

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 2ª Vara Cível, Criminal e da Infância e da Juventude

**COMARCA:** Salinas

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2024.0005861

**IDADE:** 39 anos

**Sexo:** feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** C90.0, R52.1

**PEDIDO DA AÇÃO:** Sistema de Infusão Intratecal contínua de fármacos

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Como opção de modalidade específica para o manejo de dor crônica difusa associada ao mieloma múltiplo

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Parecer técnico quanto ao procedimento cirúrgico para implante de bomba de infusão intratecal de morfina

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de mieloma múltiplo estabelecido em 2017, a qual encontra-se atualmente em tratamento quimioterápico. Inicialmente a paciente foi submetida à transplante de medula óssea autóloga, com indicação de um segundo transplante. Consta que a paciente vem evoluindo com dor óssea decorrente da presença de várias lesões ósseas líticas difusas, de grave intensidade e de difícil manejo analgésico por outras vias.

Em relatório do médico particular assistente, datado de 02/08/2023, ID Num. 10197162575 - Pág. 33, consta que foi indicado seguimento regular, com eventual necessidade de uso de morfina por via parenteral. Consta que a paciente realizou infusão intratecal de opioide com boa resposta.

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna de plasmócitos provenientes da medula óssea. O mieloma múltiplo é classicamente descrito como síndrome “CRAB”, acrônimo, do inglês, que resume as principais manifestações clínicas da doença: hipercalcemia (*Calcium elevation*), insuficiência renal (*Renal failure*), anemia (*Anemia*) e doença óssea (*Bone*

disease). A doença é caracterizada pela proliferação descontrolada de plasmócitos, que pode causar sinais e sintomas localizados, de acordo com o sítio de proliferação (principalmente ossos), e sistêmicos, que ocorrem pelo excesso dessas células na corrente sanguínea. Cerca de 73% dos pacientes apresentam anemia ao diagnóstico, que está associada à fadiga em 32% dos casos. Outras manifestações observadas são dores ósseas (58%), perda de peso (28%), parestesia (5%) e febre (0,7%).<sup>2</sup>

A definição revisada em 2020 pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) conceitua a dor como *“uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”*.

A **dor crônica** é definida como a dor que persiste por um período igual ou superior a três meses. É uma das condições de saúde mais prevalentes em todo o mundo e pode ser considerada um importante problema de saúde pública. Um estudo brasileiro estima que a prevalência de dor crônica seja entre 28,4% e 76,2%, em diferentes cidades. Essa variação pode ser influenciada por fatores como idade e gênero, mas pessoas em idades avançadas e mulheres são mais propensas a desenvolvê-la. A dor crônica possui grande impacto na qualidade de vida e pode apresentar consequências físicas, psicológicas e sociais, sendo a principal causa de anos vividos com incapacidade no mundo.

*“A dor crônica pode ser considerada uma condição ou doença crônica não transmissível, mantida por mal adaptações nociplásticas, motoras e psicossociais. A dor crônica pode ser primária (quando não se conhece a causa) ou secundária (quando é consequência de alguma doença conhecida). Embora existam controvérsias quanto ao ponto de corte e à associação com outros parâmetros para definir dor crônica, o presente PCDT opta pela definição de dor crônica como aquela superior a três meses, independentemente do grau de recorrência, intensidade, e implicações funcionais ou psicossociais; porém, recomenda a avaliação destes fatores nos cuidados à pessoa com dor crônica”*.<sup>2</sup>

A dor pode ser classificada basicamente em três tipos: nociceptiva (por lesão de um tecido), neuropática (por lesão nervosa) e nociplástica (por um sistema nervoso mais sensível a dor).

