Nota Técnica 349700

Data de conclusão: 19/05/2025 14:06:35

Paciente

Idade: 53 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Santa Cruz do Sul/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 1ª Vara Federal de Santa Cruz do Sul

Tecnologia 349700

CID: F33.2 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Diagnóstico: Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: CLORIDRATO DE ESCETAMINA

Via de administração: via oral

Posologia: cloridrato de escetamina 28mg - 2 aplicações semanais durante 4 semanas seguidas de 1 aplicação semanal durante 20 semanas.

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: CLORIDRATO DE ESCETAMINA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: não. Com base em laudo médico detalhado, tem-se que a parte autora exauriu as alternativas disponíveis no SUS.

Existe Genérico? Sim

Existe Similar? Sim

Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar: vide CMED.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: CLORIDRATO DE ESCETAMINA

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: CLORIDRATO DE ESCETAMINA

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: CLORIDRATO DE ESCETAMINA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A escetamina age como antagonista dos receptores de glutamato denominados N-metil-D-aspartato (NMDA), localizados no sistema nervoso central. Ao ocupar os receptores NMDA a escetamina evita que o glutamato se ligue a estes, promovendo um aumento na sua concentração que, por sua vez, leva ao estímulo das sinapses nas regiões cerebrais envolvidas na regulação do humor e comportamento [29]. Trata-se de um fármaco de administração intranasal e que tem risco de dependência química, haja vista ser um enantiômero (uma molécula muito parecida) da cetamina: uma substância utilizada há mais de cinquenta anos como anestésico, especialmente na medicina veterinária, e também utilizada de forma recreacional informalmente [30,31].
Revisão de literatura com vistas ao monitoramento de novas tecnologias para o tratamento de depressão resistente ao tratamento, realizada pela CONITEC em 2022, identificou dois ensaios clínicos randomizados, denominados ASPIRE I e ASPIRE II, avaliando a eficácia e a segurança da escetamina na redução rápida dos sintomas de TDM [28]. Foram incluídos pacientes com diagnóstico de TDM moderado a grave com ideação de suicídio ativa [32,33].
O estudo ASPIRE I envolveu 226 adultos, que foram randomizados (1:1) para receber ou escetamina 84 mg ou placebo, combinados ao tratamento padrão, utilizados duas vezes por semana durante quatro semanas [32]. O tratamento deu-se, pelo menos, inicialmente, em internação psiquiátrica. Depois de 24h, percebeu-se alívio dos sintomas depressivos, especialmente, em pacientes tratados com escetamina (diferença média entre os mínimos quadrados [erro padrão]: -3,9 [1,39]; IC95%: -6,60 a -1,11; P=0,006). A diferença absoluta é, contudo, pequena (-12,8 vs. -16,4) e seu impacto clínico controverso. Tontura, dissociação, dor de cabeça, náusea e sonolência foram os eventos adversos mais frequentes em pacientes tratados com escetamina.
O estudo ASPIRE II incluiu 230 adultos, randomizados (1:1) em dois grupos (escetamina 84 mg e placebo) combinados ao cuidado padrão abrangente - ou seja, internação por, pelo menos, cinco dias e antidepressivos [33]. A aplicação do spray nasal de escetamina deu-se duas vezes por semana ao longo de quatro semanas. Após 24h de tratamento, observou-se melhora dos sintomas depressivos com diferença média entre os mínimos quadrados [erro padrão] de -3,8 ([1,39]; IC 95%: -6,56 a -1,09; P=0,006). Novamente, a redução dos valores absolutos na escala psicométrica avaliando sintomas depressivos (-12,4 vs. -15,7) foi pequena.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Total
Mês 1				
CLORIDRATO DE ESCETAMINA	140 MG/ML SOL SPR NAS CT FR VD TRANS X 0,2 ML + DISP INAL (28 MG)	24	R$ 1.457,97	R$ 34.991,28

