



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

### NOTA TÉCNICA

#### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juiz de Direito Dr. Alan Raschke Jardim

**PROCESSO Nº.:** 50005991320208130486

**SECRETARIA:** Vara Única

**COMARCA:** Peçanha

#### **I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:**

**REQUERENTE:** M. L. R. C. S. G.

**IDADE:** 35 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Medicamento Baclofeno (10 mg); Pregabalina(150 mg) e Duloxetina (60 mg)

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10 - R52.1 e G50.1

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Para as doenças acima indicada

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 17.885

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2020.0001954

#### **II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

A fim de subsidiar, do ponto de vista técnico, o processamento e julgamento da demanda, SOLICITO ao Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) parecer acerca do(s) insumo(s) em uso pela parte autora quanto ao fornecimento e substituíbilidade, no prazo de cinco dias, conforme documentos médicos que seguem anexo.

#### **III - CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO:**

Conforme a documentação apresentada datados de 21/05/2020, trata-se de MLRCSG, **35 anos, com neuralgia do trigêmeo refratária ao tratamento medicamentoso. Submetido a vários tratamentos: descompressão neurovascular, microcompressão do Gânglio de Gasser por balão, rizotomia seletiva do trigêmeo por radiofrequência em duas ocasiões e diversos bloqueios de nervos periféricos. Tem dor**



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

paroxística em choque em topografia de V3, contínua em V1 e V2 tipo queimação e dor em região de cicatriz retromastoidea direita. Ao exame há alodinia mecânica e hipersensibilidade ao frio no território de V1, V2 e V3, hiperpatia em V2 e V3. EVA médio 8/10 e DN4 8/10. Apresenta quadro algico de difícil controle a despeito do uso de vários esquemas de drogas neuromodulatórias. Não tolerou o uso de oxcarbazepina e carbamazepina Atualmente em uso de Duloxetina 60mg 2 cp manhã, pregabalina 150mg 2 cp manhã e 3 cp noite e baclofeno 10 mg 3x/dia, mantendo dor persistente, contínua e incapacitante. Em janeiro/2020 submetido a estimulação magnética transcranial repetitiva (EMTr) com boa resposta, porém temporária como esperado. Realizado implante de eletrodo cortical em 17/04/2020 com melhora parcial da dor. Necessita manter estas medicações por tempo indeterminado, devido o grande comprometimento funcional e refratariedade do quadro clínico.

A dor em situações de normalidade tem um valor fisiológico fundamental para o corpo humano. A neuralgia trigeminal (NT) destaca-se como desordem de extrema sintomatologia dolorosa, sendo considerada a mais debilitante forma de neuralgia facial, cuja a dor é a maior delas. Sua fisiopatologia não está totalmente esclarecida, mas está diretamente relacionada a transmissão de reação a estímulos químicos, térmicos ou mecânicos, por estruturas especializadas do Sistema Nervoso Periférico (SNP), chamadas de nociceptores, ao Sistema Nervoso Central (SNC). O nervo trigêmeo V par craniano, é considerado nervo misto, pois contém fibras sensitivas aferentes e motoras eferentes. Estas fibras sensitivas atuam na excitabilidade proprioceptiva (pressão profunda e cinestesia) assim como na exteroceptiva (tato, dor e temperatura) da face e parte do crânio, innervando, ainda, os músculos responsáveis pela mastigação. Tais fibras sensitivas relacionadas ao



## **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

**estiramento e à propiocepção chegam ao gânglio de Gasser, a partir das três ramificações do nervo trigêmeo: nervo maxilar V2, mandibular V3 e oftálmico V1 que possuem áreas específicas de inervação de cada lado da face. O conhecimento sobre condução nervosa supõe que alterações no ramo sensitivo do trigêmeo tendem a gerar uma redução da velocidade de condução nas fibras mais rápidas, que atuam diretamente no ponto de transmissão térmica e dolorosa da face. O mecanismo mais próximo para explicar a patogênese da neuralgia seria a conjunção dos processos degenerativos do envelhecimento associada à compressão vascular. Agindo durante vários anos, sobre a raiz posterior do nervo trigêmeo, a compressão vascular levaria a zonas de desmielinização, levando a alterações funcionais em nível axonal, criando então curto-circuitos. Estes funcionariam trocando os impulsos originais de tal modo que um estímulo tátil não chegaria ao núcleo bulbo-espinhal e seria interpretado como dor e não como tato, deflagrando a neuralgia trigeminal. Outras causas incluem infecções virais, lesões tumorais, esclerose múltipla, aneurismas e comprometimento alveolar pós-extração dentária.**

