstos na referida portaria não poderão custear medicamentos não-constantemente da RENAME



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

vigente no SUS.

4. Com o objetivo de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo e as Secretarias de Saúde dos Municípios desse estado pactuaram na CIB, através da **Resolução CIB nº 200/2013 de 02 de setembro de 2013**, o repasse e as normas para aquisição dos medicamentos pelos municípios. Conforme art. 2º, o incremento no financiamento estadual e municipal para o incentivo à assistência farmacêutica na atenção básica será realizado por adesão dos Municípios e seguirá proposta elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), conforme anexo I desta resolução. O valor total tripartite passa a ser de R\$ 12,00 habitante/ano para os Municípios que já aderiram ou que aderirem à proposta de aumento do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
5. A dispensação dos medicamentos do CEAF é realizada de acordo com o acompanhamento farmacoterapêutico previsto pelos protocolos de tratamento publicados pelo Ministério da Saúde que são desenvolvidos com base nos critérios da Medicina Baseada em Evidências e têm como objetivo estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, e a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos.
6. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 divulga o Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

7. **A Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde nº 493 de 11 de junho de 2015, aprova o Protocolo de uso da talidomida no tratamento da síndrome mielodisplásica.**

DA PATOLOGIA

1. A mielodisplasia também chamada de **síndromes mielodisplásicas (SMD)** é uma desordem hematopoiética de doenças mieloides clonais (neoplásicas) que acomete preferencialmente idosos. Caracterizam por hematopoiese ineficaz, citopenias, distúrbios qualitativos de uma ou mais linhagens das células do sangue periférico, anormalidades cromossômicas e uma variável tendência à evolução para leucemias agudas. Geralmente resulta em pancitopenia levando à anemia com necessidade frequente de transfusões; aumento do risco de infecções ou hemorragias e aumento do risco de desenvolver leucemia mieloide aguda (LMA) como ocorrência natural da doença. O paciente queixa de astenia, emagrecimento, febre de origem indeterminada e em alguns casos hepatoesplenomegalia.
2. Anemia, infecções secundárias e autoimunidade patológica são as principais manifestações clínicas (Young e cols. 2008). Alterações citogenéticas estão presentes em aproximadamente 50% dos casos de SMD e não ocorrem aleatoriamente, podendo estar relacionadas com a etiologia (Coll e cols. 2012). As células-tronco da medula óssea (stem cells), devido às suas propriedades de autor renovação e diferenciação, são capazes de persistir ao longo da vida. Esse fenômeno aumenta várias vezes o risco de acumular mutações deletérias que possam levar ao desenvolvimento de neoplasias.
3. Devido à variabilidade das apresentações clínicas, o diagnóstico se baseia em dados clínicos, morfológicos e citogenéticos de acordo com os critérios mínimos estabelecidos no consenso de Viena, publicado em 2007, além da exclusão de outras doenças. Assim, a classificação da doença descrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) envolve sete subtipos morfológicos: citopenia refratária com displasia unilinhagem (CRDU),



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

anemia refratária com sideroblastos em anel (ARSA), anemia refratária com excesso de blastos-1 (AREB-1), anemia refratária com excesso de blastos-2 (AREB-2), citopenia refratária com displasia multilinhagem (CRDM), síndrome mielodisplásica não-classificada e mielodisplasia associada com a deleção (5q) isolada. Além destes subtipos, a OMS ainda considera a leucemia mielomonocítica crônica e a leucemia mielomonocítica juvenil tipos de cânceres de sangue classificados como doenças mielodisplásicas/mieloproliferativas mista. Ainda visando estabelecer o prognóstico dos subgrupos da SMD, o Índice Prognóstico Internacional (IPSS) que considera o percentual de blastos medulares, alterações cariotípicas e número de citopenias é utilizado.

4. A SMD se transforma em leucemia mieloide aguda (LMA) em cerca de 30% dos pacientes. A SMD ocorre predominantemente em pessoas idosas, usualmente com mais de 60 anos, embora haja ocorrências em crianças de 2 anos. Anemia, sangramento, facilidade em contundir-se e fadiga são os achados iniciais comuns.