Meses 2, 3, 4, 5 e 6

CLORIDRATO DE ESCETAMINA	140 MG/ML SOL SPR NAS CT FR VD TRANS X 0,2 ML + 60 DISP INAL (28 MG)	R$ 1.457,97	R$ 87.478,20
TOTAL			R$ 122.469,48

* Valor unitário considerado a partir de consulta de preço da tabela CMED, atualizada em 07 de julho de 2023. Preço máximo de venda ao governo (PMVG) no Rio Grande do Sul (ICMS 17%).
O PMVG é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica – PF, PMVG = PF*(1-CAP). O CAP, regulamentado pela Resolução nº. 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos constantes do rol anexo ao Comunicado nº 15, de 31 de agosto de 2017 - Versão Consolidada ou para atender ordem judicial. Conforme o Comunicado CMED nº 5, de 21 de dezembro de 2020, o CAP é de 21,53%. Alguns medicamentos possuem isenção de ICMS para aquisição por órgãos da Administração Pública Direta Federal, Estadual e Municipal, conforme Convênio ICMS nº 87/02, sendo aplicado o benefício quando cabível.
Com base em consulta à tabela da CMED no site da ANVISA em agosto de 2024 e na prescrição médica anexada ao processo, foi elaborada a tabela acima com o custo de um ano de tratamento considerando o medicamento de menor custo.
Cabe esclarecer que, conforme estabelecido pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº 676, de 28 de abril de 2022, a dispensac?a?o e o uso dos medicamentos contendo as substa?ncias cetamina e escetamina é restrita aos estabelecimentos de sau?de. Quanto ao uso específico da escetamina intranasal, fármaco pleiteado em processo, a referida RDC define que este deve ser supervisionado por profissional de saúde que deverá monitorar o paciente até que este seja considerado clinicamente estável para deixar o estabelecimento de saúde.
Ressalta-se que os pacientes em uso da escetamina devem ser acompanhados clinicamente, permitindo que a administração e monitoramento do uso aconteçam em clínicas ou consultórios médicos, dispensando a necessidade de ambiente hospitalar. Sendo assim, apesar da parte autora ter juntado orçamento considerando a aplicação e monitoramento em sala de procedimentos cirúrgicos de clínica particular, bem como acompanhamento por profissional médico que também demandam por honorários, é digno de nota que a mesma pode ser realizada em estabelecimento de saúde pública por profissional capacitado para o atendimento psiquiátrico, evitando que tal procedimento incorra em custos extras.
Em revisão realizada para a presente nota técnica, não foram encontrados estudos de custo-efetividade acerca da utilização de escetamina no tratamento de episódio depressivo para o cenário brasileiro.
Em análise do governo britânico, a equipe do National Institute for Health and Care Excellence não recomendou o reembolso da escetamina no tratamento de episódio depressivo resistente com base em incertezas clínicas acerca da eficácia do medicamento [34]. Destacou, ainda, que a empresa farmacêutica, responsável pelos estudos, poderia ter utilizado estratégias para a redução e esclarecimento de tais incertezas. Em decorrência disso, a instituição optou por não realizar estimativa de custo-efetividade.
A análise do governo britânico, especificamente, para o tratamento de TDM moderado a grave com ideação de suicídio ativa foi interrompido, em 6 de junho de 2023, porque a empresa farmacêutica responsável não forneceu as evidências solicitadas pelo National Institute for

Health and Care Excellence.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: redução dos sintomas depressivos, em comparação ao placebo, de pequena magnitude, de forma que seu impacto clínico é controverso. A superioridade a outros tratamentos adjuntos (estabilizadores de humor, antipsicóticos e antidepressivos) é inconclusiva.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: CLORIDRATO DE ESCETAMINA

