

**I - Informações sobre a enfermidade ou problema de saúde, por meio de apresentação da linha terapêutica padronizada no Sistema Único de Saúde (SUS) para patologia correspondente à Classificação Internacional de Doença (CID) que acomete o requerente da ação judicial;**

Segundo laudo médico, o requerente tem 69 anos (DN: 08/09/1951), reside no município de Anastácio/MS, é portador de Câncer de próstata (CID10: C61 – Neoplasia maligna de próstata). Foram apresentados resultados de exames complementares. Solicita o medicamento Acetato de Gosserrelina 10,8mg (Zoladex) 01 ampola a cada 12 semanas para o seu tratamento paliativo.

Por sua predominância (mais de 95% dos casos), o **adenocarcinoma de próstata** tem como sinônimo “câncer de próstata” e representa um problema de saúde pública. Sua incidência encontra-se em forte elevação devido ao efeito combinado do envelhecimento da população, da melhoria da sensibilidade das técnicas diagnósticas e da difusão do uso da medida sérica do antígeno prostático específico (PSA). Paralelamente, observa-se uma diminuição de sua taxa de mortalidade devido à melhoria da eficácia dos tratamentos. A taxa de crescimento tumoral dessa neoplasia varia de muito lenta a moderadamente rápida, e, dessa forma, alguns pacientes podem ter sobrevida prolongada mesmo após desenvolverem metástases à distância. Como a idade média em que ocorre o diagnóstico é de 68 anos, muitos pacientes, especialmente aqueles com doença localizada, provavelmente morrerão por outras causas.

Há três fatores de risco bem definidos para o câncer de próstata: idade, história familiar e tipo individual negro. Outros fatores também são considerados, mas todos de menor relevância.

A mortalidade por esse tipo de neoplasia apresenta um perfil ascendente semelhante ao da incidência no Brasil, embora sua magnitude seja mais baixa. Pode ser considerado um câncer de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente. Programas de controle da doença são aplicáveis para a redução da mortalidade, mas os métodos de rastreamentos atuais, como a dosagem do PSA, não demonstraram, até o momento, benefício consistente na redução da mortalidade pela doença.

Estratégias de prevenção foram estudadas para diminuir a incidência do câncer de próstata. As evidências do uso de medicamentos que bloqueiam a conversão da testosterona, com o objetivo de prevenir a neoplasia prostática, ainda não são consistentes. Portanto, os inibidores da 5-alfa-redutase diminuem a incidência de neoplasias prostáticas malignas. Entretanto, não se sabe se isso pode ter algum efeito na mortalidade pelo câncer de próstata. Além disso, o aumento de tumores de grau indiferenciado associado ao uso desses medicamentos é algo relevante e ainda não bem explicado. Dessa forma, ainda não há evidência suficiente para indicar o seu uso na prevenção do câncer prostático.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dá à atenção básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos. **(Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Adenocarcinoma de Próstata, Portaria SAS/MS nº 498, 11/05/2016)**

**II - Tratamentos realizados e alternativas de tratamentos possíveis;**

O tratamento das neoplasias prostáticas avançadas baseia-se na manipulação hormonal (hormonioterapia), com o bloqueio da testosterona a níveis de castração. Esse bloqueio pode ser obtido cirurgicamente (orquiectomia bilateral) ou com medicamentos hormonioterápicos (agonistas do LHRH, antiandrogênicos, estrógenos) e é dito máximo ou completo quando se associa à castração (cirúrgica ou medicamentosa) com um antiandrogênio. Porém, a hormonioterapia também pode ser feita separadamente, com o acréscimo de diferentes classes de medicamentos à medida que ocorre a progressão do tumor. Por conta dos significativos eventos adversos e longo tempo de

hormonioterapia, tem-se cogitado a possibilidade do bloqueio hormonal intermitente como alternativa ao bloqueio contínuo.