DO TRATAMENTO

1. No tratamento e prognóstico da **SMD** as questões iniciais mais importantes são a definição do diagnóstico, a estratificação do risco biológico para ameaça à vida ou evolução para LMA e a avaliação das condições clínicas gerais, bem como a idade do paciente. O **tratamento da SMD** consiste em oferecer suporte clínico para todos os pacientes e, em casos selecionados, o emprego de imunossupressão com Imunoglobulina Antitimocítica e/ou ciclosporina, agentes hipometilantes (azacitidina e decitabina) ou Transplante Alogênico de Medula Óssea. O tratamento é baseado no escore clínico IPSS-R (Revised International Prognostic Scoring System) que estima a sobrevida do paciente levando em conta os níveis hematimétricos, a gravidade das alterações citogenéticas e a porcentagem de blastos na medula óssea (Coll e cols. 2012).
2. Segundo orientação do *MDS Care Programme 2*, na prática clínica diária, a SMD é



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

dividida em “baixo risco”, compreendendo a classificação IPSS baixo risco e intermediário 1 e “alto risco” compreendendo a classificação IPSS intermediário 2 e alto risco. Algoritmo proposto pelo guia do NMDS para o tratamento da SMD de baixo risco:

- 1- Transfusão de alta qualidade e terapia de quelação.
 - 2- Avaliar para tratamento curativo para IPSS Intermediário 1 (transplante alogênico).
 - 3- Avaliar pacientes com anemia refratária (RA) e citopenia refratária com múltiplas displasias (RCMD) para tratamento imunossupressivo.
 - 4- Para pacientes com anemia, considerar eritropoietina com ou sem GCSF para pacientes com escore preditivo de 0 ou 1.
 - 5- Pacientes com SMD de risco baixo ou int. 1 sem 5q, que não respondem à eritropoietina, podem ser tratados com lenalidomida dentro de um ensaio clínico ou em um programa experimental executado por especialistas.
 - 6- Pacientes do item 3 ou pacientes que não respondem à eritropoietina com ou sem G-CSF devem receber somente terapia de transfusão ou tratamento experimental dentro de protocolos.
3. A idade, a presença de comorbidades, o desejo do paciente são os aspectos que devem sempre ser considerados. Existem 3 categorias de opções de tratamento: cuidado suportivo, tratamento de baixa intensidade e o de alta intensidade.
4. O cuidado suportivo é uma parte importante do manejo de todos os pacientes, podendo melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevida em todos os pacientes com SMD. Muitas vezes é a opção no paciente cujas condições clínicas gerais e idade limitam outras abordagens. Inclui transfusões de hemácias ou de plaquetas, antibioticoterapia e imunizações. Transfusões de hemácias são indicadas para alívio dos sintomas, principalmente nas anemias melhorando o cansaço e a fadiga. Também transfusão de plaquetas são usadas para prevenir e tratar os sangramentos causados por plaquetopenia devendo ser oferecidas frequentemente. Como tratamento de suporte, o *NMDS group* recomenda transfusões de plaquetas em pacientes trombocitopênicos com sangramentos moderados a severos. Segundo o *National Cancer Institute*, a base



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

do tratamento da SMD tem sido tradicionalmente de suporte.