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: A parte autora foi diagnosticada com TDM refratário ao tratamento e ideação suicida, motivo pelo qual pleiteia acesso ao tratamento com escetamina.
Contudo, com base nas evidências disponíveis, não se pode afirmar que a escetamina ofereça benefícios superiores àqueles alcançados com o uso de outras terapias antidepressivas associadas à potencializadores (estabilizadores de humor, antipsicóticos e até mesmo outros antidepressivos). Os estudos que avaliaram o uso da tecnologia pleiteada em indivíduos diagnosticados com TDM refratária ao tratamento e ideação suicida são de curta duração e baseiam-se na redução dos sintomas depressivos avaliados por escala psicométrica e demonstraram melhora de estreita magnitude quando compararam os resultados alcançados com escetamina versus aqueles alcançados com placebo. Não há evidências que demonstrem que o uso da escetamina reduza tendências suicidas, hospitalizações ou visitas à emergência. Tampouco há estudos que tenham investigado se o uso da tecnologia pleiteada melhora a qualidade de vida dos indivíduos.
Ademais, trata-se de tecnologia de custo elevado, que torna imperativa a correspondência robusta entre a magnitude do preço do tratamento e da relevância dos desfechos clínicos.
Sendo assim, diante da avaliação técnica apresentada, manifestamo-nos desfavoráveis ao provimento judicial da escetamina.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. Simon G, Ciechanowski P. Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment. UpToDate. 2020;
2. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(1):90–100.
3. Murray CJ, Abraham J, Ali MK, Alvarado M, Atkinson C, Baddour LM, et al. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. Jama. 2013;310(6):591–606.
4. Burke KC, Burke JD, Regier DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. Arch Gen Psychiatry. 1990;47(6):511–8.
5. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, Cai G, Tien A, Romanoski A, et al. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression: The Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(11):993–9.

6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Jama. 2003;289(23):3095–105.
7. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. Jama. 1996;276(4):293–9.
8. Fava M, Rush AJ, Alpert JE, Balasubramani G, Wisniewski SR, Carmin CN, et al. Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: a STAR* D report. Am J Psychiatry. 2008;165(3):342–51.
9. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora; 2014.
10. Lyness JM. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?search=depression%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
11. Park LT, Zarate Jr CA. Depression in the primary care setting. N Engl J Med. 2019;380(6):559–68.
12. Harman JS, Veazie PJ, Lyness JM. Primary care physician office visits for depression by older Americans. J Gen Intern Med. 2006;21(9):926–30.
13. Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(12):1265–73.
14. Mojtabai R, Olfson M. National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: results from the national comorbidity survey replication. J Clin Psychiatry. 2008;69(7):12444.
15. Freire MÁ, Figueiredo VLM de, Gomide A, Jansen K, Silva RA da, Magalhães PV da S, et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. J Bras Psiquiatr. 2014;63(4):281–9.
16. Østergaard SD, Meyers BS, Flint AJ, Mulsant BH, Whyte EM, Ulbricht CM, et al. Measuring psychotic depression. Acta Psychiatr Scand. 2014;129(3):211–20.
17. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol. 1967;6(4):278–96.
18. Sopko Jr MA, Ehret MJ, Grgas M. Desvenlafaxine: another “me too” drug? Ann Pharmacother. 2008;42(10):1439–46.
19. Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. Psicofármacos-: Consulta Rápida. Artmed Editora; 2015.
20. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Focus. 2018;16(4):420–9.
21. Cipriani A, Santilli C, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, McGuire H, et al. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2).
22. Cipriani A, Purgato M, Furukawa TA, Trespidi C, Imperadore G, Signoretti A, et al. Citalopram versus other anti?depressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(7).
23. Girardi P, Pompili M, Innamorati M, Mancini M, Serafini G, Mazzarini L, et al. Duloxetine in acute major depression: review of comparisons to placebo and standard antidepressants using dissimilar methods. Hum Psychopharmacol Clin Exp. 2009;24(3):177–90.
24. Watanabe N, Omori IM, Nakagawa A, Cipriani A, Barbui C, Churchill R, et al. Mirtazapine versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12).
25. Barbui C, Furukawa TA, Cipriani A. Effectiveness of paroxetine in the treatment of acute major depression in adults: a systematic re-examination of published and unpublished data from

