



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiza de Direito Dra. Roberta Souza Amaral Dayrell

PROCESSO Nº.: 50030901020208130351

SECRETARIA: Juizado Especial

COMARCA: Janaúba

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: A. J. A.

IDADE: 53 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento Lanreotida autogel 120mg

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 C 80

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Tratamento de câncer de sítio primário desconhecido

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 42.381

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2021.0002147

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

1-O medicamento é fornecido pelo SUS? É registrado pela ANVISA? 2- De acordo com os exames e os relatórios em anexo, o referido medicamento é indicado para o tratamento do paciente? 3-O caso do paciente é urgente? Quais os riscos de não utilização do medicamento? 4-O tratamento já realizado pelo paciente está de acordo com o PCDT/DDT da enfermidade? 5-Há outra(s) alternativa(s) disponível(is) no SUS? Se sim, qual(is)? 6-Qual a divisão de competência dos entes federativos no tratamento dos pacientes com câncer? 7-Como é o atendimento realizado pelas CACON's/UNACON's e como funciona a dispensação de medicamentos nessas entidades? 8-Qual a implicação da justificativa apresentada pela UNACON no item "3.4" do relatório médico (valor de repasse da tabela APAC)?



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

III - CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO

Conforme documentos médicos datados de 28/09/2020, 11/01/2021, trata-se de MBA, **53 anos, em tratamento oncológico** com diagnóstico desde julho de 2019 **de carcinoma neuroendócrino de sítio primário desconhecido com metástase hepática e óssea e síndrome carcinóide**. Exame **tomográfico de março/2019 já demonstrando múltiplos nódulos hepáticos e múltiplas lesões blásticas em arcabouço ósseo compatíveis com implantes secundários, biópsia hepática de junho/2019 mostrando neoplasia epitelial pouco diferenciado infiltrante em fragmento do fígado, com imuno-histoquímica compatível neoplasia neuroendócrina metastática** (expressão para citoceratina, cromogranina e sinaptofisina, índice de proliferação celular pelo KI-67:10%. Clínica de rubor facial, taquicardia, diarreia, dosagem de 5-HIAA na urina de 24 horas e cromagranina sérica elevados. Foi **submetido a quimioterapia paliativa disponível no UNACOM com protocolo de Cisplatina + Irinotecano** de agosto/2019 à abril/2020, **seguido de Dacarbazina** de abril/2020 à setembro/2020, **sem resposta**. Mantem quadro clínico de síndrome carcinóide e dosagens elevadas de 5-HIAA na urina e cromagranina A sérica. Devido ao quadro solicitado **tratamento sistêmico com lanreotida autogel 120 mg, via subcutânea, mensal, por tempo indeterminado**.

Os tumores neuroendócrinos (TNE), antigamente chamados de carcinóides **são neoplasias com origem nas células neuroendócrinas**, ou células enterocromafins, que possuem a capacidade de produzir hormônios neurotransmissores, neuromoduladores e neuropeptídeos. **Afeta todas as idades e sua incidência varia de estudo para estudo** conforme a metodologia empregada, sendo descritos 3.000 novos casos/ano ou 1 caso novo por 1 milhão de habitantes e 1% em autópsias. **Esta variação retrata a dificuldade para seu diagnóstico, uma vez que seus sintomas**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

podem ser vagos, inespecíficos, de lenta evolução, comuns a outras doenças, levando a confusão com outras condições tais como: síndrome do cólon irritável, doença de Crohn, gastrite, úlcera péptica, asma, menopausa ou sintomas de hiperglicemia ou de hipertensão arterial. **Podem ser benignos ou malignos e ocorrerem em vários sítios do organismo com predominância no trato digestivo (55%) e respiratório (30%). No trato digestivo a maioria dos TNE ocorrem no intestino delgado (45%, mais comum no íleo), seguido do reto (20%), apêndice (16%), colo (11%) e estômago (7%). A maioria ocorrem sem relação com doenças genéticas,** mas existem casos ligados as síndromes endócrinas familiares como a Neoplasia endócrina múltipla tipo 1 (NEM 1), neurofibromatose e doença de Von Hippel Lindau.