5. Pacientes com baixo risco (IPSS baixo ou intermediário -1) que apresentam sobrevida prolongada se beneficiam da abordagem de baixa intensidade dirigida para qualidade de vida. Portanto, a melhora nos índices hematológicos (transfusão de concentrados de hemácias, seguidos da quelação do ferro, transfusão de plaquetas, fatores de crescimento (FC) hematopoéticos) garantem uma melhor qualidade de vida e são a opção para pacientes maiores de 65 anos. Baseia-se no uso de FC. O uso do FC hematopoiético, a eritropoetina, visa diminuir a necessidade de transfusão, estimulando a produção da medula de hemácias.
6. Outras drogas/terapias relacionadas a menor incidência de efeitos colaterais e que não requerem internação podem ser utilizadas. Diferente da quimioterapia convencional, essas terapias atuam de maneira distinta nas células, sendo menos tóxicas e com menos efeitos colaterais, permitindo uso continuado por mais tempo caso o paciente tenha benefício. Entre elas estão os agentes hipometilantes, representados pela azacitidina e decitabina) e o agente imunomodulador (IMiD): lenalidomida. Tratamentos específicos são sugeridos em alguns tipos de SMD, já que algumas mutações genéticas/alterações cromossômicas respondem bem a certas drogas. As drogas IMiD como a lenalidomida, podem ser muito úteis em pacientes com SMD que apresentem alteração muito específica no exame de citogenética, conhecido como síndrome do 5q-. Nesses casos, pode ser considerada terapia de primeira escolha.
7. O tratamento para pacientes de alto risco (IPSS intermediário-2 ou alto) é voltado para prolongar a vida, aumentando sua expectativa com o uso de tratamento intenso que visa suprimir o clone leucêmico. Assim, para esses pacientes, o transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas, único tratamento curativo, pode representar a melhor opção, algumas vezes associado a quimioterapia prévia, e uso de agentes hipometilantes. Este tratamento é a escolha para pacientes com bom estado geral, sem comorbidades importantes, idade menor que 75 anos e com doença de alto risco. Nos pacientes dos subtipos com elevado risco de desenvolver leucemia, drogas



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

convencionais como a citarabina, idarrubicina ou daunorrubicina são utilizadas. Por terem menos efeitos colaterais, os hipometilantes são preferíveis, em pessoas de mais idade que tendem a não tolerar muito bem tratamentos mais agressivos. A azacitidina ou a decitabina são consideradas drogas de primeira escolha em pacientes com SMD mais avançada que não candidatos a transplante de medula óssea, ou no preparo para o transplante de medula óssea. As drogas IMiD, lenalidomida, é reservada aos pacientes com menos de 75 anos, de elevado risco para leucemia, de acordo com a idade e estado geral.

8. Só existe um tratamento que cura da SMD, ou que realmente é associado a aumento da sobrevida dos pacientes: o transplante de medula óssea. O problema é que o transplante de medula óssea é um procedimento de alto risco, não sendo seguro se paciente tem mais de 75 anos e/ou se seu estado geral não for muito bom. Em geral, o transplante só é indicado em casos graves, sem resposta aos tratamentos convencionais. Como a SMD é uma doença que acomete predominantemente pessoas idosas, muitas delas não tem condições clínicas de se submeterem ao transplante de medula óssea.

DO PLEITO

1. **Lenalidomida (Revlimid®):** A lenalidomida, uma substância análoga à talidomida, é um agente imunomodulador com propriedades antiangiogênica e antineoplásica. Foi aprovado no Brasil pela ANVISA em 26/12/17. No Brasil, O Revlimid® foi registrado (nº 19614002) na forma de cápsulas nas concentrações de 2,5 mg, 5 mg, 10 mg e 25 mg. Foi aprovada pela ANVISA em 11/02/19 a indicação para tratamento do mieloma múltiplo. Está indicado para:

1.1 Mieloma múltiplo:

- em terapia combinada, é indicado para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo que não receberam tratamento prévio e não são elegíveis a transplante.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- em combinação com bortezomibe e dexametasona, é indicado para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo que não receberam tratamento prévio.
- em monoterapia é indicado para o tratamento de manutenção de pacientes com mieloma múltiplo recém-diagnosticado que foram submetidos a transplante autólogo de células-tronco.
- em combinação com dexametasona, é indicado para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo refratário/recidivado que receberam ao menos um esquema prévio de tratamento.

1.2 Síndrome mielodisplásica:

- indicado para o tratamento de pacientes com anemia dependente de transfusões decorrente de síndrome mielodisplásica de risco baixo ou intermediário-1, associada à anormalidade citogenética de deleção 5q, com ou sem anormalidades citogenéticas adicionais.