*“A dor nociceptiva é a dor mais fácil de compreender. Ela está relacionada aos estímulos que resultam de danos teciduais, ou seja, danos na pele, nos músculos e órgãos internos. Quando esses tecidos corporais são lesados, começa a chamada ‘cascata do ácido araquidônico’, uma grande cascata de reações metabólicas que resultam em várias substâncias que chegam às terminações livres de neurônios. Estes transmitem a informação até o nosso cérebro, onde a dor é, de fato, processada e “sentida” por nós. Essa dor pode se tornar crônica quando a tal lesão do tecido não é curada. Isso é bastante comum em doenças que degeneram continuamente esses tecidos, como é o caso da artrose”.<sup>9</sup>*

*“A dor neuropática, por sua vez, é aquela causada por alguma lesão ou doença que afete o sistema nervoso mais diretamente, ou seja, é quando os neurônios sensitivos são feridos ou danificados. Um trauma na medula espinhal, por exemplo, causa, frequentemente, dor crônica, pois a medula é um órgão que não se regenera simplesmente. Então, qualquer lesão nela não se resolverá sem algum tratamento. E, mesmo assim, o manejo é difícil e exige bastante do paciente. Doenças autoimune, inflamatórias, vasculares, infecciosas e degenerativas do sistema nervoso, central e periférico também podem causar esse tipo de dor”.<sup>9</sup>*

*“A dor nociplástica, que é uma dor difícil de explicar e também difícil de entender. E não é à toa, esse termo é relativamente recente e só foi diferenciado dos dois outros termos anteriores nos últimos anos. Basicamente, podemos pensar que essa dor ocorre quando há algo alterando a capacidade que os nervos têm de transmitir informações até o cérebro ou a modulação dessas informações nesse órgão tão fundamental para a percepção dolorosa. A consequência dessa disfunção pode ser uma alta sensibilidade dolorosa a certos estímulos, é como se o organismo elaborasse uma resposta grande a um estímulo considerado como pequeno. O exemplo mais tradicional desse*

tipo de dor crônica é a fibromialgia, uma doença reumatológica caracterizada por dor difusa por todo o corpo, muito frequente e com intensidade elevada”.<sup>9</sup>

A percepção de dor é um sintoma complexo ainda não compreendido totalmente. Estudos mostram que as experiências individuais, assim como crenças, humor, fatores psicossociais, mecanismos de enfrentamento e fatores motivacionais próprios do paciente influenciam significativamente a percepção de dor.

Atualmente, estima-se que a dor proveniente do câncer seja bem controlada em torno de 75 a 90% dos pacientes, seguindo-se a escada de analgesia proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS propõe um escalonamento sequencial da dor através de “degraus da escada analgésica”, considerando a escolha dos fármacos de acordo com a severidade da dor.

**Escada Analgésica da OMS: Degraus do Tratamento da Dor Nociceptiva e Mista (OMS, 2009) (27)**

DEGRAU	FÁRMACOS
1	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes*
2	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes* + opioides fracos
3	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes* + opioides fortes

\*Fármacos destinados ao tratamento das comorbidades (antidepressivos ou relaxantes musculares).

OBSERVAÇÃO: O tratamento será considerado ineficaz, ou seja, haverá passagem para o degrau seguinte, caso os analgésicos não atenuem os sintomas de forma esperada após uma semana com a associação utilizada na dose máxima preconizada.

Embora o escalonamento tenha sido desenvolvido e validado apenas para o tratamento da dor oncológica, a escada analgésica é amplamente utilizada para orientar o tratamento básico da dor aguda e crônica. Há pouca evidência de boa qualidade para seu uso na dor crônica, mas fornece uma estratégia analgésica para não especialistas.

Nos quadros de menor intensidade são utilizados analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides (AINE), para quadros de moderada intensidade são utilizados analgésicos/AINE associados a um opioide fraco, os quadros de grande intensidade são utilizados analgésicos/AINEs associados a um opioide forte, sendo ainda indicados o uso de medicamentos adjuvantes. Estes últimos representados pelos antidepressivos e antiepiléticos. Os antidepressivos

tricíclicos são preferencialmente utilizados em dores contínuas associadas a parestesias e em dores neuropáticas.