randomized trials. Cmaj. 2008;178(3):296–305.
26. Cipriani A, La Ferla T, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, Churchill R, et al. Sertraline versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1).
27. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 3. Pharmacological treatments. Can J Psychiatry. 2016;61(9):540–60.
28. CONITEC. Monitoramento do horizonte tecnológico: medicamentos para o tratamento de Transtorno Depressivo Maior. [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/radar/2022/informemht_transtorno-depressivo-maior_publicado.pdf
29. Stahl SM. Prescriber's guide: Stahl's essential psychopharmacology. Cambridge University Press; 2020.
30. Bokor G, Anderson PD. Ketamine: an update on its abuse. J Pharm Pract. 2014;27(6):582–6.
31. Corkery JM, Hung WC, Claridge H, Goodair C, Copeland CS, Schifano F. Recreational ketamine-related deaths notified to the National Programme on Substance Abuse Deaths, England, 1997–2019. J Psychopharmacol (Oxf). 2021;35(11):1324–48.
32. Fu DJ, Ionescu DF, Li X, Lane R, Lim P, Sanacora G, et al. Esketamine nasal spray for rapid reduction of major depressive disorder symptoms in patients who have active suicidal ideation with intent: double-blind, randomized study (ASPIRE I). J Clin Psychiatry. 2020;81(3):6605.
33. Ionescu DF, Fu DJ, Qiu X, Lane R, Lim P, Kasper S, et al. Esketamine nasal spray for rapid reduction of depressive symptoms in patients with major depressive disorder who have active suicide ideation with intent: results of a phase 3, double-blind, randomized study (ASPIRE II). Int J Neuropsychopharmacol. 2021;24(1):22–31.
34. National Institute for Health and Care Excellence. Esketamine for treatment-resistant depression (ID1414) In development [GID-TA10371]Expected publication date: 22 June 2022 [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-ta10371

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaudeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme consta em laudo médico (Evento 1, LAUDO7, Página 1), a parte autora foi diagnosticada com Transtorno Depressivo Maior (TDM) sem sintomas psicóticos, para o qual fez uso de antidepressivos (fluoxetina, sertralina, amitriptilina, paroxetina, escitalopram, venlafaxina e desvenlafaxina) e potencializadores de tratamento antidepressivo (lítio, olanzapina e quetiapina) sem alcançar a melhora dos sintomas. Doses utilizadas e tempo de tratamento não são especificados. É também mencionado que a parte realizou tratamentos não farmacológicos (psicoterapia, atividade física e reeducação alimentar), sem resposta. Além do TDM a parte autora foi diagnosticada com fibromialgia e, conforme relato do médico psiquiatra que a assiste. Atualmente, encontra-se em uso diário de duloxetina 120mg, pregabalina 300mg, nortriptilina 10mg, clozapina 12,5mg e clonazepam 6mg. A despeito do tratamento, é relatado que a parte autora não apresenta melhora e persiste com sintomas depressivos, dor e ideação suicida. Nesse contexto, foi prescrito uso de escetamina, tecnologia pleiteada em processo.
O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma condição prevalente e incapacitante [1]. A

prevalência ao longo da vida de transtornos depressivos unipolares é de 12% [2]. Atualmente, TDM representa a segunda principal causa de incapacidade nos Estados Unidos [3]. O TDM apresenta-se de forma bimodal: na maioria dos pacientes, os sintomas têm início aos vinte anos de idade; há, contudo, um segundo pico de ocorrência aos cinquenta anos de idade [4,5]. O TDM é duas vezes mais frequente em mulheres do que em homens [6]. Outros fatores de risco para o desenvolvimento de TDM incluem exposição a níveis elevados de estresse, história de experiências de trauma, diagnóstico de TDM em parentes de primeiro grau e relato de sintomas depressivos prévios [7–10].

