



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1094/2020

Vitória, 21 de setembro de 2020

Processo N° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED]
representada por [REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas da 2ª Vara de Castelo – MM^a. Juíza de Direito Dr^a. Valquiria Tavares Mattos – sobre o medicamento: **Leuprorrelina 3,75 mg.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Petição inicial a menor necessita para seu tratamento acetato de leuprorrelina 3,75mg a cada 28 dias e não possui condições financeiras para arcar com os custos. Solicitou junto ao SUS e foi negado.
2. Às fls. 09 consta laudo médico emitido em **21/06/2018**, paciente com 8 anos e 11 meses; início de telarca e puberdade precoce com 7 anos e 11 meses; apresentou epilepsia; ressonância de crânio com sinais de má rotação hipocampal bilateral; idade óssea em novembro 2017 9 anos; USG pélvico com útero de volume 3,6 cm³, ovários 2,1³ cm e 1,7³ cm em janeiro de 2018. Em fevereiro de 2018 fez teste de estímulo de LH com leuprorrelina compatível com puberdade precoce central. Iniciado tratamento em fevereiro de 2018 com leuprorrelina, sem atingir alvo de controle de LH com 3,75 mg de 28 em 28 dias, até o momento. Criança hoje com mamas e pelos tanner 3. Necessita de fornecimento da medicação para evitar avanço de puberdade e prejuízo na estatura final. CID E22.8.



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

3. Às fls. 10 consta receituário sem data com prescrição do medicamento acetato de leuprorrelina 3,75mg 1 ampola a cada 28 dias.
4. Às fls. 12 consta parecer CFT farmácia Cidadã Estadual de Cachoeiro de Itapemirim, indeferindo a solicitação em **19/04/2018**, devido não atender no momento critérios de inclusão do referido protocolo, caso no decorrer do tratamento venha a preenchê-los favor encaminhar nova solicitação com laudo e exames complementares.

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 GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009**, regulamentou o **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF**, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, tendo como objetivo a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde, revogando todas as portarias vigentes, exceto as que publicaram os PCDT. Esta Portaria teve seus Art. 3º, 15º, 16º e 63º e anexos I, II, III e IV alterados e atualizados pela **Portaria GM/MS nº 3.439, de 11 de novembro de 2010** que regulamenta o elenco atual do CEAF.
3. A dispensação dos medicamentos do CEAF é realizada de acordo com o



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

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.

DA PATOLOGIA

1. A **Puberdade** é o processo de maturação biológica que, através de modificações hormonais, culmina no aparecimento de caracteres sexuais secundários, na aceleração da velocidade de crescimento e, por fim, na aquisição de capacidade reprodutiva da vida adulta. É resultado do aumento da secreção do hormônio liberador de gonadotrofinas, o GnRH, o qual estimula a secreção dos hormônios luteinizante (LH) e foliculoestimulante (FSH), que, por sua vez, estimularão a secreção dos esteroides sexuais e promoverão a gametogênese. Considera-se **precoce** o aparecimento de caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos em meninas e antes dos 9 anos em meninos
2. Em 80% dos casos, a **precocidade sexual** é dependente de gonadotrofinas (também chamada de puberdade precoce central ou verdadeira). A puberdade precoce dependente de gonadotrofinas é em tudo semelhante à puberdade normal, com ativação precoce do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas. A manifestação inicial em meninas é o surgimento do botão mamário e, em meninos, o aumento do volume testicular (≥ 4 ml). A secreção prematura dos hormônios sexuais leva à aceleração do crescimento e à fusão precoce das epífises ósseas, o que antecipa o final do crescimento e pode comprometer a estatura final. Porém, mesmo com início prematuro, em algumas crianças, a puberdade tem lenta evolução e não compromete a altura final. Por isso, a avaliação da progressão por 3-6 meses pode auxiliar na definição da necessidade



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

ou não de tratamento de crianças nos estágios iniciais de puberdade, especialmente em meninas entre 6-8 anos.