No Sistema Único de Saúde (SUS) as alternativas de terapêutica farmacológica de 1ª e 2ª linhas para o tratamento das mais variadas formas de dor crônica, são disponibilizadas por meio dos Componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica. Esses fármacos são regulamentados e respondem pela primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema e pela garantia às limitações de fragmentação do acesso, financiamento e fragilidades no elenco de medicamentos, através de pactuação entre os entes federados.

A União, Estados e Municípios, têm a responsabilidade, competência e legitimidade para orientar e organizar as políticas públicas de saúde, pautadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Conseqüentemente qualquer incorporação de tecnologia ou medicamento no SUS, só é padronizada mediante as análises técnico-científicas das melhores evidências disponíveis e de estudos de impacto financeiro para o Sistema.

Esse processo é fundamental para a disponibilização de medicamentos eficazes, seguros, com relação custo-benefício adequada, que proporcionem a formação, proteção e recuperação da saúde da população. Os medicamentos disponíveis no SUS estão inscritos na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e alguns são descritos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

As alternativas farmacológicas disponíveis representam aqueles fármacos considerados essenciais pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir de estudos científicos que comprovam sua eficácia no tratamento de grande percentual de pessoas acometidas por uma determinada doença, devendo ser os medicamentos de primeira escolha ao se iniciar tratamento farmacológico, podendo se enquadrar como:

**Alternativa farmacêutica:** medicamentos com o mesmo princípio ativo, não necessariamente na mesma dosagem, natureza química (éster, sal, base) ou forma farmacêutica, porém, com a mesma atividade terapêutica.

**Alternativa terapêutica:** medicamentos com diferentes princípios ativos, indicados para um mesmo objetivo terapêutico ou clínico, mesma indicação e, almejando o mesmo efeito terapêutico.

**Componente básico (CBAF):** Os medicamentos básicos são aqueles destinados à Atenção Primária à Saúde. São adquiridos pelo Governo do Estado com recurso tripartite - federal, estadual e municipal, e distribuídos para os municípios do estado de Minas Gerais, cuja responsabilidade pelo fornecimento ao paciente é essencialmente do Município.

**Componente Especializado (CEAF):** visa garantir, no âmbito do SUS o acesso ao tratamento medicamentoso de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado, com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde, e cujo fornecimento ao paciente é responsabilidade essencialmente do Estado.

Segundo diretrizes clínicas do tratamento medicamentoso da dor crônica, podem ser usadas medicações analgésicas e drogas adjuvantes como antidepressivos, anticonvulsivantes e neurolépticos, além de bloqueios anestésicos. Entre as opções, os fármacos que geralmente oferecem melhores resultados são os antidepressivos (tricíclicos e inibidores duais de recaptação da serotonina), os anticonvulsivantes, e em alguns casos de dor refratária, os opioides de liberação rápida. Também podem ser usados neurolépticos, anti-inflamatórios e miorrelaxantes.

Estudos demonstram que essas drogas podem ser utilizadas em caso de dor crônica, não havendo diferença em termos de eficácia entre os representantes do mesmo grupo, podendo ser associados aos demais grupos, caso não haja resposta ao tratamento prévio.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da dor crônica no SUS, recomenda o tratamento de acordo com a Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde, disponibilizando os fármacos abaixo relacionados, para o manejo farmacológico da dor.

- **Ácido acetilsalicílico:** comprimido de 500 mg, analgésico não narcótico,

disponível através do componente básico de assistência farmacêutica.