A histopatologia tumoral é fundamental para o diagnóstico, tem valor prognóstico, é importante no planejamento da conduta terapêutica, porém não tem valor no diagnóstico de malignidade que depende da presença de metástase ou invasão. A imunohistoquímica também é importante e deve ser realizada na busca de citoqueratina de baixo peso, sinaptofisina e cromogranina A para confirmar a natureza neuroendócrina desses tumores, que compartilham marcadores de células endócrinas gerais. O prognóstico depende do tamanho do tumor; da presença de invasão vascular, linfática e das camadas da parede dos órgãos; do grau de atipia celular; da proporção núcleo-citoplasma; da presença e extensão de necrose tumoral e do índice mitótico. Marcadores de proliferação celular como Ki-67 e a expressão de p53 são associados com maior agressividade do tumor. Assim os TNE são classificados pela Organização Mundial de Saúde em 3 categorias: grau 1 (G1) bem diferenciados (Ki67 \leq 2% e $<$ 2 mitoses/10 campos de grande aumento - HPF), grau 2 (G2) bem diferenciados (Ki67 3%–20% e



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

2–20 mitoses/10 HPF) e grau 3 (G3) pouco diferenciados (Ki67 > 20% e > 20 mitoses/10 HPF). Os G1 e G2 são caracterizados como padrões altamente diferenciados com grupos aninhados ou formações pseudoglandulares. O G3 corresponde aos carcinomas neuroendócrinos e pode conter padrão de células pequenas ou grandes. **Na maioria dos casos os tumores são bem diferenciados, com baixos índices de proliferação e de crescimento lento. As metástases mais comuns são as hepáticas e mais raramente a óssea, pulmonar e linfática.**

Devido sua característica neuroendócrino, algumas vezes, pode ocorrer a produção de quantidade excessiva de determinado hormônio como serotonina, histamina, somatostatina e chromografina. Nesta situação ocorre a chamada síndrome carcinóide cujos sintomas predominantes são: rubor cutâneo, diarreia secretória, câibras, sibilos, telangiectasia venosa, alterações cutâneas, dispneia, tonteiras, fadiga e lesões cardíacas. Dentre os TNE associados à síndrome, cerca de 10% ocorrem no intestino delgado, menos de 1% no apêndice e virtualmente não há associação com tumor de reto. TNE gástricos e brônquicos são associados com síndromes atípicas. Em pacientes com TNE intestinais, a síndrome só ocorre quando há metástase hepática, uma vez que o fígado inativa os produtos bioativos dos tumores. Na doença avançada, a dor e obstrução podem advir de fibrose do mesentério, isquemia intestinal, linfadenopatia ou ascite. Outros sintomas são anemia e deficiências nutricionais por mal absorção ou sangramento intestinal. Assim **os sintomas variam muito e em função de suas características geralmente só são diagnosticados quando a doença envolve outros órgãos (dor e obstrução) ou na presença de metástases hepáticas, com prejuízo ao funcionamento do órgão. No diagnóstico, o estágio de apresentação**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

da doença depende da localização primária do tumor, do grau de diferenciação, raça e sexo. No caso de TNE do íleo ou jejuno, o diagnóstico se faz normalmente por análise histológica de lesões a esclarecer em procedimentos pré ou pós-cirúrgicos.

A propedêutica do TNE varia de acordo com a sensibilidade para cada caso, sendo os exames de imagem preferenciais para o diagnóstico pois auxiliam na localização e estadiamento dos tumores. Os exames com indicação de uso são a tomografia computadorizada (CT), ultrassonografia endoscópica e endorretal (USER) e ressonância nuclear magnética (RNM). **O PET/CT 68Ga-análogo de somatostatina ou octreoscan podem ser usados** para determinar a expressão do receptor de somatostatina, exame necessário **para a indicação de terapia com radiofarmacos.** Algumas **dosagens séricas de** proteínas, aminas biogênicas e **hormônios característicos como** a proteína de expressão p55, ácido 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA) e a cromogranina-A (Cg-A), **podem ser utilizados como marcadores moleculares para o diagnóstico, monitorização clínica e prognóstico dos pacientes.**