3. A enfermidade é frequentemente associada a alterações neurológicas, como tumores do sistema nervoso central (SNC), hamartomas hipotalâmicos, hidrocefalia, doenças inflamatórias ou infecções do SNC. Em meninas, a maior parte dos casos é idiopática. Em meninos, 2/3 dos casos estão associados a anormalidades neurológicas e, destes, 50% estão relacionados a tumores. Em um número menor de casos, a precocidade sexual decorre da produção de esteroides sexuais não dependentes de gonadotrofinas. Nesta situação, também há o aparecimento de características sexuais secundárias e aceleração da velocidade de crescimento/idade óssea, mas tais manifestações não caracterizam a puberdade precoce verdadeira. Pode ser decorrente de tumores ou cistos ovarianos, tumores testiculares, hiperplasia adrenal congênita, tumores adrenais, síndrome de McCune-Albright, hipotireoidismo grave, entre outras doenças. O desenvolvimento isolado das mamas (telarca precoce) ou dos pelos pubianos (pubarca precoce) também é uma forma de precocidade sexual que não caracteriza puberdade. Todavia, em 18% - 20% dos casos, o aparecimento de mamas ou de pelos pode ser o primeiro sinal de puberdade precoce verdadeira. Há indicação de acompanhamento da evolução destes quadros.
4. O diagnóstico clínico em meninas se dá pela presença de mamas com ou sem desenvolvimento de pelos pubianos ou axilares antes dos 8 anos e em meninos aumento do volume testicular (≥ 4 ml) e presença ou não de pelos pubianos ou axilares antes dos 9 anos. Dependendo da etapa do desenvolvimento puberal em que a criança se encontra, observa-se aceleração do crescimento.
5. Já o **diagnóstico laboratorial confirma a suspeita clínica de puberdade precoce e para tal utiliza-se a dosagem de LH**, com limite de detecção de no mínimo 0,1 UI/l. Em meninos, os valores basais de LH $> 0,2$ UI/l por ensaio imunoquimilumétrico (ICMA) e $> 0,6$ UI/l por ensaio imunofluorométrico (IFMA) confirmam o diagnóstico de puberdade precoce central. Em meninas, como existe



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

sobreposição importante de valores de LH basal pré-puberal e puberal inicial, é necessária a realização de teste de estímulo com GnRH, 100 mg por via intravenosa, com aferições 0, 30' e 60' após. Este é considerado padrão-ouro para o diagnóstico tanto para meninos quanto para meninas com mais de 3 anos de idade. Valores de pico do LH $> 5,0$ a $8,0$ UI/l confirmam o diagnóstico em ambos os sexos com os ensaios laboratoriais acima referidos. Alternativamente, na impossibilidade do teste do GnRH, existem sugestões de que possa ser usado o teste com um agonista do GnRH (leuprorrelina), 2h após 3,75 mg, com resposta puberal sugerida $> 10,0$ UI/l. A relação LH/FSH > 1 é mais frequente em indivíduos púberes e pode auxiliar na diferenciação entre puberdade precoce central progressiva e não progressiva.

DO TRATAMENTO

1. No tratamento da **puberdade precoce**, quando houver causa anatômica identificada (exemplo, tumores do SNC), o problema deve ser manejado por especialista da área. Adicionalmente, quando não há causa anatômica identificada, utilizam-se agonistas de longa ação do GnRH. Estes medicamentos suprimem a secreção de gonadotrofinas hipofisárias e assim evitam a produção de esteroides sexuais. Estudos não comparativos longitudinais demonstraram que o tratamento promove a regressão das características sexuais secundárias.
2. A nafarrelina, quanto à eficácia, não difere dos demais análogos, podendo ser considerada um medicamento *me-too*. Seu esquema posológico é muito inferior em relação aos demais análogos disponíveis, necessitando de duas aplicações diárias comparadas com uma mensal ou trimensal dos demais.
3. **Fármacos e esquemas de administração:**
 - Gossereleina (implante subcutâneo): 3,6 mg a cada mês ou 10,8 mg a cada 3 meses
 - Leuprorrelina: 3,75 mg (IM) a cada mês ou 11,25 mg a cada 3 meses



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

- Triptorrelina: 3,75 mg (IM) a cada mês ou 11,25 mg a cada 3 meses
- 4. Não há superioridade terapêutica do uso trimestral sobre o mensal. Quando constatado bloqueio incompleto, pode-se indicar redução do intervalo entre as doses ou aumento das mesmas.
- 5. O tratamento é realizado do momento do diagnóstico até a idade cronológica normal para desenvolvimento de puberdade, com expectativa de altura final dentro do alvo familiar e com idade óssea entre os 12 e 12,5 anos nas meninas e entre os 13 e 13,5 anos nos meninos.

DO PLEITO

1. **Leuprorrelina 3,75mg:** O acetato de leuprolida, substância ativa do medicamento, é um hormônio sintético que age diminuindo a produção do hormônio gonadotrofina pelo corpo. Tal redução bloqueia a produção hormonal dos ovários e dos testículos. Esse bloqueio deixa de existir se o medicamento for descontinuado. O uso do acetato de leuprolida impede o desenvolvimento de alguns tumores dependentes de hormônios (como, por exemplo, alguns tipos de tumores de próstata), e trata outras doenças dependentes de hormônio como mioma uterino e endometriose nas mulheres e puberdade precoce nas crianças.

