

**NOTA TÉCNICA 8552/10157****IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO**

**CÂMARA/VARA:** 2ª Vara Empresarial, de Fazenda Pública e Registros Públicos

**COMARCA:** Contagem

**I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:**

**IDADE:** 47 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Venlafaxina (150mg e 75mg), Mirtazapina (30mg), Oxcarbazepina (300mg) e Pregabalina (150mg)

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** Dor crônica intratável

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:**

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRM :33523

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2025.0008552/10157

**II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

li) o cumprimento, pela Conitec, dos prazos e critérios estabelecidos nos arts. 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 7.646/2011, no que tange à decisão de não incorporação do medicamento em questão ao rol do SUS;

ii) a inexistência de possibilidade de substituição do medicamento requerido por outro já incorporado às listas oficiais do SUS ou contemplado pelos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas vigentes;

iii) a comprovação, com base na medicina fundada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento pleiteado, respaldada, obrigatoriamente, por evidências científicas de elevado grau de confiabilidade, tais como ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas ou meta-análises; e

iv) a demonstração da imprescindibilidade clínica do tratamento, por meio de laudo médico fundamentado, que deverá especificar, inclusive, os tratamentos já realizados pela parte autora.

### **III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**

#### **Relatório Médico**

equipe no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) desde 31 de agosto de 2022, devido a queixas álgicas intensas em região de articulação temporomandibular bilateral e limitação de movimentos mandibulares, apresentando histórico de trauma por atropelamento na data de 21/02/2020, com início dos sintomas após o ocorrido.

Na data de 21/02/2020, após o incidente, a paciente foi socorrida pela equipe de SAMU e encaminhada para o Pronto Atendimento no Hospital Municipal de Contagem- Contagem, MG, sendo transferida para o Hospital João XXIII, em Belo Horizonte, MG. Ao exame admissional, realizado pelo profissional assistente da referida instituição, a paciente apresentou politrauma em face, com fratura de maxila, fratura de parasínfise direita e fratura condilar bilateral, associado a blefarohematoma, perfusão nasal alterada, distopia oclusal e trismo moderado. O tratamento proposto, pelo profissional assistente na referida data se baseou em fixação incruenta da fratura, a partir de Barra de Erich (conforme relatório enviado pela paciente relacionado às internações hospitalares e cirurgias prévias). Sem mais intervenções no Hospital João XXIII, a paciente foi transferida para o Hospital São Francisco, em Belo Horizonte, MG, para planejamento eletivo do tratamento das fraturas mandibulares e maxilares. Após redução do edema facial, a paciente foi submetida no dia 02/03/2020 a procedimento de osteossíntese de fratura de maxila Le Fort I, osteossíntese de fratura de mandíbula em parassínfise e côndilo direito e redução incruenta da fratura de côndilo esquerdo, pelo profissional assistente da referida instituição. Após um dia de pós-operatório, a paciente recebeu alta hospitalar.

Em acompanhamento odontológico de rotina na atenção primária, com queixas álgicas intensas em face, foi solicitada à paciente exame de radiografia panorâmica, a qual evidenciou fratura do material de osteossíntese em região de côndilo mandibular direito. Após insucesso no retorno de tratamento no Hospital de origem, a paciente foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HC-UFMG, via Central de Marcação de Consultas, para continuidade de tratamento.

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

## 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 recaptção 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 recaptção 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.



DOR CRÔNICA SES-

## Medicações solicitas

Venlafaxina

O medicamento cloridrato de venlafaxina está indicado para

✓ Tratamento da depressão, incluindo depressão com ansiedade associada;

Nota Técnica nº 8552/2025 NATJUS – TJMG

- ✓ Prevenção de recaída e recorrência da depressão;
- ✓ Tratamento de ansiedade ou transtorno de ansiedade generalizada (TAG), incluindo tratamento em longo prazo;
- ✓ Tratamento do transtorno de ansiedade social (TAS), também conhecido como fobia social;
- ✓ Tratamento do transtorno do pânico, com ou sem agorafobia, conforme definido no DSM-IV.