Seu prognóstico está ligado ao diagnóstico precoce, porém mais de 90% dos pacientes são diagnosticados e tratados por anos indevidamente como outra doença, determinando o diagnóstico correto tardio numa fase avançada da doença. Assim, raramente os TNE são curados, mas podem ter seus sintomas manejados de forma adequada por vários anos. **A sobrevida global está intimamente ligada à histopatologia, tamanho e extensão tumoral; presença de metástases hepáticas e ao comprometimento locorregional, fundamentais para o diagnóstico, prognóstico e planejamento do tratamento.** Tumores mais diferenciados, em estádios menores e sem metástases hepáticas tem melhor prognóstico e maior sobrevida global. Porém, como a maioria é



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

diagnosticada tardiamente com **doença avançada acometendo outros órgãos, a mediana da sobrevida global nos casos moderadamente ou bem diferenciados e com metástases distantes é de 33 meses.**

O tratamento deve ser individualizado a depender do tipo e localização e extensão do tumor, dos sintomas associados, bem como do seu estado geral. A conduta expectante pode ser recomendada para tumores bem diferenciados, de preferência aqueles com G1, não progressivos, não funcionantes, de baixo volume de doença e oligossintomáticos. Estes tumores costumam ser indolentes e podem permanecer estáveis durante meses ou anos sem tratamento, não existindo evidências de que o tratamento com drogas tenha impacto na sobrevida global ou na qualidade de vida destes pacientes. **Até o momento o único tratamento curativo para os TNE ressecáveis e na ausência de metástases é a cirurgia. A retirada de todo o tumor é relacionada a excelentes taxas de sobrevida a longo prazo. A extensão da ressecção depende do local de origem e do tamanho do tumor primário. A meta do tratamento é a remoção cirúrgica do tumor com finalidade curativa ou como medida de alívio dos sintomas, controle do crescimento do tumor e manutenção/melhoria da qualidade de vida. No caso de doença metastática, a principal indicação para ressecção é para os casos sintomáticos com boa capacidade funcional. De forma mais específica, recomenda-se a ressecção dos tumores G1 e G2 sintomáticos, com ou sem o envolvimento de linfonodos mesentéricos associada a cirurgia paliativa com a ablação com quimioterápicos e radiofrequência das metástase hepáticas. A cirurgia paliativa tem sido associada com a melhora significativa dos sintomas da síndrome carcinóide, e parece favorecer um relativo aumento da sobrevida. Em casos avançados a citorredução pode ser utilizada visando a melhoria da qualidade de**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

vida. Abordagens cirúrgicas muito agressivas de grandes massas metastáticas, incluindo transplante de fígado, são realizadas, mas seu impacto real na evolução dos pacientes ainda não foi estabelecido.

Atualmente, não há tratamento curativo para pacientes com massas tumorais extensas, metastáticas. No entanto, a qualidade de vida para pacientes com tumores funcionantes tem melhorado significativamente com a introdução de tratamentos biológicos, particularmente os análogos de somatostatina e os interferons. A somatostatina e seus análogos podem exercer ações antiproliferativas, pois inibem a liberação de peptídeos pelas células tumorais, gerando redução da ação de fatores de crescimento e aumento no número de apoptoses. É considerado a primeira linha de tratamento dos TNE, sendo preferencial nos casos sem tratamento prévio de chamados TNE gastroenteropancreáticos (tGEP) bem diferenciados, inoperáveis, avançados, progressivos, com $Ki67 < 10\%$, conforme as diretrizes canadenses e nacionais. As melhores respostas são observadas com análogos da somatostatina que possuem meia vida mais longa como octreotídeo e o lanreotídeo. Estas drogas apresentam segurança e eficácia semelhantes no tratamento de tGEP bem diferenciados e são também usadas no controle dos sintomas da síndrome carcinóide. O principal efeito desses medicamentos é a estabilização dos tumores em relação à conduta expectante medida por critério radiológico, melhoria expressiva da qualidade de vida, não sendo observando regressão da doença ou efeito na sobrevida global. A imunoterapia com interferon (leucocitário ou recombinante), indicado em pacientes com tumores de baixo índice proliferativo e doença metastática ainda limitada, reduz a síntese hormonal, aumenta a fibrose nas massas tumorais e apresenta atividade antiproliferativa importante. Entretanto,