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. O tratamento das síndromes mielodisplásicas durante muitos anos consistiu em medidas suportivas apenas (transfusão de hemácias e plaquetas, administração de agentes estimuladores da eritropoiese). Esse tratamento permanece como a primeira opção em muitos pacientes, principalmente naqueles idosos e com comorbidades.
2. Nem todos os pacientes precisam se submeter ao tratamento na ocasião do diagnóstico. Este está indicado para aqueles com citopenias sintomáticas (anemia, trombocitopenia, neutropenia com infecções recorrentes). Não há um esquema quimioterápico estabelecido. Mas, recentemente medicações com o objetivo de atuar na doença de base foram desenvolvidas e estão sendo estudadas (azacitidina, decitabina e lenalidomida).
3. Pontuamos que a lenalidomida é um análogo da talidomida com propriedades



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

antineoplásicas. Especificamente, lenalidomida inibe a proliferação de determinadas produção de citocinas pró-inflamatórias como a TNF- α e IL-6 pelos monócitos. Em SMD Del (5q), demonstrou-se que a lenalidomida inibe seletivamente o clone anormal, aumentando a apoptose de células com Del (5q). Possui indicações terapêuticas autorizadas pela Anvisa, dentre elas para o tratamento de pacientes com anemia dependente de transfusão decorrente de SMD de risco baixo ou intermediário-1, associada à anormalidade citogenética de deleção 5qb, com ou sem anormalidades citogenéticas adicionais.

4. Trata-se de um fármaco com potencial teratogênico; potencialmente tóxico (toxicidade hematológica de graus 3 ou 4, podendo ocasionar neutropenia e trombocitopenia como reações adversas); além de ser passível de desencadear reações alérgicas graves e potencialmente fatais, como por exemplo, a Síndrome de Stevens-Johnson, a Necrólise Epidérmica Tóxica e a reação a medicamento com eosinofilia e sintomas sistêmicos.
5. O estudo clínico apresentado para a indicação terapêutica SMD com deleção do cromossomo 5q, trata-se de um estudo de único braço, não comparativo, aberto e de fase II. Os dados fornecidos pelo estudo não são suficientes para avaliar a segurança da lenalidomida para esta indicação terapêutica por não estabelecer comparação entre o medicamento e qualquer outro tratamento. Ou seja, a evidência disponível até o momento sobre a eficácia e segurança de lenalidomida no tratamento de SMD de baixo risco com deleção 5q demonstra que este fármaco pode ser uma opção eficaz para melhora dos níveis de hemoglobina, melhorando a anemia e suas consequências, além de reduzir a chance de progressão para LMA (o que acarretaria maior morbimortalidade). Contudo, os estudos não compararam lenalidomida aos tratamentos considerados padrão, como a talidomida oferecida pelo SUS, apenas contra placebo. Considerando a perspectiva de ganho marginal de sobrevida (se houver), prognóstico da doença na fase avançada, e o elevado grau de toxicidade desta droga, ela não foi disponibilizada na saúde suplementar e nem no SUS. Desta forma deve ser enfatizada a necessidade de se estabelecer o melhor cuidado suportivo com objetivo de garantir a melhor qualidade de vida possível, a independência e autonomia



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- da paciente, além de prevenir possíveis eventos colaterais.
6. O único tratamento capaz de suprimir o clone leucêmico e voltado para prolongar a vida, aumentando sua expectativa e promover a cura da SMD é o transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas, associado a quimioterapia que pode incluir hipometilantes e IMiD, indicado para pacientes menores de 75 anos, com bom estado de saúde.
 7. De acordo com a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde nº 493 de 11 de junho de 2015, que aprova o Protocolo de uso da talidomida no tratamento da síndrome mielodisplásica, **as opções terapêuticas para SMD incluem: cuidados de suporte, terapia de baixa intensidade e terapia de alta intensidade. Os cuidados de suporte podem requerer transfusões de hemácias ou transfusões de plaquetas para, respectivamente, anemia ou trombocitopenia grave.** A terapia de baixa intensidade busca, principalmente, a melhora do quadro hematológico e inclui o uso de modificadores da resposta biológica (como a talidomida) e quimioterapia de baixa intensidade, medicamentos que geralmente podem ser administrados no ambulatório, em adição aos cuidados de suporte. A terapia de alta intensidade, indicada para os casos de risco alto e muito alto, busca, geralmente, alterar a história natural da doença (melhora da sobrevida, reduzir a evolução para LMA, etc.) e inclui quimioterapia de indução intensiva ou transplante de células-tronco hematopoéticas.
 8. Ainda de acordo com a referida portaria, doentes de SMD classificada como AR sem sideroblastos em anel, ARSA ou AR não especificada **devem ser atendidos em hospitais com serviço de hematologia, habilitados ou não em oncologia, e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento.**
 9. **No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, o acesso a medicamentos antineoplásicos no SUS (Sistema Único de Saúde) não se dá por meio de programas de medicamentos, como o da farmácia básica e o do**



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

componente especializado da assistência farmacêutica. 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.