O medicamento cloridrato de venlafaxina não pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (2024), que contempla os medicamentos e insumos disponíveis no SUS. Também não se encontra na lista de medicamentos padronizados do Ministério da Saúde, não existindo nenhum protocolo específico para sua liberação pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Os seguintes medicamentos estão disponíveis no âmbito do SUS pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)

- ✓ Amitriptilina
- ✓ Carbonato de lítio
- ✓ Clomipramina
- ✓ Fluoxetina
- ✓ Nortriptilina

### Mirtazapina

O medicamento **mirtazapina** está indicado para o tratamento de episódios de depressão maior

O medicamento mirtazapina não pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (2024), que contempla os medicamentos e insumos disponíveis no SUS. Também não se encontra na lista de medicamentos padronizados do Ministério da Saúde, não

Nota Técnica nº 8552/2025 NATJUS – TJMG

existindo nenhum protocolo específico para sua liberação pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Os seguintes medicamentos (estão disponíveis no âmbito do SUS pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF))

- ✓ Amitriptilina
- ✓ Carbonato de lítio
- ✓ Clomipramina
- ✓ Fluoxetina
- ✓ Nortriptilina

Oxcarbazepina

**Oxcarbazepina, está indicada no tratamento da epilepsia e do transtorno bipolar. Para epilepsia, é usado em pessoas que apresentam crises focais e/ou generalizadas**

. A atividade farmacológica de oxcarbazepina é primariamente manifestada através do metabólito MHD (mono-hidroxi derivado) da oxcarbazepina. Acredita-se que o mecanismo de ação da oxcarbazepina e MHD seja baseado principalmente no bloqueio de canais de sódio voltagem-dependentes, resultando então na estabilização de membranas neurais hiperexcitadas, inibição da descarga neuronal repetitiva e diminuição da propagação de impulsos sinápticos. Adicionalmente, aumento na condutância de potássio e modulação de canais de cálcio voltagem dependentes ativados podem também contribuir para os efeitos anticonvulsivantes. Não foram encontradas interações significantes com neurotransmissores cerebrais ou sítios receptores moduladores.<sup>2</sup> Sua forma de apresentação é em comprimido de 300mg e 600mg, e suspensão oral de 60mg/mL.

Estudos realizados pela ANVISA relatam que Segundo um Consenso de Especialistas Brasileiros de 2003, a carbamazepina\* e a oxcarbazepina

foram consideradas drogas de primeira linha para todos os tipos de crises em pacientes com epilepsia focal sintomática. Segundo o Guia Britânico de 2004 para tratamento de epilepsia, as novas drogas antiepilépticas, dentre elas gabapentina\*, lamotrigina\* e oxcarbazepina, são recomendadas para tratamento da epilepsia em pessoas que não se beneficiaram do tratamento com as drogas antigas, como carbamazepina ou valproato de sódio, ou nos seguintes casos: interação medicamentosa (como contraceptivos orais), intolerância às drogas e no caso de mulheres em idade fértil. Em pacientes que não responderam ao tratamento medicamentoso, a intervenção cirúrgica pode ser indicada. Embora a maioria das pessoas tenha epilepsia autolimitada e/ou bom controle com drogas antiepilépticas, 20-30% delas continuam a ter crises, grande parte com epilepsia focal. 6 Estudo clínico randomizado comparou carbamazepina\* versus gabapentina\* ou lamotrigina\* ou oxcarbazepina ou topiramato\*. Segundo esse estudo, a carbamazepina\* e oxcarbazepina possuem eficácia intermediária em relação à lamotrigina\* (que apresentou os melhores resultados) e às demais opções estudadas. **O uso de carbamazepina foi mais associado à falha ao tratamento devido à ocorrência de eventos adversos, enquanto a oxcarbazepina apresentou melhor perfil de tolerabilidade. Entretanto, o uso de oxcarbazepina foi associado a um menor controle das crises epiléticas em relação ao uso da carbamazepina. Dados desse estudo sugerem similaridade entre as duas drogas, sem diferenças consistentes entre elas. Em relação aos desfechos secundários, também** não houve diferenças significativas entre a oxcarbazepina e carbamazepina\*<sup>2</sup>. Uma revisão sistemática da Cochrane foi realizada com o objetivo de comparar a eficácia e a tolerabilidade da carbamazepina\* em relação à oxcarbazepina, em monoterapia, para tratamento de crises epiléticas parciais. À época dessa revisão acreditava-se que a oxcarbazepina causava menos efeitos adversos e menos reações alérgicas que a carbamazepina. Foram selecionados estudos que comparavam a os fármacos em questão, em monoterapia. Segundo a revisão, a carbamazepina\* e oxcarbazepina têm eficácia e tolerabilidade similares em