- **Dipirona:** comprimido de 500 mg; solução oral de 500 mg/mL, analgésico não narcótico, disponível através do componente básico de assistência farmacêutica.
- **Paracetamol:** comprimido de 500 mg; solução oral de 200 mg/mL, analgésico não narcótico, disponível através do componente básico e estratégico de assistência farmacêutica.
- **Ibuprofeno:** comprimidos de 200 e 300 mg; solução oral de 50 mg/mL, anti-inflamatório, disponível através do componente básico de assistência farmacêutica.
- **Amitriptilina:** comprimidos de 25 e 75 mg, antidepressivo, disponível através do componente básico de assistência farmacêutica. Em pacientes com fibromialgia, a amitriptilina foi eficaz na redução da dor, fadiga e distúrbios do sono.
- **Nortriptilina:** cápsulas de 10, 25, 50 e 75 mg, antidepressivo, disponível através do componente básico de assistência farmacêutica.
- **Clomipramina:** comprimidos de 10 e 25 mg, antidepressivo, disponível através do componente básico de assistência farmacêutica.
- **Fenitoína:** comprimido de 100 mg; suspensão oral de 20 mg/mL, anticonvulsivante, disponível através do componente básico de assistência farmacêutica.
- **Carbamazepina:** comprimidos de 200 e 400 mg; suspensão oral de 20 mg/mL, anticonvulsivante, disponível através do componente básico de assistência farmacêutica.
- **Gabapentina:** cápsulas de 300 e 400 mg; anticonvulsivante, disponível através do componente especializado de assistência farmacêutica.
- **Ácido valproico:** cápsulas ou comprimidos de 250 mg; comprimidos de 500 mg; solução oral ou xarope de 50 mg/mL, anticonvulsivante, disponível através do componente básico de assistência farmacêutica.

- **Codeína:** solução oral de 3 mg/mL frasco com 120 mL; ampola de 30 mg/mL com 2 mL; comprimidos de 30 e 60 mg, analgésico narcótico, disponível através do componente especializado de assistência farmacêutica.
- **Morfina:** ampolas de 10 mg/mL com 1 mL; solução oral de 10 mg/mL frasco com 60 mL; comprimidos de 10 e 30 mg; cápsulas de liberação controlada de 30, 60 e 100 mg, analgésico narcótico, disponível através do componente especializado de assistência farmacêutica.
- **Metadona:** comprimidos de 5 e 10 mg; ampola de 10 mg/mL com 1 mL, analgésico narcótico, disponível através do componente especializado de assistência farmacêutica.

A via oral é a preferida, exceto quando a ingestão oral não é possível devido a vômitos graves, obstrução intestinal, disfagia grave ou confusão grave, e no caso de mau controle da dor que requer um aumento rápido da dose e/ou na presença de opioides orais relacionados a efeitos adversos.<sup>6</sup>

Os **opioides**, principalmente pela via oral, são as principais drogas usadas na prática e preconizadas na escada de tratamento proposta pela OMS no manejo da dor crônica associada ao câncer. Sua utilização se dá tanto no momento cirúrgico e pós-operatório imediato quanto em fases mais tardias do tratamento, incluído o contexto paliativo. Segundo a OMS, opioides fracos, como tramadol e codeína, seriam prescritos para dor moderada e opioides fortes, como morfina, fentanil e oxicodona, seriam destinados a casos de dor grave. Há uma tendência para prescrição de opioides fortes para pacientes metastáticos, submetidos à quimioterapia e à radioterapia, ou com sintomas depressivos. Ainda segundo a diretriz da OMS, os opioides seriam associados a AINES ou acetaminofeno, além de outras possíveis drogas ditas adjuvantes, como antidepressivos e anticonvulsivantes (Janah *et al.*, 2020; Blasco; Cordero; Dundar, 2020; Candido; Kusper; Knezevic, 2017). Também são disponíveis adesivos transdérmicos (buprenorfina, por exemplo) com resultados promissores para dores moderadas a graves, porém com limitações de custo, risco de prolongamento do intervalo QT e antagonismo em relação a outros opioides (Liu *et al.*, 2017).<sup>8</sup>

Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não é determinada

exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos. A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Através de suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor.