O câncer de próstata avançado (tumores que apresentam recorrência após tratamento primário curativo, ou tumores que se apresentam metastáticos desde o seu diagnóstico) tem seu tratamento inicial baseado na castração cirúrgica ou medicamentosa. Os objetivos do tratamento da neoplasia prostática avançada visam não somente prolongar a vida do doente, mas também prevenir e postergar os sintomas associados à progressão da doença, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e reduzindo a morbidade do tratamento. Uma parcela significativa dos gastos relacionados ao tratamento do câncer de próstata está debitada aos hormonioterápicos, *per se* e por seus eventos adversos; com isso, a escolha do tipo de hormonioterapia, do momento de iniciá-la e das associações terapêuticas deve ser criteriosa e bem avaliada.

O melhor momento de se iniciar a terapia hormonal é um dos principais pontos de discussão, e vários ensaios clínicos já avaliaram se há benefício no início precoce da hormonioterapia, ou se esse tratamento deve ser postergado até o paciente começar a apresentar sintomas relacionados à progressão da doença, devido aos efeitos adversos dos hormonioterápicos.

Como não há estudos disponíveis que comparem o BAM associando um tratamento de castração e bicalutamida versus castração isolada, um estudo combinando os dados da meta-análise do Prostate Cancer Trialists Collaborative Group e do estudo de Schellhammer, por meio de um modelo de análise estatística que possibilita essa comparação, identificou que, com uma probabilidade de 98,5%, a bicalutamida, quando associada à terapia androgênica central, apresenta vantagem em termos de sobrevida se comparada à castração isolada e pode ser uma opção de antiandrogênico periférico para terapia combinada. Levando-se em conta os dados desses estudos, pode-se concluir que a terapia combinada possuiu um benefício pequeno e questionável na sobrevida dos pacientes, além de eventos adversos mais frequentes, o que torna a indicação desse tipo de tratamento bastante questionável como tratamento padrão.

Sobre o tipo de bloqueio hormonal a ser utilizado inicialmente, já existem evidências antigas de que a orquiectomia bilateral ou o uso de análogo de LHRH é a primeira escolha no tratamento dos pacientes com neoplasia prostática avançada, não existindo diferenças entre essas duas modalidades de hormonioterapia. O uso do dietilestilbestrol também tem um benefício semelhante a esses dois tratamentos, porém com um risco, principalmente cardiovascular, aumentado, tornando essa opção secundária na escolha da primeira modalidade de hormonioterapia. Esse risco se torna mais significativo na dose de 5 mg ao dia, esquema já abandonado nos dias de hoje, pois o benefício da dose de 1 mg ao dia se mostrou maior em relação à mortalidade global, muito em função do aumento significativo de mortes cardiovasculares nos pacientes que usavam 5 mg.

Inexistem meta-análises que comparem diretamente os diferentes antiandrogênicos, entre os quais os mais usados são a bicalutamida (que tem uma maior meia-vida, justificando sua administração uma vez ao dia) e a flutamida (com meia-vida mais curta, necessitando uso três vezes ao dia). Entretanto, um ECR comparou o uso da bicalutamida versus flutamida, ambas em combinação com análogo de LHRH, e não conseguiu mostrar diferenças estatisticamente significativas em termos de progressão da doença a favor da bicalutamida.

A doença resistente à castração é caracterizada por: a) progressão bioquímica em três medidas consecutivas do PSA em paciente com níveis de testosterona de castração (abaixo de 50 ng/mL ou 1,7 nmol/L), com um PSA acima de 2 ng/mL, ou b) progressão radiológica da doença num paciente com níveis de testosterona de castração, progressão essa definida pelo aparecimento de duas ou mais lesões ósseas na cintilografia ou aumento de lesões de tecidos moles usando-se o método Response Evaluation Criteria in Solid Tumors (RECIST) de avaliação.

O uso da quimioterapia do câncer de próstata originalmente se restringia ao tratamento da doença metastática avançada, refratária à hormonioterapia, e seu início normalmente está indicado quando tais pacientes tornam-se sintomáticos, ressaltando-se que, quando indicada a quimioterapia, a hormonioterapia não deve ser suspensa.