**Apresenta-se como uma síndrome grave, com dor paroxística, cujas áreas dolorosas são aquelas da distribuição do nervo trigêmeo. O quadro algíco instala-se abruptamente e desaparece de forma súbita, durando de segundos a alguns minutos. Logo após a crise existe um período refratário, em que estímulos não desencadeiam a dor. Os episódios de dor podem repetir-se rapidamente, produzindo paroxismos prolongados. São desencadeados por estímulos não dolorosos, como falar, beber, lavar a boca, estímulo tátil suavemente à face, brisa fria, fazer a barba, maquiar e escovar os dentes sendo completamente desproporcional ao estímulo. A neuralgia é tipicamente**



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

unilateral, acomete principalmente mulheres de meia idade, caracterizando-se por paroxismos de de calor, manifestações de pontada do tipo choque elétrico ou queimação sendo desencadeadas por estímulos físicos não-álgicos de áreas específicas (zonas de gatilho), que estão localizadas ipsilateralmente à dor, apresentando características de adição temporal e espacial, não acompanhada de disfunção. A sensação é descrita como superficial e nunca referida como profunda, o que caracteriza as zonas alógenas. A ativação pelos músculos da mastigação e faciais durante a fala, a deglutição e o bochecho também podem iniciar um episódio doloroso. Os ataques estimulam frequentemente respostas, como salivação, ruborização da face, lacrimejamento, ou mesmo, rinorreia. O indivíduo apresenta clínica de prostração, frequentemente imobilizando sua face com as mãos entre os ataques, cessando a conversação, para prevenir qualquer mobilidade na esperança de evitar novos episódios. **As divisões maxilar e mandibular do nervo trigêmeo são as mais afetadas, predominando na divisão maxilar da hemiface direita.** Um único ramo de nervo pode ser afetado, sem envolver outros ramos, toda a divisão, ou outras divisões do nervo.

O diagnóstico é clínico, com base na **sintomatologia reportada pelo paciente, como paroxismos típicos, períodos refratários e zonas-de-gatilho.** A exclusão de condições dolorosas constitui-se como ferramenta fundamental no diagnóstico da neuralgia. As dores e o desencadeamento ocorrem na área do nervo afetado, tão precisamente que o bloqueio analgésico da zona-de-gatilho detém rapidamente a dor e o desencadamento, sendo este efeito, portanto, de diagnóstico. Tal manobra deve ser complementada por uma anamnese criteriosa a respeito da evolução dos sintomas e para se conhecer quais os estímulos exatos e os locais que deflagram a dor.



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

**A neuralgia do trigêmeo encontra no tratamento clínico não invasivo uma boa resposta na maioria dos casos. A terapia farmacológica baseia-se principalmente no uso das fenitoínas e da carbamazepina (CBZ) de uso freqüente no tratamento de uma variedade de dores neuropáticas. Estes antiepiléticos parecem atuar impedindo a condução de impulsos nervosos aferentes, bloqueando a deflagração do quadro doloroso ou deprimindo a transmissão sináptica ao nível do núcleo sensitivo do núcleo sensitivo do trigêmeo. No que diz respeito à posologia da carbamazepina e da fenitoína, não há um consenso universal; a carbamazepina é inicialmente usada na dose de 100mg, duas vezes ao dia, associada à fenitoína, também prescrita na dose de 100mg, duas vezes ao dia. Outras drogas também podem ser utilizadas tais como: baclofen, propoxifeno, clonazepam, levopromazina associada à carbamazepina, bem como o tartarato de ergoterol, mas nenhuma dessas drogas apresenta eficácia similar quando comparada ao uso da CBZ. O European Academy of Neurology (EAN) guideline on trigeminal neuralgia de 2019 reconhece o uso da carbamazepina e oxycarbazepina como primeira escolha do tratamento da NT de longo termo. Ressalta que a oxycarbazepina a despeito das evidências de baixa qualidade de seus benefícios é recomendada com base na alta confiabilidade advinda de experiências clínicas. Também destaca que a lamotrigina, a gabapentina como a toxina botulínica não apresentam evidências de qualidade e experiência na prática clínica que favoreçam seu uso, assim a sua reomendação é fraca para o tratamento da NT. Outras drogas como baclofeno, pregabalina e fenitoína, a despeito de experiências clínicas descritas de benefício com seu uso, não apresentam evidências que demonstrem benefício na literatura, mas podem ser usadas isoladamente ou em associação a carbamazepina**