pacientes com crises epiléticas parciais e as evidências disponíveis não sugerem a superioridade de uma comparada à outra.<sup>2</sup> De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença Epilepsia, regulamentado por meio da Portaria nº 1.319, de 25 de novembro de 2013, cabe transcrever<sup>7</sup> : “Numa revisão sistemática incluindo apenas dois ECR que compararam a oxcarbazepina com a fenitoína, foram estudados 480 pacientes com crises parciais ou convulsões TCG. Os resultados foram controversos: quando utilizados os desfechos “tempo para suspensão do tratamento e tempo para incidência de uma primeira crise”, houve vantagem para a oxcarbazepina. Porém, com o desfecho “remissão de crises, de 6 a 12 meses”, não houve diferença entre os medicamentos. Em atualização recente, concluiu-se que não é possível avaliar se a oxcarbazepina é mais eficaz em termos de controles de crises, dada a heterogeneidade dos dados e problemas metodológicos dos estudos originais. É evidente a carência de estudos que comparem as oxcarbazepina e carbamazepina, este último fármaco normalmente considerado de primeira linha para crises parciais. A igualdade de eficácia foi demonstrada no tratamento de epilepsias focais refratárias em revisão sistemática conduzida por Castillo e colaboradores, que avaliou dois ECR, incluindo 961 pacientes, e encontrou uma razão de chances (RC) para redução de 50% ou mais na frequência de crises de 2,96 (IC95% 2,20-4,00). Por não haver superioridade em termos de eficácia, a oxcarbazepina não está indicada neste Protocolo.”

Os seguintes medicamentos **estão disponíveis no âmbito do SUS pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

### **EPILEPSIA**

- ✓ Canabidiol (CEAF)
- ✓ Carbamazepina (CBAF)
- ✓ Clobazam (CEAF)
- ✓ Clonazepam (CBAF)

- ✓ Etossuximida (CEAF)
- ✓ Fenitoína (CBAF)
- ✓ Fenobarbital (CBAF)
- ✓ Gabapentina (CEAF)
- ✓ Lamotrigina (CEAF)
- ✓ Levetiracetam (CEAF)
- ✓ Primidona (CEAF)
- ✓ Topiramato (CEAF)
- ✓ Valproato de sódio (CBAF)
- ✓ Vigabatrina (CEAF)

**Importante:** As alternativas terapêuticas mencionadas consideram as indicações clínicas previstas na bula do medicamento, e têm como propósito nortear os usuários da plataforma InfoSUS quanto às opções terapêuticas disponíveis no SUS. Além dos medicamentos citados acima, deverá ser consultada a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de cada município, pois conforme o Art. 27, §1º, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

#### Pregabalina

O medicamento pregablina está indicada

- ✓ no tratamento da dor neuropática em adultos (com 18 anos ou mais) - dor causada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, como ocorre, por exemplo, na neuropatia diabética, neuropatia pós-herpética e na lesão medular em adultos;
- ✓ Tratamento da epilepsia, como terapia adjunta das crises parciais, com ou sem generalização secundária;
- ✓ Tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) em adultos;

- ✓ Controle de fibromialgia.