Estudos recentes têm sugerido o uso de quimioterapia paliativa concomitante à hormonioterapia como primeira linha terapêutica do câncer de próstata recém diagnosticado e com

grande volume tumoral (metástase visceral; quatro ou mais lesões ósseas metastáticas, sendo pelo menos uma fora da pelve), devendo essa conduta ser analisada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) em termos de eficácia, efetividade e custo-efetividade.

Para pacientes assintomáticos, a quimioterapia é experimental, restrita a ensaios clínicos. Um dos estudos mais relevantes sobre a quimioterapia do câncer de próstata é a comparação entre o uso de docetaxel semanal, docetaxel a cada 3 semanas e mitoxantrona. Dessa forma, concluiu-se que o fármaco de escolha no tratamento do câncer de próstata metastático, refratário à hormonioterapia e sintomático, é o docetaxel a cada 3 semanas associado a prednisona.

Um ECR de fase III foi publicado, utilizando a abiraterona, medicamento que possui um efeito de inibir a produção de testosterona nos testículos, nas adrenais e nas próprias células neoplásicas prostáticas. Pacientes com resistência androgênica, e que já foram tratados com algum esquema de quimioterapia (incluindo o docetaxel), foram selecionados para o estudo. A abiraterona, associada à prednisona, foi comparada com placebo e prednisona, e demonstrou uma sobrevida média de 14,8 meses entre os 797 pacientes que receberam a abiraterona, enquanto o grupo placebo, composto por 398 pacientes, teve sobrevida média de 10,9 meses. Os desfechos secundários (tempo de progressão do PSA, sobrevida livre de progressão e número de pacientes que apresentaram redução do PSA após o tratamento) também foram a favor da abiraterona. O uso da abiraterona também mostrou benefícios em pacientes que apresentam neoplasia prostática resistente à castração e que ainda não receberam quimioterapia, conforme estudos mais recentemente publicados. Esse benefício se manifestou pelo atraso na progressão das lesões ósseas, aumento do tempo livre de quimioterapia, com uma melhora da sobrevida mediana global de 34,7 meses para os pacientes que foram tratados com abiraterona, contra 30,3 meses para os pacientes que receberam placebo mais prednisona. Tais resultados, porém, devem ser submetidos à análise pela CONITEC, em termos de eficácia, efetividade e custo-efetividade.

Quando comparada ao cetozonazol, em pacientes com doença metastática refratários ao docetaxel, a abiraterona demonstrou melhores resultados na resposta do PSA e sobrevida livre de progressão radiológica e bioquímica, entretanto a sobrevida global não foi estatisticamente maior. Além disso, a abiraterona demonstrou menos eventos adversos que o cetozonazol.

O uso de bisfosfonatos (inibidores da osteólise) no tratamento do câncer de próstata metastático tem o objetivo de inibir a reabsorção óssea, oferecendo controle das complicações ósseas e, eventualmente, reduzindo a dor.

O zoledronato (ácido zoledrônico) é um bisfosfonato mais potente do que o pamidronato. Foi testado, contra placebo, em pacientes com metástase óssea de câncer prostático sensível e refratária à hormonioterapia. O ácido zoledrônico é o primeiro bisfosfonato a demonstrar eficácia tanto em lesões líticas como blásticas. Em um estudo envolvendo 236 pacientes com câncer de próstata, o pamidronato não foi mais efetivo do que o placebo para reduzir a dor ou eventos ósseos adversos aos 6 meses de tratamento, e o ácido zoledrônico foi bem tolerado e seguro.

Radiofármacos também controlam a dor óssea em pacientes com doença metastática. Revisões sistemáticas avaliaram o uso de radiofármacos e demonstraram que essas terapias são eficazes e seguras no controle da dor óssea. Considerando-se o câncer de próstata, o tratamento com radioisótopo é indicado nos casos resistentes à castração, com metástases ósseas sintomáticas e sem metástases viscerais conhecidas, devendo ser o radiofármaco manipulado e aplicado em serviço de medicina nuclear. **(Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Adenocarcinoma de Próstata, Portaria SAS/MS nº 498, 11/05/2016)**

Não há informações sobre tratamentos realizados.