## **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

ou **oxicarbazepina**. Os pacientes devem ser instruídos para ajustar as dosagens dos medicamentos de acordo com a severidade da dor e os efeitos colaterais.

**Na vigência da falência do tratamento clínico, ou em crises algícas intensas, devemos questionar a indicação do tratamento cirúrgico.** Nesta modalidade, encontra-se **uma gama considerável de procedimentos**, variando desde procedimentos mais simples como a injeção de álcool nos ramos periféricos do trigêmeo até mais complexos como a a microdescompressão vascular. Assim neurólise do maxilar e do mandibular; neurólise nos forames supra-orbitário, infra-orbitário e conduto dentário inferior; neuroexerese dos ramos terminais; secção na base do crânio dos ramos do trigêmeo; infiltração alcoólica; eletrocoagulação de Kirschner; gasserrectomia; rizotomia retrogasseriana de Spiller-Frazer; rizotomia retrogasseriana adjacente à ponte; tratotomia de Sjoqvist; tratotomia de Kunc; radiocirurgia estereotáxica; termocoagulação do gânglio de Gasser por radiofrequência, são realizadas. **Nos últimos anos, dois procedimentos têm sido mais usados a: eletrocoagulação percutânea diferencial do trigêmeo e a microdescompressão vascular do trigêmeo sendo esta última a indicação de primeira linha para os pacientes com TN clássica e a termocoagulação com radiofrequência do gânglio de Gasser nos pacientes com NT da forma idiopática e nos pacientes com mais de 5 anos de doença, rebeldes ao tratamento clínico.**

O Sistema Único de Saúde (**SUS**) disponibiliza **várias alternativas de tratamentos dentre as modalidades clínica e cirúrgica a depender da instituição.** A cirurgia **tem se mostrado como tratamento mais efetivo a longo prazo, nos casos de neuralgia do trigêmeo.** A radiofrequência e a neurolise podem não estar disponíveis no Sus a depender da instituição. **Segundo diretrizes clínicas do tratamento medicamentoso da dor**



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

crônica podem ser usadas medicações analgésicos e drogas adjuvantes como antidepressivos, anticonvulsivantes e neurolépticos), bloqueios anestésicos. Entretanto os que oferecem melhores resultados são os antidepressivos (tricíclicos e inibidores duais de recaptação da serotonina), os anticonvulsivantes e em alguns casos de dor refratária, os opióides de liberação rápida. Também podem ser usados neurolépticos, anti-inflamatórios e miorelaxantes. Em casos de insucesso, abordagens neurocirúrgicas de neuromodulação ou neuroablação podem ser utilizadas, sempre levando-se em consideração seus efeitos positivos comparados com as consequências das mesmas. Destas drogas **estão disponíveis no SUS conforme o** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica (PCDT) da dor crônica: **analgésicos** (dipirona sódica e **paracetamol**), **anti-inflamatórios** (ibuprofeno, paracetamol, ácido acetilsalicílico, dexametasona, prednisona e fosfato sódico de prednisolona); **antidepressivos tricíclicos** (cloridrato de **amitriptilina**, nortriptilina, clomipramina e fluoxetina); **antiepiléticos habituais** (ácido valpróico, **fenitoina e carbamazepina**); **gabapentina**; **neurolépticos e opióides** (tramadol, codeína, metadona e morfina). **Estudos demonstram que essas drogas podem ser utilizados 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. O PCDT da dor destaca que a base do tratamento da dor neuropática envolve o uso de antidepressivos tricíclicos e antiepiléticos na maioria dos casos. A primeira escolha, portanto, para os casos de dor neuropática, são os medicamentos antidepressivos tricíclicos, não havendo diferença em termos de eficácia entre os representantes do grupo. Se não houver resposta ao tratamento, devem ser associados antiepiléticos tradicionais assim**