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

seus efeitos parecem ser transitórios, com os sintomas e as alterações bioquímicas retornando aos níveis pré-tratamento na maioria dos pacientes dentro de algumas semanas após a suspensão da terapia. **Na doença não ressecável** (por extensão da doença ou localização), **progressiva, metástases predominantemente hepáticas ou limitadas ao fígado inoperáveis e sintomáticas** (de difícil controle) e ainda com **tumores bem ou moderadamente diferenciados e boa capacidade funcional** recomenda-se tratamento locorregional por embolização ou quimioembolização hepáticas (doxorubicina, mitomicina e cisplatina). Pacientes com síndrome carcinóide sem nenhuma resposta ao octreotida ou interferon isolados, podem ser tratados com a combinação destes. Em tGE não pancreáticos, metastáticos, inoperáveis, na ausência de resposta a terapia sistêmica com análogos de somatostatina e progressão tumoral preconiza-se o uso de terapia alvo com everolimo. Ainda nos tumores bem diferenciados inoperáveis a quimioterapia com temozolomida e capecitabina, capecitabina e oxaliplatina, FOLFOX, dacarbazina ou estreptozotocina isolada ou associada com 5-fluoracil é de eficácia limitada com taxas de resposta de 30 a 40%. É reservada para o tratamento da doença disseminada em pacientes com piora dos sintomas ou com o aparecimento de fatores relacionados a um prognóstico mais grave (disfunção hepática, cardiopatia ou síndrome carcinóide não controlada). Apesar de não haver muitos estudos determinando de forma precisa, admite-se que índices de proliferação celular acima de 10%, associados à doença disseminada, podem ser considerados como indicação para quimioterapia. Na síndrome carcinóide severa, não responsiva às medicações sistêmicas, a embolização ou ligadura da artéria hepática, isoladamente ou em combinação com a administração de interferon ou



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

quimioterapia, podem ser eficientes em reduzir o volume tumoral.

A lanreotida autogel, é um análogo da somatostatina, aprovado pela ANVISA no tratamento dos tGEP irressecáveis, localmente avançados ou metastáticos em adultos. Apresenta como efeitos adversos mais comuns distúrbios do sistema gastrointestinal, como diarreia, dor abdominal leve ou moderada e transitória, colelitíase, reações no local da injeção (dor, nódulos e endurecimento), bradicardia sinusal, vertigem, cefaleia, letargia, alopecia ou hipotricose.

Ainda não existe diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS) para tratamento do TNE. Há, entretanto, procedimento disponível na Tabela de Procedimentos do SUS por meio do qual é possível fazer o tratamento utilizando a quimioterapia paliativa para apudoma na doença loco-regional avançada, inoperável, metastática ou recidivada, em cardiopatia associada a síndrome carcinóide ou em tumor neuroendócrino (03.04.02.011-7 - quimioterapia do APUDOMA/Tumor neuroendócrino avançado). Os análogos de somatostatina, lanreotida e octreotida, ambos de liberação prolongada já estão incorporados os SUS para o tratamento de acromegalia e gigantismo hipofisário conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da acromegalia. A CONITEC em reunião para a avaliação quanto a incorporação de lanreotida no tratamento de TNE foi unanime em não criar um novo procedimento específico para tratamento desta doença com lanreotida, entendendo que já existe procedimento no SUS para tratamento desses tumores. Ainda destaca que o principal efeito desses medicamentos é a estabilização dos tumores em relação à conduta expectante medida por critério radiológico, não se observando regressão da doença ou efeito na sobrevida global.



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

Vale ressaltar que a assistência oncológica no SUS não se constitui em assistência farmacêutica, mas que se inclui 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), informados como procedimentos quimioterápicos no subsistema de autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC). Tais procedimentos devem ser fornecidos pelo estabelecimento de saúde credenciado no SUS e habilitado em Oncologia, no caso específico UNACON ou CACOM e são ressarcidos conforme o código da APAC. 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. Vale ressaltar que o MS e as Secretarias de Saúde não distribuem nem fornecem diretamente medicamentos contra o câncer e 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. A alegação de que a "APAC não cobre os custos do tratamento" é sofismático, pois implica na aceitação da premissa inválida de que a APAC seria o único meio de custeio do tratamento oncológico no SUS. Não é assim na oncologia, como não o é nas demais especialidades médicas. Os pagamentos de ações de saúde no SUS ocorrem por "pacote", ou seja, os prestadores recebem um valor fixo para um dado atendimento (ex: consulta, exame, quimioterapia, internação, cirurgia, etc.). Não importa o valor dos insumos usados em cada caso, o valor sempre é o mesmo. Este ressarcimento é apenas a parte direta dos recursos públicos destinados à atenção à saúde. Os