Tratar a dor crônica do paciente oncológico visa a uma melhora da qualidade de vida, a qual, por sua vez, está intimamente associada a estratégias de minimizar o sofrimento, ampliar o funcionamento e reabilitar o paciente. O regime de tratamento deve ser direcionado, revisado e adaptado para suprir as necessidades individuais de cada pessoa e as especificidades de cada câncer. Além disso, para uma melhor assertividade do tratamento, é de suma necessidade considerar outros fatores possivelmente confundidores, como dores preexistentes e doenças psiquiátricas prévias (Candido; Kusper; Knezevic, 2017). Nesse aspecto, dada a multicausalidade da dor oncológica, tornam-se necessárias tanto a utilização de terapias farmacológicas e intervencionistas quanto a utilização de estratégias terapêuticas não invasivas e não farmacológicas, que são designadas como terapias integrativas e complementares (Maindet *et al.*, 2019).<sup>8</sup>

Diversas são as linhas de tratamento especializado, perfazendo abordagens farmacológicas e não farmacológicas. Por exemplo, a radioterapia local pode ser aplicada para o controle da dor no caso de lesões ósseas não operáveis. Além de analgesia, a emissão de radiação ajuda a frear pontualmente o processo tumoral em curso na lesão óssea.

Dessa forma, o mais adequado é a abordagem multidisciplinar e multimodal da paciente, associando diferentes intervenções terapêuticas. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) definiu o ano de 2023 como o ano global para o cuidado integrativo da dor. Como a dor crônica é complexa e melhor conceituada em uma estrutura biopsicossocial, ela é melhor abordada integrando diferentes abordagens de gerenciamento e tratamento.

A IASP define o cuidado integrativo da dor como uma integração temporalmente coordenada, guiada por mecanismos, individualizada e baseada em evidências de múltiplas intervenções de tratamento da dor. No entanto, a base de evidências para intervenções individuais de tratamento da dor variam consideravelmente e são particularmente pobres.

As Diretrizes de Prática Clínica da ESMO revisaram os dados publicados e mostraram a falta de ensaios clínicos randomizados de alta qualidade no contexto da dor relacionada ao câncer. Isto realça a necessidade de uma melhor concepção do estudo e de uma abordagem consensual à comunicação dos resultados. Essas melhorias deverão levar a evidências mais robustas para determinar o nível de evidência e o grau de recomendação, apropriados.

As diretrizes técnicas atuais preconizam um modelo de cuidado escalonado, recomendam uma abordagem multimodal e interdisciplinar personalizada, podendo incluir medicamentos, psicoterapia, tratamentos integrativos e até mesmo procedimentos minimamente invasivos e invasivos.

A **infusão intratecal** é um método de neuromodulação em que a medicação é injetada de forma contínua ou intermitente diretamente no líquido céfalo raquidiano ao redor da medula espinal e do encéfalo. Para esse procedimento, são utilizadas bombas programáveis com fluxos ajustáveis ou bombas de fluxo contínuo que possibilitam a administração automatizada de medicamentos, em volumes pequeno, de maneira precisa e programada. A bomba para infusão intratecal de analgésico é utilizada como recurso avançado para tratamento da dor refratária, em qualquer parte do corpo. A bomba é um pequeno aparelho eletrônico, com um reservatório para armazenar uma quantidade de medicação líquida e a quantidade total varia para cada tipo de bomba implantada no paciente (Lara Junior, 2006).<sup>11</sup>

A vantagem desta via de administração é que o opioide (geralmente a morfina) atinge diretamente os receptores da dor na medula espinal, reduzindo a concentração sistêmica dos mesmos e minimizando os efeitos colaterais. Entretanto, o implante da bomba de morfina exige controle diário de variação de dosagens. A instalação de bomba de infusão de morfina é procedimento eficaz em torno de 40% para o tratamento da dor de origem mielopática ou neuropática. Trata-se de um procedimento invasivo, com riscos inerentes e complicações, principalmente de infecções, dada a complexidade da condição de dor crônica. O implante, por ser de tamanho pequeno, permite ao paciente uma maior mobilidade para realizar suas atividades diárias de vida (AVD), o que lhe proporciona uma melhor qualidade de vida (Lara Junior, 2006).<sup>11</sup>