O medicamento **pregabalina não pertence** ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (2024), que contempla os medicamentos e insumos disponíveis no SUS. Também não se encontra na lista de medicamentos padronizados do Ministério da Saúde, não existindo nenhum protocolo específico para sua liberação pelas Secretarias Estaduais de Saúde

Os seguintes medicamentos estão **disponíveis no âmbito do SUS pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

### **EPILEPSIA**

- ✓ Ácido Valpróico (CBAF)
- ✓ Canabidiol (CEAF)
- ✓ Carbamazepina (CBAF)
- ✓ Clobazam (CEAF)
- ✓ Clonazepam (CBAF)
- ✓ Etossuximida (CEAF)
- ✓ Fenitoína sódica (CBAF)
- ✓ Fenobarbital (CBAF)
- ✓ Gabapentina (CEAF)
- ✓ Lamotrigina (CEAF)
- ✓ Levetiracetam (CEAF)
- ✓ Primidona (CEAF)
- ✓ Topiramato (CEAF)
- ✓ Valproato de Sódio (CBAF)
- ✓ Vigabatrina (CEAF)
- ✓

### **DOR CRÔNICA**

- ✓ Ácido acetilsalicílico (CBAF)

- ✓ Amitriptilina (CBAF)
- ✓ Carbamazepina (CBAF)
- ✓ Clomipramina (CBAF)
- ✓ Codeína (CEAF)
- ✓ Dipirona sódica (CBAF)
- ✓ Fenitoína sódica (CBAF)
- ✓ Gabapentina (CEAF)
- ✓ Ibuprofeno (CBAF)
- ✓ Metadona (CEAF)
- ✓ Morfina (CEAF)
- ✓ Naproxeno (CEAF)
- ✓ Nortriptilina (CBAF)
- ✓ Paracetamol (CBAF)
- ✓ Valproato de sódio (CBAF)
- ✓

#### **TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**

- ✓ Clonazepam (CBAF)
- ✓ Clomipramina (CBAF)
- ✓ Diazepam (CBAF)
- ✓ Fluoxetina (CBAF)
- ✓

**Observação:** *Em relação a indicação do medicamento pregabalina para fibromialgia, até o momento, não constam medicamentos na RENAME com essa indicação prevista em bula.*

**Importante:** As alternativas terapêuticas mencionadas consideram as indicações clínicas previstas na bula do medicamento, e têm como propósito nortear os usuários da plataforma InfoSUS quanto às opções terapêuticas disponíveis no SUS. Além dos medicamentos citados acima, deverá ser

consultada a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de cada município, pois conforme o Art. 27, §1º, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC por meio do Relatório de Recomendação nº 648, aprovado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria SCTIE/MS nº 51, de 02 de agosto de 2021, tornou pública a decisão de **não incorporar a pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. *A deliberação considerou o fato das tecnologias avaliadas apresentarem eficácia e perfil de segurança semelhantes aos tratamentos já disponibilizados no SUS, a qualidade muito baixa da evidência, além de resultarem em maior impacto orçamentário quando comparada à gabapentina.*

#### **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 pregabalina não está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia. A decisão foi publicada em agosto de 2021, por meio da Portaria SCTIE/MS nº 51.

- ✓ As medicações solicitadas estão bem indicadas e indisponíveis no SUS. No SUS existem alternativas com eficácia comprovada.
- ✓ Não existem evidências suficientes na literatura para indicar uso das medicações solicitadas em detrimento das medicações disponíveis no SUS.
- ✓ O critério do juízo deve ser realizada perícia médica para comprovar a imprescindibilidade das medicações solicitadas no caso concreto.

## **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 / ISBN 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 Koethe 1,2. 2012 Mar; 2(3): e94. Published online 2012 Mar *Transl Psychiatry* 20. doi: 10.1038/tp.2012.15

- ✓ 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.
- ✓ Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)
- ✓ Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

**VI – DATA:** 17/06/2026

NATJUS TJMG