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

hospitais credenciados ao SUS dispõem de outras fontes de financiamento público para seu funcionamento: doações orçamentárias (hospitais públicos), convênios para custeio e investimento, doação de equipamentos, captação de recursos junto à sociedade (filantrópicos), renúncia fiscal (filantrópicos) e permissão para atendimento à saúde suplementar (filantrópico).

Conclusão: trata-se de paciente de 53 anos, em tratamento oncológico com carcinoma neuroendócrino metastático para fígado e ossos, de sítio primário desconhecido desde junho 2019. Exame tomográfico de março/2019 já demonstrando múltiplos nódulos hepáticos e ósseos compatíveis com implantes secundários, biópsia hepática de junho/2019 mostrando neoplasia epitelial em fígado, compatível à imuno-histoquímica com neoplasia neuroendócrina metastática (expressão para citoceratina, cromogranina e sinaptofisina, índice de proliferação celular pelo KI-67:10%). Quadro clínico de síndrome carcinóide com rubor facial, taquicardia, diarreia, dosagem de 5-HIAA urinária e cromagranina sérica elevados. Submetido a quimioterapia paliativa disponível no UNACOM com protocolo de Cisplatina + Irinotecano, seguido de Dacarbazina sem resposta. Mantem quadro clínico de síndrome carcinóide e dosagens elevadas de 5-HIAA na urina e cromagranina A sérica. Solicitado tratamento sistêmico com lanreotida autogel 120 mg, via subcutânea, mensal, por tempo indeterminado.

Os TNE constituem um grupo heterogêneo de tumores com origem no sistema neuroendócrino difuso do trato gastrointestinal e de células neuroendócrinas ou pluripotentes do pâncreas. A maioria ocorre no jejuno, íleo, cólon e reto e podem ser classificados em diferenciados G1 e G2 ou pouco diferenciados G3 e ainda nos estádios I a IV de acordo com comprometimento locorregional e presença de



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

metástase. A histopatologia, o tamanho e a extensão do tumor, o comprometimento locorregional e presença de metástases hepáticas são fundamentais para o diagnóstico, prognóstico e planejamento terapêutico, além de influenciarem na sobrevida global. Os tumores mais diferenciados, em estádios menores e sem metástases hepáticas tem melhor prognóstico com maior sobrevida global. A mediana da sobrevida global em indivíduos com tumores bem ou moderadamente diferenciados e com metástases distantes é de 33 meses, sendo menor nos tumores indiferenciados como o do caso em tela. Não há tratamento curativo para pacientes com massas tumorais extensas, metastáticas, porém a qualidade de vida nos casos de tumores funcionantes tem melhorado significativamente com a introdução de tratamentos biológicos, particularmente dos análogos de somatostatina.

Conforme as diretrizes brasileiras e canadenses o tratamento com análogos da somatostatina, como o lanreotídeo, é considerado a primeira linha de tratamento do TNE, preferencialmente nos tGEP bem diferenciados, inoperáveis, avançados, progressivos, com Ki67<10%. Esta droga apresenta segurança e eficácia no tratamento de TNE GEP bem diferenciados e é também empregada no controle dos sintomas da síndrome carcinóide. O principal efeito desses medicamentos é a estabilização dos tumores em relação à conduta expectante medida por critério radiológico, melhoria expressiva da qualidade de vida, não sendo observando regressão da doença ou efeito na sobrevida global, não podendo ser considerado tratamento urgente ou imprescindível.

Não há diretrizes do SUS para tratamento do TNE, existindo a opção do tratamento com quimioterapia paliativa para apudoma na doença loco-regional avançada, inoperável, metastática ou recidivada, em cardiopatia associada a síndrome carcinóide ou em TNE (03.04.02.