Cabe a toda equipe o monitoramento dos potenciais eventos adversos associados ao cateter intratecal, tais como: oclusões parciais ou completas, reversíveis ou irreversíveis, pressão na espinal medula resultante em paralisia, traumatismo, perfuração, laceração da espinal medula, infecção do trato subcutâneo do cateter, infecção do túnel subcutâneo, lacerações/quebras, massa inflamatória na ponta do cateter implantado que pode resultar numa disfunção neurológica grave. O risco de ocorrência de massa inflamatória parece ser cumulativo ao longo do tempo e aumenta com concentrações e doses mais elevadas de opiáceos.<sup>11</sup>

Segundo as Diretrizes de Prática Clínica desenvolvidas de acordo com os procedimentos operacionais padrão da Sociedade Europeia de Oncologia Médica – ESMO, o tratamento da dor oncológica em pacientes adultos considera que a administração de medicamentos ou a administração epidural de opioides pode ser útil em pacientes com:<sup>7</sup> <http://www.esmo.org/Guidelines/ESMO-Guidelines-Methodology>

- **(I)** alívio inadequado da dor apesar de doses crescentes de opioides sistêmicos e analgesia adjuvante apropriada;
- **(II)** resposta ineficaz à mudança de opioide ou via de administração, bem como quando os efeitos colaterais aumentam devido ao aumento da dose; e
- **(III)** a expectativa de vida > 6 meses justifica o uso de uma bomba implantável, mas somente após um teste usando um cateter peridural ou espinhal temporário ou uma dose em bolus de anestésico local e opioide.

A dor crônica no paciente oncológico é um grande desafio ao manejo terapêutico. Diversas são as linhas de tratamento especializado, perfazendo abordagens farmacológicas e não farmacológicas. A via oral de administração de analgésicos deve ser defendida como primeira escolha. A intensidade da dor e os resultados do tratamento devem ser avaliados regular e consistentemente usando uma escala de avaliação da dor, tais como exemplo: (escala visual analógica) VAS, (escala visual numérica) NRS, (escala de avaliação verbal) VRS, LANNS entre outras validadas para o Brasil.

No tratamento da dor crônica as expectativas dos doentes e dos profissionais devem ser submetidas à luz dos conhecimentos atuais. A meta de dor zero deve ser reconhecida por todos como irrealista. O controle da dor crônica não é alcançado com uma única ou específica abordagem. Um bom resultado é fruto de intervenção conjunta multidisciplinar e multimodal.

O sucesso contínuo do tratamento da dor crônica requer reavaliação regular e programada da resposta para o alívio da dor e dos efeitos colaterais dos medicamentos utilizados. Há uma variação considerável nas respostas individuais dos pacientes à analgesia, tanto em termos de eficácia quanto de efeitos colaterais.

Os pacientes devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia e com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, estadiar, tratar e acompanhar os pacientes. Além da familiaridade que tais hospitais guardam com o estadiamento, tratamento e controle de eventos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

No **caso concreto** apesar de ter sido indicado / requerido procedimento previsto no SUS, não foram identificados elementos técnicos que indiquem que a paciente tenha recebido manejo multidisciplinar e multimodal da dor crônica, e que tenha apresentado refratariedade. Não é possível afirmar imprescindibilidade de uso específico da via parenteral para infusão contínua de morfina através do sistema de infusão intratecal, em substituição às alternativas de terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas disponíveis na rede pública para o tratamento da dor crônica, incluindo o quadro de dor associada ao mieloma múltiplo.

Observa-se que a prescrição foi feita por um médico assistente, o qual se propõe a realizar o procedimento sob o pagamento do orçamento particular apresentado com data de validade de 21/07/2023. É recomendável que o manejo e a indicação sejam decisão de avaliação conjunta de equipe multidisciplinar. Além de ser mais assertiva, a decisão / indicação

multidisciplinar conjunta evita possível conflito de interesses do prescritor / executor do procedimento indicado / requerido.