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

como associar a gabapentina e morfina, obedecendo à seguinte sequência: 1. Antidepressivos tricíclicos; 2. Antidepressivos tricíclicos + antiepilépticos tradicionais; 3. Antidepressivos tricíclicos + gabapentina; 4. Antidepressivos tricíclicos + gabapentina + morfina. Estas alternativas de terapêutica farmacológica de primeira e segunda linhas para o tratamento da dor neuropática crônica são disponibilizadas por meio dos Componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica. Os medicamentos disponíveis no SUS e descritos na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), representam aqueles 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 de escolha ao se iniciar tratamento médico, podem ser usados 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.

**As drogas prebabalina, duloxetina e baclofeno não fazem parte da RENAME e não estão incluídas no arsenal do SUS como opções terapêuticas para tratamento da dor neuropática, espasticidade e bexiga e intestino neurogênicos.**

A duloxetina, um inibidor da recaptação da serotonina, que age diretamente sobre dois neurotransmissores, a serotonina e a noradrenalina tornando um bom agente de modulação da dor. Os





## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

mecanismos envolvidos na modulação da dor não são completamente esclarecidos, porém, acredita-se que, devido ao aumento dos níveis destes neurotransmissores em determinadas regiões do sistema nervoso central, existe um maior equilíbrio emocional e mudanças na percepção e sensibilidade dos pacientes à dor, permitindo maior tolerância aos estímulos dolorosos e alívio dos sintomas. **A ação da duloxetina é independente dos seus efeitos sobre a depressão. As reações adversas** mais associadas ao uso de duloxetina incluem **náusea, dor de cabeça, boca seca, insônia, prisão de ventre, tonturas, fadiga, sonolência, hiperidrose e diarreia**. Tem indicação segundo ANVISA, dentre outras, no tratamento da depressão e na fibromialgia. Revisões sistemáticas que abordaram eficácia e segurança da duloxetina na redução na intensidade da dor mostram **taxa de resposta ao tratamento ( $\geq 50\%$  na redução da dor), dada pela impressão do paciente em relação à melhora e a ocorrência de eventos adversos, quando comparado ao placebo**. Entretanto estudos comparativos diretos com outros medicamentos não foram conclusivos e favoreceram o uso de antidepressivo tricíclico e gabapentina. Nas agências internacionais e na REBRATS há estudo de custo-utilidade que indicou superioridade dos antidepressivos tricíclicos em relação aos anticonvulsivantes e duloxetina. Em outra publicação é recomendado o uso de amitriptilina, duloxetina, gabapentina e pregabalina para o tratamento da dor neuropática, exceto nos casos de neuralgia trigeminal. Existe fraca recomendação pela CCTAS para o uso da duloxetina somente nos casos de falha terapêutica no uso de medicamentos disponíveis no SUS como os antidepressivos tricíclicos e a gabapentina no tratamento da dor neuropática do diabético. São poucas as comparações com outros medicamentos e nenhum estudo avaliou a duloxetina por um longo período



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

de tempo, o que seria relevante na dor crônica. **Assim são necessárias comparações diretas melhoradas**, com estudos de superioridade da duloxetina com outros antidepressivos e com outras drogas, **como a pregabalina**, que já mostraram ser eficazes na dor neuropática são necessárias. **Por tal razão, não é recomendada no PCDT de dor crônica.**