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

011-7 - QUIMIOTERAPIA DO APUDOMA/TUMOR NEUROENDÓCRINO AVANÇADO). Os análogos de somatostatina, lanreotida e octreotida, já estão incorporados os SUS para o tratamento de acromegalia e gigantismo hipofisário. A CONITEC ao avaliar a incorporação de lanreotida no tratamento de TNE foi unanime em não criar um novo procedimento específico para tratamento desta doença com lanreotida, entendendo que já existe procedimento no SUS para tratamento desses tumores. Ainda destaca que o principal efeito desses medicamentos é a estabilização dos tumores em relação à conduta expectante medida por critério radiológico, não se observando regressão da doença ou efeito na sobrevida global, não sendo considerado como um tipo de tratamento urgente ou imprescindível.

A assistência oncológica no SUS se constitui no bloco MAC e é ressarcida por meio de procedimentos específicos (cirúrgicos, radio, quimio e iodoterápicos). Tais procedimentos devem ser fornecidos pelo serviço de saúde credenciado no SUS e habilitado em Oncologia, UNACON ou CACOM e são ressarcidos conforme o código da APAC. A tabela de procedimentos quimioterápicos do SUS não a refere medicamentos, mas sim, situações tumorais e indicações terapêuticas especificadas em cada procedimento descrito e independentes de esquema terapêutico utilizado. Os pagamentos de ações de saúde no SUS ocorrem por "pacote", nos quais os prestadores recebem um valor fixo para um dado atendimento. Não importa o valor dos insumos usados em cada caso, o valor sempre é o mesmo. Este ressarcimento é apenas a parte direta dos recursos públicos destinados à atenção à saúde, já que os hospitais credenciados ao SUS dispõem de outras fontes de financiamento público para seu funcionamento.

VI – REFERÊNCIAS:



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

- 1) Araújo NAA, Pantaroto A, Oliveira CT. Tumores neuroendócrinos: revisão de literatura. **Perspectivas Médicas**. 2012;23(1):35-41. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243225435007>.
- 2) Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde Ministério da Saúde. Relatório de recomendação nº 354 Abril/2018 Acetato de lanreotida para tratamento de tumores neuroendócrinos gastroenteropancreáticos. Brasília, 2018. 53p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_Lanreotida_Tumores.pdf.
- 3) Grupo Brasileiro de Tumores Gastrointestinais. Diretrizes para o tratamento de tumores neuroendócrinos pelo grupo brasileiro de pesquisa em tumor gastrointestinal. II Simpósio Internacional do Grupo Brasileiro de Tumores Gastrointestinais. Rio de Janeiro, Agosto de 2017. Disponível em: <https://ecancer.org/.../716-pt-guidelines-for-the-management-of-neuroendocrine-tumor>.
- 4) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília, 2014. 356p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf.
- 5) Gregersen T , Grønbæk H , Worsøe J , Schlageter V , Laurberg S and Krogh K. Effects of sandostatin LAR on gastrointestinal motility in patients with neuroendocrine tumors. **Scand J Gastroenterol**. 2011;46(7-8): 895-902. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21623673>.
- 6) Sideris L, Dube P, Rinke A. Antitumor effects of somatostatin analogs in neuroendocrine tumors. Centre for Reviews and Dissemination. **Oncologist**. 2012;17(6):747-55.
- 7) Acetato de lanreotida Somatuline® autogel® Bula com informações



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

técnicas aos profissionais de saúde. Disponível em: <http://www.spharmus.com.br/wp-content/uploads/2019/10/somatuline.pdf>

8) Chan JA, kulke M. **Metastatic well-differentiated gastrointestinal neuroendocrine (carcinoid) tumors: Systemic therapy options to control tumor growth.** In: Golberg RM, Savarse DMF. UpToDate, 2020.

Acessado em: 30/04/2020. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/metastatic-well-differentiated-gastrointestinal-neuroendocrine-carcinoid-tumors-systemic-therapy-options-to-control-tumor-growth?search=lanreotide%20treatment%20neuroendocrine%20tumours&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6

V - DATA:

19/02/2021 NATJUS - TJMG