A dor oncológica é habitualmente avaliada como parte integral do tratamento oncológico. A paciente tem indicação de manejo / intervenção conjunta multidisciplinar e multimodal para o tratamento da dor. O acompanhamento multidisciplinar e a avaliação da intensidade da dor e dos resultados do tratamento, devem ser feitos regular e consistentemente, utilizando uma ferramenta de avaliação validada, para se obter um tratamento eficaz e individualizado.<sup>6</sup>

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

1) Mieloma Múltiplo. Portaria Conjunta SAES/SECTICS/MS N° 27, de 05 de dezembro de 2023.

[https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/DDTResumidoMielomaMltiplo.pdf)

[br/midias/protocolos/resumidos/DDTResumidoMielomaMltiplo.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/DDTResumidoMielomaMltiplo.pdf)

2) Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Mieloma Múltiplo. Relatório de Recomendação da CONITEC. Ministério da Saúde. Brasília/DF. Maio de 2022.

[https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220526_ddt_mieloma_multiplo_cp.pdf)

[br/midias/consultas/relatorios/2022/20220526\\_ddt\\_mieloma\\_multiplo\\_cp.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220526_ddt_mieloma_multiplo_cp.pdf)

3) Recomendações do Grupo Português do Mieloma Múltiplo para Tratamento do Mieloma Múltiplo. Acta Médica Portuguesa.2023.

<https://doi.org/10.20344/amp.19037>

4) Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas da Dor. Portaria N° 1083, de 02 de outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica.

[https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2021/dor-cronica-](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2021/dor-cronica-retificado-em-06-11-2015.pdf)  
[retificado-em-06-11-2015.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2021/dor-cronica-retificado-em-06-11-2015.pdf)

5) Relatório de Recomendação. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. CONITEC. Outubro/2022.

[https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20221101_pcdt_dor_cronica_cp74.pdf)

[br/midias/consultas/relatorios/2022/20221101\\_pcdt\\_dor\\_cronica\\_cp74.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20221101_pcdt_dor_cronica_cp74.pdf)

6) Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology* 29 (Supplement 4): iv166–iv191, 2018 doi:10.1093/annonc/mdy152. Published online 24 July 2018.

[https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)31698-9/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)31698-9/fulltext)

7) O que é a dor oncológica. Guia do Paciente. Série de Guias do paciente ESMO Baseado no Guia de Prática Clínica da Sociedade Europeia de Oncologia Médica - ESMO.

<https://www.esmo.org/content/download/812743/19126140/1/PT-Dor-Oncologica-Guia-para-o-Doente.pdf>

8) Tratamento da dor oncológica: uma revisão sobre desafios, necessidades e tendências para o futuro. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 6982-6995, mar./apr., 2023. DOI:10.34119/bjhrv6n2-201.

9) Dor Crônica Oncológica: Avaliação e Manejo. *ACTA Médica Vol.* 39, N. 2 (2018). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/11/988098/493070.pdf>

10) Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*. Vol. 10, nº 38, outubro / novembro / dezembro 2014.

<https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/38/artigo2.pdf>

11) Parecer COREN-SP Nº 013/2021. Ementa: Competência do enfermeiro para administrar medicamentos via intratecal e trocar o refil da bomba intratecal para infusão de morfina na assistência domiciliar.

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/Parecer-13-21.pdf>

12) Mieloma múltiplo: diagnóstico e tratamento. Faculdade de Ciências Médicas José do Rosário Velano - UNIFENAS/BH Artigo de Revisão. *Revista Médica de Minas Gerais*. Volume 19.1.

<https://rmmg.org/artigo/detalhes/490>

13) II Consenso Nacional de Dor Oncológica. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. 1ª Edição. 2010. São Paulo.

[https://www.assaeam.com.br/wa\\_files/livro\\_2consenso\\_nac\\_dor\\_oncologica.pdf](https://www.assaeam.com.br/wa_files/livro_2consenso_nac_dor_oncologica.pdf)

14) Qualidade de Vida Relacionada à saúde de Pacientes com Mieloma Múltiplo:

Validade e Confiabilidade do Módulo EORTC QLQ-MY20 para o Brasil e a Influência dos Esquemas Terapêuticos. Malta. Jéssica Soares. Dissertação de mestrado. Faculdade de Farmácia. UFMG. 2020.