A pregabalina é um análogo do ácido gama-aminobutírico (GABA), com mecanismo de ação diferente dos benzodiazepínicos que segundo estudos científicos produz efeitos como sonolência, problemas cognitivos e aumento do risco de suicídio não permitindo recomendar seu uso no SUS. Assim não tem seu uso recomendado no Brasil e nem no sistema público de saúde do Canadá, Escócia e Austrália. A gabapentina é comprovadamente eficaz no tratamento da dor neuropática, conforme vários ensaios clínicos randomizados controlados bem conduzidos. Uma meta-análise comparando gabapentina, pregabalina e duloxetina confirmou a eficácia na dor neuropática do primeiro medicamento, embora não tenha havido diferenças entre eles em termos de efeitos adversos. **Assim pode ser usada sem prejuízos como alternativa a pregabalina e duloxetina.**

O Baclofeno é um anti-espasmódico relaxante muscular de ação medular que deprime a transmissão do reflexo neurosinático parassimpático através dos receptores GABA. Indicado, segundo a bula da ANVISA no tratamento de espasticidade dos músculos esqueléticos na esclerose múltipla, de estados espásticos nas mielopatias de origem infecciosa, degenerativa, traumática, neoplásica ou desconhecida. Considerado eficaz na redução da espasticidade e dos espasmos, nos pacientes com lesões medulares devidas à esclerose múltipla ou a outras etiologias, embora não apresente efeito sobre hiper-reflexia, clônus, nem sobre as funções de deambulação e



## **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

**atividades da vida diária. Sua eficácia é semelhante à do diazepam. A despeito de sua utilização ao longo dos anos, segundo estudos a evidência para seu uso ainda é fraca.**

**Conclusão: trata-se de paciente de 35 anos com NT refratária ao tratamento medicamentoso. Submetido a vários tratamentos cirúrgicos: descompressão neurovascular, microcompressão do Gânglio de Gasser por balão, rizotomia seletiva do trigêmeo por radiofrequência em duas ocasiões e diversos bloqueios de nervos periféricos. Tem dor paroxística em choque em topografia de V3, contínua em V1 e V2 tipo queimação e dor em região de cicatriz retromastoidea direita. Ao exame alterações no território de V1, V2 e V3, hiperpatia em V2 e V3. EVA médio 8/10 e DN4 8/10. Apresenta quadro algico de difícil controle a despeito do uso de vários esquemas de drogas neuromodulatórias. Não tolerou o uso de oxcarbazepina e carbamazepina. Atualmente em uso de Duloxetina pregabalina e baclofeno, mantendo dor persistente, contínua e incapacitante. Em janeiro/2020 submetido a EMTr com boa resposta, porém temporária como esperado. Realizado implante de eletrodo cortical em 17/04/2020 com melhora parcial da dor. Necessita manter estas medicações por tempo indeterminado, devido o grande comprometimento funcional e refratariedade do quadro clínico.**

A dor em situações de normalidade tem um valor fisiológico fundamental para o corpo humano. **A NT destaca-se como desordem de extrema sintomatologia dolorosa, sendo considerada a mais debilitante forma de neuralgia facial, cuja a dor é a maior delas. Apresenta-se como uma síndrome grave, com dor paroxística, cujas áreas dolorosas são aquelas da distribuição do nervo trigêmeo. Seu diagnóstico é essencialmente clínico. A neuralgia do trigêmeo encontra no tratamento clínico não invasivo uma boa resposta na maioria dos**