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. O medicamento **Leuprorrelina encontra-se padronizado** nas dosagens 3,75 mg e 11,25 mg sob a forma injetável, frasco-ampola, na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, bem como no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde para **Puberdade Precoce Central**, e ainda PCDT de Endometriose e Leiomioma de útero, sendo de responsabilidade estadual a sua disponibilização.
2. Portanto, de acordo com o Protocolo para Puberdade Precoce Central supracitado, em



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

ambos os sexos, valores basais de LH maiores que 0,3 UI/L por ensaio imunoquimilumétrico (ICMA) e maior que 0,6 UI/L por ensaio imunofluorométrico (IFMA) confirmam o diagnóstico de puberdade precoce central. O teste de estímulo com GnRH, 100 mg por via intravenosa, com aferições 0', 30' e 60' após é considerado **padrão-ouro** para o diagnóstico tanto para meninos quanto para meninas com mais de 3 anos de idade. Valores de pico do LH > 5,0 UI/L confirmam o diagnóstico em ambos os sexos com os ensaios laboratoriais acima referidos. Alternativamente, na impossibilidade do teste do GnRH, existem sugestões de que possa ser usado o teste com um agonista do GnRH (leuprorrelina), 2h após 3,75 mg, com resposta puberal sugerida maior que 10,0 UI/L por IFMA ou maior que 8,0 UI/L por quimio e eletroquimioluminescência.

3. O Protocolo exige ainda a realização de exames de imagem, tais como a radiografia de mãos e punhos, ultrassonografia pélvica e ressonância magnética.
4. Serão incluídos neste protocolo de tratamento os pacientes que apresentarem uma das seguintes situações:
 - meninas < 3 anos – sinais clínicos de puberdade rapidamente progressiva, idade óssea avançada, aumento da velocidade de crescimento, LH em níveis puberais, ultrassonografia com aumento do tamanho ovariano e uterino;
 - meninas 3-6 anos – sinais clínicos de puberdade, idade óssea avançada, aumento da velocidade de crescimento, LH basal ou no teste de estímulo em nível puberal, ultrassonografia com aumento do tamanho ovariano e uterino;
 - meninas 6-8 anos – sinais clínicos de puberdade rapidamente progressiva, idade óssea avançada, aumento da velocidade de crescimento, comprometimento da estatura final (abaixo do alvo familiar), LH no teste de estímulo em nível puberal, ultrassonografia com aumento do tamanho ovariano e uterino;
 - meninos < 9 anos – sinais clínicos de puberdade, aumento da velocidade de crescimento, idade óssea avançada, comprometimento da estatura final, LH



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

basal ou no teste de estímulo em nível puberal.

5. O referido protocolo preconiza que devem ser realizado os seguintes exames de imagem:
- **radiografia de mãos e punhos** – para avaliação da idade óssea segundo método de Greulich-Peyle, **considera-se avanço de pelo menos 1 ano acima da idade cronológica;**
 - **ultrassonografia pélvica** – tamanho uterino > 35 mm de comprimento, volume > 2 ml, aspecto piriforme e aumento da espessura endometrial sugerem estímulo estrogênico persistente. **Ovários com volume > 1 cm³ sugerem fortemente estimulação gonadotrófica persistente.** Este dado é especialmente útil em meninas com menos de 3 anos quando os valores basais de LH e mesmo o teste de GnRH não forem adequados;
 - **ressonância magnética** – é recomendada para todos os meninos e para meninas com menos de 6 anos com diagnóstico clínico e laboratorial de puberdade precoce central. Em meninas entre 6-8 anos também deve ser realizada quando houver suspeita clínica de alteração do SNC.
6. Ocorre que foi remetido a este Núcleo apenas um **laudo médico desatualizado, emitido em 21/06/2018** com informação de paciente há época com 8 anos e 11 meses com início de telarca e puberdade precoce com 7 anos e 11 meses.
7. Dessa forma, considerando o lapso de tempo decorrido desde a prescrição do medicamento, considerando que o mesmo foi prescrito com intuito de se retardar a puberdade há 02 anos e 3 meses atrás e que a requerente atualmente apresenta mais de 11 anos de idade (idade compatível com a puberdade nas meninas), esclarecemos que este Núcleo encontra-se impossibilitado de avaliar a cerca da imprescindibilidade de uso do medicamento no caso em tela.



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



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Puberdade precoce central**. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Portaria SAS/MS no 111, de 23 de abril de 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_puberdade_precoce_central_livro_2010.pdf>. Acesso em: 21 de setembro de 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF). **Informação do Centro de Informação sobre medicamentos número 105/2007** [LUPRON® (acetato de leuprolida): contraindicação em crianças]. Vitória, julho 2011.

FUCHS, Flávio Danni & WANNMACHER, Lenita. Farmacologia Clínica: Fundamentos da terapêutica racional. 3. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. p. 578-9, 582-3.