

## NOTA TÉCNICA 4723

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 2ª Vara Cível

**COMARCA:** Araguari

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2023.0004723

**IDADE:** 53 anos

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** M545

**PEDIDO DA AÇÃO:** Implante de Eletrodo de Estimulação Medular Epidural; Implante de Gerador de Neuro Estimulação; Monitorização intra-operatória; Bloqueio neurolítico peridural; Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico.

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Terapia definitiva de tratamento da dor.

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG: 31248

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

- 1 - Qual o CID?
- 2 - Qual o Diagnóstico?
- 3 - Quais as evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia?
- 4 - Quais os riscos da não realização do procedimento neste momento? Há perigo em postergar o procedimento?
- 5 - Há evidências científicas?
- 6 - Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Qual a justificativa?
- 7 - O procedimento consta do rol da ANS?
- 8 - Outras informações pertinentes.

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Procedimentos disponíveis do SUS Tabela SIGTAB

04.03.05.003-0 - BLOQUEIOS PROLONGADOS DE SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO /

## **CENTRAL COM BOMBA DE INFUSÃO**

Procedimento analgésico medicamentoso de ação prolongada com o uso de bomba de infusão externa com ou sem controle pelo usuário.

### **04.03.05.005-7 - Implante intratecal de bomba de infusão de fármacos**

Procedimento neurocirúrgico com implante intratecal de bomba de infusão para controle da dor intratável de grau máximo de resistência as demais terapias analgésicas clínicas e cirúrgicas

### **04.03.05.016-2 - Tratamento ablativo por estereotaxia em estrutura profunda de SNC para tratamento de movimentos anormais ou controle da dor**

Procedimento neurocirúrgico com uso de estereotaxia para a destruição estrutura(s) profunda(s) de snc para tratamento de movimentos anormais ou para controle da dor intratável.

**Up to date**

## **RESUMO E RECOMENDAÇÕES PARA TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA**

- Plano de tratamento – O tratamento eficaz da dor requer analgesia multimodal com ênfase em modalidades não medicamentosas (por exemplo, autogerenciamento, suporte de saúde comportamental e fisioterapia). Quando necessário, adicionamos terapias farmacológicas multidirecionadas

- Tipo de dor – A escolha da terapia farmacológica depende do tipo de síndrome de dor crônica. Em particular, a dor nociceptiva deve ser diferenciada da dor neuropática e da dor nociplástica ou centralizada, uma vez que os tratamentos diferem

- Pacientes com dor nociceptiva – Para esses pacientes, a escolha da terapia farmacológica depende em parte da localização da dor e também das condições concomitantes do paciente. Os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) orais ou tópicos são a terapia de primeira linha para muitas condições de dor nociceptiva crônica . Se o tratamento usual for ineficaz para pacientes com dor predominantemente nociceptiva, pode-se presumir que o paciente tenha dor neuropática ou centralizada e o tratamento deve ser alterado.

- Pacientes com dor neuropática - Para esses pacientes, o tratamento inicial envolve antidepressivos (ou seja, antidepressivos tricíclicos [TCAs], inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina [SNRIs]) ou medicamentos anticonvulsivantes (gabapentina ou pregabalina), com terapia tópica adjuvante (por exemplo, lidocaína tópica, adesivo de capsaicina 8%) quando a dor é localizada. A escolha entre os tratamentos deve ser baseada na condição de dor (se conhecida), condições concomitantes, efeitos colaterais da medicação, custo e valores e preferências do paciente .

- Pacientes com dor nociplástica e centralizada – Para pacientes com dor nociplástica ou centralizada, combinações mistas cuidadosas e sistemáticas de drogas neuropáticas podem ser consideradas com ênfase maior nas opções de tratamento não medicamentoso (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental, ativação física).

Opioides – Os opioides devem ser usados de forma crônica apenas em pacientes avaliados como de baixo risco para abuso de substâncias, que apresentam dor intensa e persistente apesar dos testes com analgésicos não opioides e antidepressivos ou medicamentos anticonvulsivantes, e nos quais os benefícios potenciais superam os riscos . Os opioides devem sempre ser combinados com terapia farmacológica não farmacológica e frequentemente não opioide, e devem ser cuidadosamente monitorados quanto à manutenção do benefício analgésico e funcional, risco e adesão ao tratamento.

- Antidepressivos – Os antidepressivos tricíclicos (TCAs) e os inibidores da recaptação da serotonina-norepinefrina (SNRIs) são tratamentos de primeira linha para muitas condições de dor crônica, independentemente de seus efeitos antidepressivos (algoritmo 1). Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) não são o tratamento de primeira linha para nenhuma condição de dor crônica. Os efeitos analgésicos podem requerer de duas a quatro semanas para efeito máximo. Essas drogas têm uma variedade de efeitos adversos que podem limitar seu uso

- TCAs – Amitriptilina, doxepina, imipramina, nortriptilina e desipramina são usados para dor crônica. A amitriptilina é a mais sedativa dessas drogas.

