

NOTA TÉCNICA 7961**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO**

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

COMARCA: Boa Esperança

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 89 anos

PEDIDO DA AÇÃO: - extrato de cannabis sativa fullspectrum orgânico
6000mg extrato de cannabis sativa fullspectrum 01:10 3300mg

DOENÇA(S) INFORMADA(S): Dor crônica

FINALIDADE / INDICAÇÃO:

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRM :37432

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0007961

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

A necessidade do medicamento?

R: De acordo com a literatura não. A evidência atual sugere que CBD isolado em doses convencionais (<300 mg/dia) não é eficaz para dor crônica. Doses muito altas (800 mg/dia) podem produzir redução estatisticamente significativa, mas clinicamente marginal, da dor neuropática. Produtos combinados com proporção equilibrada de THC:CBD demonstram pequeno benefício, mas com aumento de efeitos adversos.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

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 nociplásica e centralizada – Para pacientes com dor nociplásica 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, carisoprodo) 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:



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

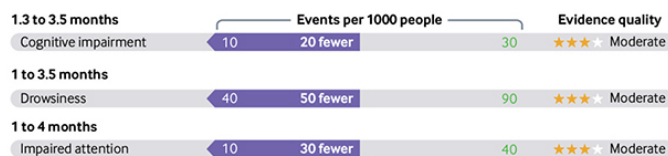
Strong

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

Evidence profile potential benefits



Evidence profile potential short term harms



Values and preferences

The weak recommendation reflects a high value placed on small to very small improvements in self reported pain intensity, physical functioning, and sleep quality, and willingness to accept a small to modest risk of mostly self limited and transient harms



See an interactive version of this graphic online

<https://bit.ly/BMJrrCANN>

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/>

Medicações da SES-

Doença	CID-10	Medicamento	Apresentação	Grupo/Procedimento APAC
Dor Crônica	R52.1, R52.2	CODEÍNA 30 mg	COMPRIMIDO	GRUPO 2 - 06.04.05.003-8
		CODEÍNA 60 mg	COMPRIMIDO	GRUPO 2 - 06.04.05.004-6
		CODEÍNA 3 mg/mL	SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 120 mL	GRUPO 2 - 06.04.05.001-1
		GABAPENTINA 300 mg	CÁPSULA	GRUPO 2 - 06.04.50.001-7
		GABAPENTINA 400 mg	CÁPSULA	GRUPO 2 - 06.04.50.002-5
		METADONA 5 mg	COMPRIMIDO	GRUPO 2 - 06.04.41.001-8
		METADONA 10 mg	COMPRIMIDO	GRUPO 2 - 06.04.41.002-6
		METADONA 10 mg/mL	INJETÁVEL – AMPOLA 1 mL	GRUPO 2 - 06.04.41.003-4
		MORFINA 10 mg/mL	INJETÁVEL - AMPOLA 1 mL	GRUPO 2 - 06.04.05.005-4
		MORFINA 10 mg/mL	SOLUÇÃO ORAL - FRASCO 60 mL	GRUPO 2 - 06.04.05.006-2
		MORFINA 10 mg	COMPRIMIDO	GRUPO 2 - 06.04.05.007-0
		MORFINA 30 mg	COMPRIMIDO	GRUPO 2 - 06.04.05.008-9
		MORFINA LC 30 mg	CÁPSULA	GRUPO 2 - 06.04.05.009-7
		MORFINA LC 60 mg	CÁPSULA	GRUPO 2 - 06.04.05.010-0
		MORFINA LC 100 mg	CÁPSULA	GRUPO 2 - 06.04.05.011-9

IV CONCLUSÕES

- ✓ 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
- ✓ Existe PCDT no SUS para tratamento de dor crônica
- ✓ A evidência atual sugere que CBD isolado em doses convencionais (<300 mg/dia) não é eficaz para dor crônica. Doses muito altas (800 mg/dia) podem produzir redução estatisticamente significativa, mas clinicamente marginal, da dor neuropática. Produtos combinados com proporção equilibrada de THC:CBD demonstram pequeno benefício, mas com aumento de efeitos adversos.

V – REFERÊNCIAS:

- ✓ Romero-Sandoval EA, Fincham JE, Kolano AL, Sharpe BN, Alvarado-Vázquez PA. Cannabis for Chronic Pain: Challenges and Considerations. Pharmacotherapy. 2018 Jun;38(6):651-662. doi: 10.1002/phar.2115. Epub 2018 May 16. PMID: 29637590.

- ✓ Zuardi AW, Shirakawa I, Finkelfarb E, Karniol IG. Action of cannabidiol on the anxiety and other effects produced by delta 9-THC in normal subjects. Psychopharmacology (Berl). 1982;76(3):245-50. doi: 10.1007/BF00432554. PMID: 6285406.
- ✓ <http://repositorio.ufersa.edu.br/handle/prefix/3468>
- ✓ Understanding Marijuana, a New Look at the Scientific Evidence
Published by Oxford University Press 2002/SBN 0-19-518295-2
- ✓ Cannabidiol enhances anandamide signaling and alleviates psychotic symptoms of schizophrenia F M Leweke,1,2,* D Piomelli,3,4,* F Pahlisch,1,3 D Muhl,2,3 C W Gerth,2 C Hoyer,1,2 J Klosterkötter,2 M Hellmich,5 and D Koethe1,2. 2012 Mar; 2(3): e94. Published online 2012 Mar Transl Psychiatry 20. doi: 10.1038/tp.2012.15.
- ✓ **Cannabis or Cannabinoids for the Management of Chronic Noncancer Pain: Best Practice Advice From the American College of Physicians.**
- ✓  Annals of Internal Medicine. 2025. Kansagara D, Hill KP, Yost J, et al. **Guideline**
- ✓ **Cannabis-Based Medicines for Chronic Neuropathic Pain in Adults.**
- 🌐 The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2026. Ateş G, Welsch P, Klose P, et al. **RecentSR**
- ✓ **Cannabis-Based Products for Chronic Pain : An Updated Systematic Review.**
-  Annals of Internal Medicine. 2025. Chou R, Fu R, Ahmed AY, Morasco BJ. **RecentReview**
- ✓ **High-Dose Cannabidiol for Chronic Neuropathic Pain Associated With Spinal Cord Injury: A Randomised Clinical Trial.**

EClinicalMedicine. 2026. Robertson RV, Suraev A, McCartney D, et al.**RecentRCT**

✓ **Adverse Effects of Cannabidiol: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials.**

Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology. 2020. Chesney E, Oliver D, Green A, et al.**SR**

✓ **ASRA Pain Medicine Consensus Guidelines on the Management of the Perioperative Patient on Cannabis and Cannabinoids.**

Regional Anesthesia and Pain Medicine. 2023. Shah S, Schwenk ES, Sondekoppam RV, et al.**Guideline**

✓ **FDA Orange Book.**

 FDA Orange Book. 2026.

- ✓ **Pedrazzi, João Francisco Cordeiro. Mecanismos envolvidos no perfil antipsicótico do canabidiol [thesis]. Ribeirão Preto: , Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2018 [cited 2020-10-14]. doi:10.11606/T.17.2019.tde-30042019-163956.**

- ✓ Pharmacologic management of chronic non-cancer pain in adults
Literature review current through:Feb 2023.This topic last updated:Feb 23, 2023.

VI – DATA: 02/07/2026

NATJUS TJMG