10. No presente caso, na documentação juntada aos autos **não constam resultados de exames e demais documentos de origem médica que versam acerca do acompanhamento realizado e destinado ao paciente, com descrição técnica detalhada e circunstanciada do caso em questão** (por exemplo no laudo anexado consta informação de paciente com excesso de blastos de risco intermediário em julho de 2020 porém não informa a condição do mesmo na data de emissão do laudo – 21/12/2020 – e se o mesmo se enquadra em indicação aprovada pela ANVISA). **Ademais não consta informação de que o paciente está em tratamento na rede pública de saúde, bem como cumpre informar que foi remetido a este Núcleo somente um único documento de origem médica, emitido em papel timbrado de empresa particular (Medquimheo).**
11. Frente ao exposto e considerando as informações que este Núcleo teve acesso e considerando as evidências científicas e características farmacológicas do medicamento ora pleiteado, **entende-se que o requerente deve ser avaliado em serviço credenciado no SUS e seja submetido ao tratamento definido pelo corpo clínico, conforme protocolo institucional próprio disponível.**
12. **Por fim, esclarecemos que caso o paciente esteja em tratamento pelo Plano de Saúde, entende-se que cabe ao mesmo o custeio de todo o tratamento, incluindo os medicamentos prescritos pelo médico assistente.**





Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde nº 493 de 11 de junho de 2015** – Aprova o Protocolo de uso da talidomida no tratamento da síndrome mielodisplásica. Disponível em:

<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Talidomida_SindromeMielodispl%C3%A1sica.pdf>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2021.

NOTA TÉCNICA TJMG. Assunto: **Lenalidomida para Tratamento de Mielodisplasia**.

Disponível em: <<https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/11384/1/NT%201875.pdf>>.

Acesso em: 05 de fevereiro de 2021.

CNJ. **Nota Técnica 4273**. Assunto: **Lenalidomida para Tratamento de**

Mielodisplasia. Disponível em: <[https://www.cnj.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados-pdf.php?](https://www.cnj.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados-pdf.php?output=pdf&token=nt:4273:1603717680:a27429cd21941169f207f12bc34b3d7c8dd6f54cdd69cedfb754ecdcddeedb2c)

[output=pdf&token=nt:4273:1603717680:a27429cd21941169f207f12bc34b3d7c8dd6f54cdd69cedfb754ecdcddeedb2c](https://www.cnj.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados-pdf.php?output=pdf&token=nt:4273:1603717680:a27429cd21941169f207f12bc34b3d7c8dd6f54cdd69cedfb754ecdcddeedb2c)>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2021.

SECRETARIA DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO. **Parecer técnico nº 1153/2019**. Assunto:

Lenalidomida para Tratamento de Síndrome mielodisplásica tipo síndrome do

5q. Disponível em: <<https://static.trf2.jus.br/nas-internet/documento/comite-estadual-saude/pareceres/2019/parecer-1153-2019.pdf>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2021.

UFMFG/NATS. RESPOSTA RÁPIDA 208/2014. Assunto: **Azacitidina para tratamento de mielodisplasia**. Disponível em:

<<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/04/689a47420903b3b2bcae059ccacbc775.pdf>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2021.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

Fagundes EM Rev. bras. hematol. Hemoter. 2006;28(3):218-220. **Tratamento do paciente com mielodisplasia de alto risco.** Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v28n3/v28n3a14.pdf>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF). **Parecer da Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica número 095/2009 [ANTINEOPLÁSICOS DIVERSOS: evidências para o tratamento oncológico.]**. Vitória, abril 2010.

FIOCRUZ – ENSP. Novos análogos da talidomida, segurança e eficácia semelhantes e custo muito mais alto. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/5845>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2021.