**III - Informações sobre o(s) medicamento(s), exame(s) ou procedimento(s) solicitado(s), especialmente sua indicação terapêutica, dosagem, eficácia, se tem caráter experimental, efeitos adversos e imprescindibilidade no tratamento da patologia e se é a única opção;**

O **Zoladex** (nome comercial) **Acetado de Gosserrelina** (princípio ativo) é um análogo

sintético do hormônio de liberação do hormônio luteinizante (LHRH) que ocorre naturalmente. A administração crônica resulta na inibição da secreção de hormônio luteinizante (LH) pela pituitária, o que leva a uma queda nas concentrações séricas de testosterona nos homens e de estradiol nas mulheres. Assim como outros agonistas do LHRH, a goserrelina inicialmente pode aumentar, de forma transitória, as concentrações séricas de testosterona no homem e de estradiol nas mulheres. Em homens, por volta do 21º dia após a primeira injeção, as concentrações de testosterona caem para uma faixa de castração e assim permanecem com o tratamento contínuo a cada 12 semanas. Esta inibição leva a regressão do tumor da próstata e a melhora sintomática na maioria dos pacientes. Se em circunstâncias excepcionais a administração não for repetida após 3 meses quando do uso de Gosserrelina 10,8 mg, os dados indicam que os níveis de testosterona de castração são mantidos por até 16 semanas na maioria dos pacientes. Em mulheres, as concentrações séricas de estradiol são suprimidas por volta do 21º dia após a primeira injeção de 3,6 mg e, com o tratamento contínuo a cada 28 dias, permanecem suprimidas a níveis comparáveis àqueles observados em mulheres na pós-menopausa. Essa supressão está associada com diminuição da espessura do endométrio, a supressão do desenvolvimento folicular dentro do ovário, e uma resposta do câncer de mama hormônio-dependente (tumores que são RE positivos e/ou RPg positivos), endometriose e leiomioma uterino e irá resultar em amenorréia na maioria das pacientes. A Gosserrelina é indicada para: controle de câncer prostático passível de manipulação hormonal; controle da endometriose, aliviando os sintomas, inclusive a dor, e reduzindo o tamanho e o número das lesões endometriais; controle de leiomioma uterino, reduzindo o seu volume na maioria dos casos, melhorando o estado hematológico da paciente e reduzindo os sintomas, inclusive a dor. É utilizado previamente à cirurgia para facilitar as técnicas operatórias e reduzir a perda sangüínea intra-operatória. O tratamento deve ser realizado sob a supervisão de médico experiente em quimioterapia antineoplásica. Inicialmente o acetato de goserrelina, como outros agonistas do LHRH acarreta aumento temporário dos níveis séricos de testosterona. Podem ocorrer piora temporária dos sintomas ou ocorrência adicional de sinais e sintomas de câncer prostático durante as primeiras semanas de tratamento. Como outros agonistas do LHRH, casos isolados de obstrução ureteral e compressão da medula espinal têm sido observados.

**IV - Tratando-se de medicamento, deverá referir-se também a classe medicamentosa do fármaco e seu registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);**

O Acetato de Gosserrelina (antineoplásico) está registrado na ANVISA.

**V - Se há risco iminente à vida do paciente;**

Não há dados clínicos que indiquem risco iminente à vida do paciente.

**VI - Se o paciente está sendo atendido pela rede pública de saúde local ou se a procurou anteriormente;**

O paciente está sendo atendido pela rede pública de saúde.

**VII - Se o pedido do autor é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em qualquer esfera, considerando especialmente, no caso de fármacos, os Programas de Medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus Protocolos Clínicos e a eficácia dos remédios disponibilizados na rede pública;**

O Acetado de Gosserrelina está padronizado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME 2020), sob o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), oferecido através de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Leiomioma, Hipopituitarismo, Endometriose, para os CID10: D25.0, D25.1, D25.2, D22.8, N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8.