O TDM é uma entidade nosológica heterogênea, que compreende uma variedade de apresentações clínicas com uma constelação de sintomas associados. Seu diagnóstico baseia-se em entrevistas clínicas que ocorrem, predominantemente, no contexto de atenção básica à saúde [11–14]. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM-5), elaborada pela Associação de Psiquiatria Americana, para diagnóstico de TDM é necessário, pelo menos, duas semanas com humor deprimido ou anedonia acompanhada da maioria (pelo menos, quatro) dos seguintes sintomas: insônia ou hipersonia, mudança no apetite ou peso, retardo psicomotor ou agitação, fadiga ou perda de energia excessiva, capacidade diminuída de concentrar-se ou pensar, pensamentos de inutilidade ou culpa e pensamentos recorrentes sobre morte ou suicídio [9].

Para a avaliação diagnóstica e acompanhamento da resposta ao tratamento recomenda-se uso da Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D). Trata-se de uma escala composta por 24, 21 ou 17 itens dependendo da versão utilizada [15]. Nela, avalia-se a presença de seis dimensões do TDM: 1- humor (como tristeza, desânimo e sentimento de culpa), 2- somática (por exemplo, dores no corpo, cefaléia, sintomas gastrointestinais), 3- motora (agitação ou retardo psicomotor), 4- social, 5- cognitiva e 6- ansiedade. Na prática clínica, escores acima de 25 pontos são característicos de pacientes gravemente deprimidos; escores entre 18 e 24 pontos, pacientes moderadamente deprimidos; e escores entre sete e 17 pontos, pacientes com depressão leve. De forma que, em pacientes previamente deprimidos, escores menores ou igual a sete, sinalizam remissão da doença. Ainda que sujeita a importantes críticas [16], a HAM-D-17 é uma escala padrão para avaliação de TDM: foi utilizada em 95% de todos os ensaios clínicos controlados para avaliação de eficácia de antidepressivos [16,17]. Ademais, possui validação para uso no sul do Brasil [15].

Para o tratamento de depressão almeja-se a remissão dos sintomas depressivos [18]. Mensurados por meio da HAM-D, valores menores ou igual a sete são considerados remissão da doença, enquanto que uma redução superior a 50% do escore sinaliza resposta ao tratamento. Recomenda-se tratamento farmacológico apenas no TDM moderado ou grave [19]. Para casos de TDM leve, sugere-se exclusivamente psicoterapia.

Diversos antidepressivos, de diferentes mecanismos de ação, servem no tratamento de TDM moderado à grave [20]. De fato, meta-análises de ensaios clínicos randomizados demonstram eficácia de amitriptilina [21], citalopram [22], duloxetina [23], escitalopram [21], imipramina [22], mirtazapina [24], paroxetina [25], sertralina [26], entre outros. Tendo em vista as inúmeras alternativas disponíveis, diretrizes internacionais recomendam a seleção de antidepressivos conforme perfil de efeitos adversos e potenciais interações medicamentosas, ambos individualizados ao paciente [1,27].

Fármacos recomendados como primeira linha de tratamento de TDM estão disponíveis pelo SUS (por exemplo, sertralina e fluoxetina) [27]. Nesse ponto, é interessante frisar que, de forma a diagnosticar refratariedade ao tratamento, deve-se utilizar dose otimizada por período de tempo mínimo (entre duas e seis semanas). Na ausência de resposta, pode-se aumentar a dose dentro dos limites terapêuticos [19,27]. Após aumento para dose máxima tolerada, opta-se entre a troca de antidepressivo (preferencialmente por antidepressivos de classes

diferentes) ou a adição de um fármaco que potencialize a ação antidepressiva (como o lítio, disponível pelo SUS). Em caso de depressão refratária, é possível utilizar a combinação de antidepressivos (por exemplo, amitriptilina e fluoxetina).