

## BENEFÍCIO FARMÁCIA

### Critérios Técnicos do Hormônio de Crescimento (GH)

O Benefício Farmácia cobre o hormônio de crescimento recombinante, para os casos de deficiência comprovada de GH, nos moldes das regras de custeio e cobertura do novo modelo, para as seguintes condições e com as seguintes documentações:

#### **Para crianças e adolescentes:**

##### **Crianças e adolescentes**

- Idade, peso e altura atuais;
- Peso e comprimento ao nascer, idade gestacional (\*);13
  
- Velocidade de crescimento no último ano ou curva de crescimento(preferencialmente) em crianças maiores de 2 anos;
- Estadiamento puberal;
- Altura medida dos pais biológicos (\*);
- Radiografia de mãos e punhos, para determinação da idade óssea;
- IGF-1, glicemia, hormônio estimulante da tireoide (em inglês, *thyroid-stimulating hormone* – TSH) e tiroxina (T4) total ou livre (e demais exames do eixo hipofisário, no caso de pan-hipopituitarismo), e as reposições hormonais realizadas;
- Testes para GH com datas e estímulos diferentes com valores de pico de GH < 5ng/mL (informar se foi realizado *priming* com estradiol ou testosterona);
- Em lactentes, sinais e sintomas clássicos de DGH/hipopituitarismo incluem hipoglicemia, icterícia prolongada, micropênis e defeitos de linha média. Nessa situação, pode-se confirmar o diagnóstico apenas com uma dosagem de GH e cortisol na vigência de hipoglicemia. No caso de múltiplas deficiências hormonais no lactente e alteração na RNM (\*\*) com IGF-1 abaixo do limite inferior da normalidade, pode-se prescindir do teste de estímulo.

(\*) Na impossibilidade de fornecer tais dados, como em casos de crianças adotivas, justificar a não inclusão dos mesmos.

(\*\*) A RNM não é um exame indispensável, mas pode ser considerada como critério de investigação adicional.

Serão contemplados beneficiários com indicação, pelo médico assistente, do tratamento com GH recombinante quando do diagnóstico de puberdade precoce associada à baixa estatura, no curso do tratamento da puberdade precoce com análogos de GnRH previamente analisados pela equipe técnica do Programa Benefício Farmácia. A análise técnica será documental (relatório do médico assistente), dispensando os testes de estímulo para a autorização do tratamento com GH recombinante.

Para síndrome genética Síndrome de Turner e baixa estatura, há necessidade de comprovação da síndrome genética através de genótipo e relatório do médico assistente, dispensando os testes de estímulo para a autorização do tratamento com GH recombinante.

### **Para adultos**

- Idade;
  - Comprovar deficiência prévia, se existente;
  - Fatores de risco para deficiência iniciada na vida adulta (traumatismo, irradiação noSNC, cirurgias no SNC, doenças que acometem o eixo hipotálamo-hipofisário);
  - IGF-1, glicemia, TSH e T4 total ou livre (e demais exames do eixo hipofisário, no casode pan-hipopituitarismo);
  - Reposições realizadas, se pertinente;
  - Exame de imagem (RNM de hipófise, preferencialmente) (\*\*);
  - Teste de estímulo para GH;14
- 
- Densitometria óssea;
  - Perfil lipídico: colesterol total, colesterol HDL e triglicerídeos séricos.

(\*\*) A RNM não é um exame indispensável, mas pode ser considerada como critério de investigação adicional.

### **Atenção:**

- Para crianças menores de 8 anos (exceto crianças com caracteres secundários de puberdade; para meninas USG -Ultrasonografia- de pelve com tamanho de ovário, sinais de glândulas mamárias atestado pelo médico prescritor).
- Por se tratar de medicamento controlado a prescrição deverá ser renovada a cada envio.
- O laudo médico contendo a evolução do tratamento deverá ser renovado a cada 180 dias.
- O Exame Antropométrico completo precisa ser renovado semestralmente. Com peso, altura, velocidade de crescimento e estadiamento puberal (Tanner).
- O hormônio do crescimento apresenta eficácia apenas até o período da puberdade, momento em que ocorre o fechamento das cartilagens de crescimento. Esse acompanhamento será realizado por meio de exames de raio-X de mão e punho, que permitem avaliar o estágio de maturação óssea. Quando constatado o fechamento das cartilagens, não haverá mais benefício clínico na continuidade do tratamento, e, por esse motivo, o fornecimento do medicamento pelo

programa será interrompido. Ressaltamos que essa decisão é baseada em critérios médicos e científicos, visando a segurança e a efetividade do cuidado prestado ao beneficiário.

Caso ainda haja qualquer dúvida em relação aos critérios, pedimos que a encaminhe por meio do e-mail [duvidas.criteriotecnicobf@saudepetrobras.com.br](mailto:duvidas.criteriotecnicobf@saudepetrobras.com.br) , para que possamos esclarecer adequadamente.

**O Benefício Farmácia cobre os medicamentos conforme este critério técnico publicado pela Saúde Petrobras.**

Atualizado em 24/04/2026