**VIII - Indicar, quando possível, qual o ente público responsável pelo atendimento do paciente, segundo as normas do Sistema Único de Saúde (SUS);**

A União é responsável pelo financiamento do tratamento oncológico mediante pagamento de APACs aos hospitais credenciados como CACONs ou UNACONs.

O Acetato de Gosserrelina, conforme Portaria GM/MS nº 1554, faz parte do grupo 1B, medicamentos financiados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para tratamento das doenças contempladas no CEAF.

**IX - Sugerir medicamentos ou tratamentos similares ao requerido, preferencialmente existentes no Sistema Único de Saúde (SUS) obrigatoriamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de comprovada e equiparada eficiência ao requisitado judicialmente, com a mesma comodidade de uso e comparação de custo orçamentário;**

A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços da saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Esta Portaria define que os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

A Atenção oncológica é financiada com recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade – MAC.

O Ministério da Saúde repassa regularmente os recursos financeiros - MAC aos estados e municípios (gestão plena e/ou aderidos ao Pacto pela Saúde), conforme critérios orientadores da Programação Pactuada e Integrada pactuados e aprovados na Comissão Intergestores Tripartite – CIT - e Bipartites – CIB.

O SUS financia o tratamento especializado do câncer como um todo, ou seja, tratamento cirúrgico, radioterapia, quimioterapia, iodoterapia e transplantes (o tratamento cirúrgico, os transplantes e a iodoterapia, via Autorização para Internação Hospitalar -AIH; as radioterapia e quimioterapia via Autorização para Procedimento de Alta Complexidade -APAC, majoritariamente). Os estabelecimentos de saúde credenciados no SUS registram, respectivamente a suas habilitações, os tratamentos em AIH (hospital) e APAC (hospital e serviço isolado de radioterapia), conforme procedimentos tabelados.

A valoração dos procedimentos é única para todos os estabelecimentos de saúde credenciados no SUS, inclusive os procedimentos superespecializados para os hospitais habilitados em oncologia, e não deduzem as benesses fiscais dos estabelecimentos públicos e dos sem fins lucrativos.

Com relação aos medicamentos oncológicos, visando ao cumprimento dos Princípios e Diretrizes do SUS, dispostos no art. 7º da Lei 8.080/90, as normas vigentes do Ministério da Saúde estabelecem que os medicamentos para tratamento do câncer (inclusive aquelas de uso via oral) devem ser fornecidos pelo estabelecimento de Saúde (clínica ou hospital) público ou privado, cadastrado no SUS, para atendimento deste tipo de doença e somente para os pacientes que estiverem recebendo o seu tratamento no próprio estabelecimento de saúde.

O fornecimento de medicamentos não se dá por meio de Componentes da Assistência Farmacêutica do SUS como, por exemplo, o Componente Especializado, sendo o esquema terapêutico e o fornecimento dos medicamentos responsabilidade dos estabelecimentos devidamente credenciados e habilitados para a prestação de serviços oncológicos no âmbito do SUS.

Em regra, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações tumorais específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas.

Frise-se, ademais, que a Tabela de Procedimentos do SUS não refere medicamentos oncológicos, mas situações tumorais específicas, que orientam a codificação desses procedimentos, que são descritos independentemente de qual esquema terapêutico seja utilizado. Essa distribuição já se baseia em esquemas quimioterápicos (ditos comumente “protocolos”, no Brasil) respectivamente indicados e estabelecidos, cabendo exclusivamente ao médico assistente,

pertencente aos CACON e UNACON, a prerrogativa e a responsabilidade pela prescrição, conforme as condutas institucionais adotadas por essas entidades.

Portanto, os estabelecimentos habilitados em Oncologia pelo SUS são os responsáveis pelo fornecimento dos medicamentos antineoplásicos que, livremente, padronizam, adquirem e prescrevem, devendo observar as diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde vigentes, quando existentes, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento.

As Diretrizes Terapêuticas são um documento elaborado pela Administração Pública, com a participação da sociedade civil interessada, cujo conteúdo contém o consenso científico a respeito do diagnóstico e tratamento de um determinado câncer, devendo tais diretrizes serem utilizadas como parâmetro pelos CACON's e UNACON's.