- SNRIs – Duloxetina, venlafaxina e milnaciprano são usados para uma variedade de tipos de dor crônica.

- Medicamentos anticonvulsivantes – Medicamentos anticonvulsivantes estão entre as terapias de primeira linha para algumas formas de dor neuropática.

- Gabapentinoides – Gabapentina e pregabalina são terapias de primeira linha para neuropatia diabética dolorosa e neuralgia pós-herpética. É

importante observar que esses medicamentos estão associados à depressão respiratória em idosos e em pacientes que recebem outros sedativos ou opioides, e há potencial para uso indevido e abuso.

- Outros medicamentos anticonvulsivantes – A carbamazepina é o tratamento de primeira linha para a neuralgia do trigêmeo. Uma alternativa é a oxcarbazepina.

- Medicamentos adjuvantes – A lidocaína tópica ou capsaicina e canabinóides podem ser benéficos em alguns pacientes (algoritmo 1). Evitamos o uso de relaxantes musculares (por exemplo, tizanidina, ciclobenzaprina, carisoprodol) e benzodiazepínicos em pacientes com dor crônica.

- Terapias emergentes – A infusão de cetamina e lidocaína são terapias emergentes com resultados mistos para dor crônica. Doses ideais, regimes de administração e seleção de pacientes não foram determinados.

### Visual summary of recommendation

#### Population

These recommendations apply only to people with these characteristics:

All patients living with moderate to severe chronic pain

**Applies to people with:**

- ✓ Cancer and non-cancer pain
- ✓ Neuropathic pain, nociceptive pain, and nociplastic pain

**May or may not apply to:**

- ? Paediatric populations
- ? Veterans
- ? Patients with concurrent mental illness
- ? Patients receiving disability benefits or involved in litigation

**Does not apply to:**

- ✗ Inhaled medical cannabis
- ✗ Recreational cannabis
- ✗ Patients receiving end of life care

#### Key practical issues

##### Cannabis

- Therapeutic trials should start with low dose, non-inhaled cannabidiol products, gradually increasing the dose and tetrahydrocannabinol level depending on clinical response and tolerability
- Prior cannabis experience should be considered, and adverse events should be carefully monitored
- For younger or adolescent patients, cannabidiol-predominant preparations should be preferred, because of uncertain effects of tetrahydrocannabinol on neurocognitive development
- Patients should avoid driving or operating machinery while starting or changing dose of medical cannabis
- Women contemplating pregnancy, pregnant women, or women who are breast feeding should be encouraged to discontinue use of medical cannabis in favour of alternative therapy

#### Recommendation

**Standard care**  
No trial of medical cannabis or cannabinoids

Strong ← Weak

OR

**Cannabis**  
Standard care plus a trial of non-inhaled medical cannabis or cannabinoids

Weak → Strong

“ If standard care is not sufficient, we suggest offering a trial of non-inhaled medical cannabis or cannabinoids ”

#### Evidence profile potential benefits

Timeframe	Event	Standard Care	Events per 1000 people	Cannabis	Evidence quality
1 to 4 months	Reduction in pain	520	100 more	620	★★★★ Moderate
	Improved physical function	280	40 more	320	★★★★ High
	Improved emotional function	310	No important difference	330	★★★★ High
1 to 3.5 months	Improved role function	410	No important difference	410	★★★★ High
	Improved social function	390	No important difference	380	★★★★ High
1.3 to 3.5 months	Improved sleep quality	480	60 more	540	★★★★ High

#### Evidence profile potential short term harms

Timeframe	Event	Standard Care	Events per 1000 people	Cannabis	Evidence quality
1.3 to 3.5 months	Cognitive impairment	10	20 fewer	30	★★★★ Moderate
1 to 3.5 months	Drowsiness	40	50 fewer	90	★★★★ Moderate
1 to 4 months	Impaired attention	10	30 fewer	40	★★★★ Moderate

**Disclaimer**

**Validation**  
This infographic is not a validated clinical decision aid

**Updating**  
This information is provided without any representations, conditions, or warranties that it is accurate or up to date

**Responsibility**  
BMJ and its licensors assume no responsibility for any aspect of treatment administered with the aid of this information

**Risks**  
Any reliance placed on this information is strictly at the user's own risk

For the full disclaimer wording see BMJ's terms and conditions: <http://www.bmj.com/company/legal-information/>

See an interactive version of this graphic online

<https://bit.ly/BMJrCANN>

## V - CONCLUSÕES

✓ Os procedimentos solicitados estão previstos no SUS

- ✓ Existe no PCDT no SUS de tratamento de dor crônica que inclui medidas farmacológicas ,não farmacológicas como os procedimentos solicitados
- ✓ O médico solicitante tem CRM registrado no Paraná, no estado de Minas Gerais existem condições técnicas e profissionais habilitados para realização deste tipo de procedimento

### **V - REFERÊNCIAS**

- ✓ Tabela SIGTAB SUS
- ✓ Up to date

**IV – DATA:** 27/08/2024

NATJUS – TJMG