## **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

**casos. A terapia farmacológica baseia-se principalmente no uso das fenitoínas e da carbamazepina (CBZ) de uso freqüente no tratamento de uma variedade de dores neuropáticas. Outras drogas também podem ser utilizadas tais como: baclofeno, propoxifeno, clonazepam, levopromazina associada à carbamazepina, bem como o tartarato de ergoterol, mas nenhuma dessas drogas apresenta eficácia similar quando comparada ao uso da CBZ. O EAN guideline on trigeminal neuralgia de 2019 reconhece o uso da carbamazepina e oxycarbazepina como primeira escolha do tratamento da NT de longo termo. Ressalta que a oxycarbazepina a despeito das evidências de baixa qualidade de seus benefícios é recomendada com base na alta confiabilidade advinda de experiências clínicas. Também destaca que a lamotrigina, a gabapentina como a toxina botulínica não apresentam evidências de qualidade e experiência na prática clínica que favoreçam seu uso, assim a sua reomendação é fraca para o tratamento da NT. Outras drogas como baclofeno, pregabalina e fenitoína, a despeito de experiências clínicas descritas de benefício com seu uso, não apresentam evidências que demonstrem benefício na literatura, mas podem ser usadas isoladamente ou em associação a carbamazepina ou oxycarbazepina. Na vigência da falência do tratamento clínico, ou em crises algícas intensas deve ser questionada a indicação do tratamento cirúrgico. Os procedimentos mais usados são eletrocoagulação percutânea diferencial do trigêmeo e a microdescompressão vascular do trigêmeo indicação de primeira linha para os pacientes com TN clássica. A termocoagulação com radiofrequência do gânglio de Gasser é indicada nos pacientes com NT da forma idiopática e nos com mais de 5 anos de doença, rebeldes ao tratamento clínico.**



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

Vale ressaltar que as drogas **pregabalina, baclofeno, e duloxetine** não são disponibilizadas pelo SUS e estando o paciente mesmo em uso de duloxetine pregabalina e baclofeno mantém dor persistente, contínua e incapacitante, conforme relatório médico.

O SUS oferece outras terapêuticas que podem ser usadas no caso, assim como a associação de drogas e cirurgia no tratamento da dor neuropática.

### IV - REFERÊNCIAS:

- 1 Bendtsen L, Zakrewshka JM, Abbott J, Branschinsky M, De Stefano G, Donnet A, Eide PK, Leal PRL, Maarbjerg S, May A, Numikko T, Obermann M, Jensen TS, Cruccu G. European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia,. EJM. 2019; 26: 813-49. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ene.13950>.
2. Nogueira RLM, Costa, FWG. Trigeminal neuralgia: Literature review and case report. **JBA**. 2002;2(5):70-4. Disponível em: <https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/10/Neuralgia-Trigeminal-Revisão-da-Literatura-e-Relato-de-Caso-CI%C3%ADnico.pdf>.
3. Luna EB, Graça LFA, Silva DCO, Bérzin F, Silva Z, Souza GC, Mitri FF. Aspectos anatômicos e patológicos da neuralgia do trigêmeo: uma revisão da literatura para estudantes e profissionais de saúde. **Biosci J**. 2010;26(4):661-74. Disponível em:
4. Frizzo HM, Hasse PN, Veronese RM. Neuralgia do trigêmeo. Revisão bibliográfica analítica **Rev Cir BMF**. 2004;4(4):212-7. Disponível em: <https://www.revistacirurgiabmf.com/2004/v4n4/pdf/v4n4.1.pdf>.
5. Ministério da Saúde Portaria SAS/MS nº 1.083, de 02 de outubro de 2012. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dor Crônica. - Brasília 2012. 25p. Disponível em:



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/anexo/ anexo\\_prt1083\\_02\\_10\\_2012.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/anexo/ anexo_prt1083_02_10_2012.pdf).

6. Wiffen PJ, Derry S, Bell RF, Rice ASC, Tölle TR, Phillips T, Moore RA. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2017, Issue 6. Art. No.: CD007938. Disponível em: [DOI: 10.1002/14651858.CD007938.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007938.pub4).

7. Centro Colaborador de Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde.CCATES. Faculdade de Farmácia da UFMG Departamento de Farmácia Social. PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO PTC 16/2014 Eficácia, segurança e custo-efetividade de duloxetina e trazodona no tratamento da dor neuropática diabética. Belo Horizonte, Setembro - 2014. 17p. Disponível em: [http://www .ccates.org.br/content/\\_pdf/PUB\\_1502398914.pdf](http://www.ccates.org.br/content/_pdf/PUB_1502398914.pdf).

8. Lunn MPT, Hughes RAC, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia (Review) **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2014, Issue 1. Art. No.: CD007115. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007115.pub3/epdf/full>.

9. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2020. Brasília, 2020. 219p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_medicamentos\\_rename\\_2020.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf).

### V - DATA:

24/08/2020 NATJUS - TJMG