As diretrizes terapêuticas não se confundem com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, uma vez que este é regulador da assistência farmacêutica, sendo um documento que estabelece desde o diagnóstico até o medicamento, com a devida prescrição, enquanto que a diretriz terapêutica estabelece apenas uma diretriz de tratamento oncológico embasada em consenso científico, consoante a Medicina Baseada em Evidências, devendo ser utilizada como norte científico importante pelos CACON's e UNACON's.

As Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Adenocarcinoma de Próstata, Portaria SAS/MS nº 498, 11/05/2016, indicam o tratamento oferecido pelo SUS.

O SIGTAP tem padronizado os procedimentos: 03.04.02.006-0 – Hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançado 2ª linha (R\$ 147,10); 03.04.02.007-9 – Hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançado 1ª linha (R\$ 301,50); 03.04.02.008-7 – Quimioterapia do adenocarcinoma de próstata resistente a hormonioterapia (R\$ 1.062,65); 03.04.04.020-7 – Hormonioterapia prévia à radioterapia externa do adenocarcinoma de próstata (R\$ 301,50); 03.04.05.034-2 – Hormonioterapia adjuvante à radioterapia externa do adenocarcinoma de próstata (R\$ 301,50).

#### **X - Em caso de pedido de medicamento genérico, observar se a prescrição utilizou-se da legislação vigente e se existe possibilidade de substituição;**

O Acetato de Goserrelina não tem genérico. Preços conforme tabela CMED/ANVISA (PF: preço de fábrica, PMC: preço máximo ao consumidor; PMVG: preço máximo de venda ao governo). ( \*\* ) Medicamento liberado dos critérios de estabelecimento e ajuste de PF, mas sujeito ao monitoramento do PMC, nos termos da Resolução CMED nº 2, de 20 de março de 2019.

- ZOLADEX LA (ASTRAZENECA) 10,8 MG. PF: R\$ 1.908,24, PMC: R\$ 2.638,03.

\*\* CAP \*\* PMVG: R\$ 1,265,65.

#### **XI - Conclusão favorável ou desfavorável ao pedido.**

Considerando que o paciente está sendo atendido pela rede municipal de saúde;

Considerando que o CACON/UNACON é o responsável pelo atendimento da doença que acomete o paciente;

Considerando que Acetado de Goserrelina está padronizado na RENAME 2020, sob o CEAf, oferecido através de PCDT para Leiomioma, Hipopituitarismo, Endometriose, para os CID10: D25.0, D25.1, D25.2, D22.8, N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8;

Considerando que o tratamento com goserrelina é oferecido nos CACON/UNACON, sendo que o paciente não está em acompanhamento em uma unidade de referência em oncologia do SUS;

Considerando que os estabelecimentos habilitados em Oncologia pelo SUS são os responsáveis pelo fornecimento dos medicamentos antineoplásicos que, livremente, padronizam, adquirem e prescrevem, devendo observar as diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde vigentes, quando existentes, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento;

Considerando que com relação aos medicamentos oncológicos, visando ao cumprimento dos Princípios e Diretrizes do SUS, dispostos no art. 7º da Lei 8.080/90, as normas vigentes do Ministério da Saúde estabelecem que os medicamentos para tratamento do câncer (inclusive aquelas de uso via oral) devem ser fornecidos pelo estabelecimento de Saúde (clínica ou hospital) público

ou privado, cadastrado no SUS, para atendimento deste tipo de doença e somente para os pacientes que estiverem recebendo o seu tratamento no próprio estabelecimento de saúde;

Considerando as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Adenocarcinoma de Próstata, Portaria SAS/MS nº 498, 11/05/2016 e a padronização de procedimentos do SIGTAP (item IX) para o tratamento do câncer de próstata;

Em face ao exposto, este Núcleo de Apoio Técnico é desfavorável ao pedido de Acetato de Gosserrelina. Sugerimos que o paciente ser encaminhado para receber seu tratamento/acompanhamento em um UNACON.