[https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/35039/1/Dissertacao\\_JM\\_Vposdefesa\\_Final.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/35039/1/Dissertacao_JM_Vposdefesa_Final.pdf)

15) Dor no Mieloma Múltiplo. International Myeloma Foundation Latin America.

[https://myeloma.org.br/dor-do-mieloma-](https://myeloma.org.br/dor-do-mieloma-multiplo/#:~:text=Medicamentos%20para%20a%C3%ADvio%20da%20dor,Advil%C2%AE%20e%20Motrin%C2%AE).)

[multiplo/#:~:text=Medicamentos%20para%20a%C3%ADvio%20da%20dor,Advil%C2%AE%20e%20Motrin%C2%AE\).](https://myeloma.org.br/dor-do-mieloma-multiplo/#:~:text=Medicamentos%20para%20a%C3%ADvio%20da%20dor,Advil%C2%AE%20e%20Motrin%C2%AE).)

16) Mieloma Múltiplo – Parte 1. AMB

[https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/12/MIELOMA-M%C3%9ALTIPLO-](https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/12/MIELOMA-M%C3%9ALTIPLO-TRATAMENTO-PARTE-I-FINAL-08.12.2021.pdf)

[TRATAMENTO-PARTE-I-FINAL-08.12.2021.pdf](https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/12/MIELOMA-M%C3%9ALTIPLO-TRATAMENTO-PARTE-I-FINAL-08.12.2021.pdf)

17) Mieloma Múltiplo. Albert Einstein.

<https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/mieloma.pdf>

18) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica nos Centros de Referência em Dor Crônica do Município de São Paulo. Outubro/2023.

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolo\\_dor\\_v4\\_FINAL.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolo_dor_v4_FINAL.pdf)

19) Protocolos de Tratamentos de Doenças Hematológicas. Mieloma Múltiplo. Hemope, versão 2/2015. Pernambuco - Brasil.

<https://www.hemope.pe.gov.br/pdf/mieloma-m-ltiplo.pdf>

20) Tabela SIGTAP DATASUS.

[http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-](http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0403050057/06/2024)

[unificada/app/sec/procedimento/exibir/0403050057/06/2024](http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0403050057/06/2024)

[http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-](http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0702010022/06/2024)

[unificada/app/sec/procedimento/exibir/0702010022/06/2024](http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0702010022/06/2024)

21) Portaria Nº 895, de 26 de julho de 2019. Atualiza, por exclusão, inclusão e alteração, procedimentos do sistema nervoso central e periférico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2019/prt0895\\_02\\_08\\_2019.htm](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2019/prt0895_02_08_2019.htm)

I

22) Implante Intra-tecal de Bombas para Infusão de Fármacos. ANS.

[https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp59/dut/cp\\_59\\_44.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp59/dut/cp_59_44.pdf)

23) Gerenciamento da Dor. Guia do Episódio de Cuidado.

<https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/gerenciamento-da-dor.pdf>

24) Escala de Dor LANNS (Adaptada ao Português do Brasil por Schestatsky et al., 2011).

<http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/Escala-de-dor-LANNS-E-EVA.pdf>

25) Escala Visual Analógica – EVA.

<https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Exame-Escala-Visual-Anal%C3%B3gica-EVA.pdf>

26) Índice de Analgesia/Nocicepção: avaliação da dor aguda pós-operatória. Rev. Bras. Anestesiologia.2019;69(4):396-402.

<http://www.rba.periodikos.com.br/article/10.1016/j.bjane.2019.03.002/pdf/rba-69-4-396-trans1.pdf>

27) Cuidados Paliativos Oncológicos. Controle da Dor. INCA. Ministério da Saúde. 2001.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_dor.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_dor.pdf)

**V – DATA:** 24/06/2024

NATJUS – TJMG