

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dr. Breno Aquino Ribeiro
PROCESSO Nº.: 50034049120208130209.0209
CÂMARA/VARA: Unidade Jurisdicional da Comarca de Curvelo
COMARCA: Curvelo

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: D. S. C. S.

IDADE: 35 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento: Duloxetina 60 mg; Pregabalina 75 mg; Colecalciferol 7000 UI; Venlafaxina 75 mg

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 M79.7, G43, F44.2 e F 41.1

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Requerente portadora de FIBROMIALGIA CID M 79.7, ENXAQUECA CID G 43, CEFALÉIA TENSIONAL CID F 44.2, ANSIEDADE GENERALIZADA – CI F 41.1; 2) que, em razão disso, sofre de dor difusa, fadiga sono não reparador, poliartralgia e crises de ansiedade, caso lhe fate a medicação.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 63.439 e 67.166

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2021.0002417

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicita informações sobre o tratamento pleiteado no processo e, ainda, informações acerca da possibilidade de substituição daquele, por outro que seja, regularmente, disponibilizado pelo SUS.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos médicos datados de 07 e 14/10/2020, trata-se de DSCS, **35 anos com diagnóstico de fibromialgia, migrânea cefaleia tensional, ansiedade em tratamento com reumatologista.** Necessitando do **uso contínuo de pregabalina 75mg de 12/12 h, duloxetina 60mg/dia e colecalciferol 7.000 UI/semana e venlafaxina para controle da doença e evitar piora acentuada da dor, fadiga, sono não reparador e poliartralgia e crises de ansiedade.**

No Sistema Único de Saúde (**SUS**) as **alternativas de terapêutica farmacológica de primeira e segunda linhas para o tratamento da fibromialgia, migrânea e cefaleia tensional e conseqüentemente dor crônica são disponibilizadas por meio dos Componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica**. Esses são regulamentados pela Portarias GM/MS no 1.555 e 1.554, de 30 de julho de 2013 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. Portanto 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 a 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, estabelecidos pelo artigo 196 da Constituição Brasileira. **Os medicamentos disponíveis no SUS estão inscritos na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e são descritos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**. Estes medicamentos **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, 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.

A fibromialgia (FM) é uma condição marcada por dor crônica disseminada e sintomas múltiplos, como fadiga, distúrbio do sono, disfunção cognitiva, e episódios depressivos. É uma condição frequente nas clínicas reumatológicas, que **ocorre principalmente em mulheres entre 20 e 50 anos** acometendo 3-10% na população geral. De causa desconhecida, em função da maior ocorrência em mulheres, acredita-se haver mecanismos hormonais envolvidos na fisiopatologia da doença. **Seu diagnóstico é de exclusão e obedece a critérios revisados pelo Colégio Americano de Reumatologia (CAR).** **Dor crônica difusa** tipo axial, nas quatro extremidades com predomínio no pescoço, ombros, bacia, lombar; e/ou informação de **distúrbios do sono, fadiga;** e/ou sensação de edema ou rigidez nas mãos, pés ou face nos últimos três meses, associada a dor e rigidez na pressão de pelo menos 11/18 pontos dolorosos elencados pelo CAR; na ausência de achados objetivos e de alterações laboratoriais, é fundamental para o diagnóstico de pacientes com suspeita de FM. Síndrome da fadiga crônica, do cólon ou bexiga irritável, cistite intersticial e disfunção da articulação temporomandibular são transtornos que acompanham pacientes com FM.

A estratégia do tratamento da FM é abordagem multidisciplinar e combinação de modalidades de tratamentos para o controle. O tratamento escolhido deve considerar a intensidade e características da dor, prejuízos de funcionalidades, questões culturais e biopsicossociais envolvidas. A participação e conscientização do paciente são fundamentais, para o sucesso do tratamento. **A maioria dos pacientes beneficia-se da prática regular de exercícios físicos, conforme estudos. O paciente deve ser esclarecido do carácter não progressivo da doença, do tratamento por terapias comportamentais e cognitivas como a atividade física, meditação, reabilitação e**

massagem. No SUS tais terapias estão disponíveis na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que possibilitam mais qualidade de vida ao paciente, ajudando-o a obter resultados positivos.

Inexistem tratamentos medicamentosos significativamente eficazes para FM. Assim o PCDT da dor do SUS não recomenda tratamento medicamentoso específico para pacientes com FM. Contudo, alguns pacientes se beneficiam do uso de tratamento das comorbidades, tais como ansiedade e depressão. **A literatura cita que o uso de amitriptilina, ciclobenzaprina, fluoxetina, duloxetina, milnacipran, clorpromazina, pregabalina e gabalina, tem efeitos modestos na FM, podendo ser usados. O Consenso Brasileiro da Fibromialgia analisou cada uma destas drogas finalizando com recomendações.** Assim refere que **dentre os compostos tricíclicos, a amitriptilina, e entre os relaxantes musculares, a ciclobenzaprina reduzem a dor e frequentemente melhoram a capacidade funcional estando, portanto, recomendadas na FM (grau de recomendação A, nível de evidência Ib).** O uso de **amitriptilina permite em menos de 50% dos pacientes uma melhora substancial.** A nortriptilina também pode ser usada. **Entre os inibidores seletivos de recaptção da serotonina, a fluoxetina em altas doses também reduz a dor e frequentemente melhora a capacidade funcional na FM (grau de recomendação A, nível de evidência Ib).** Dentre os antidepressivos que bloqueiam a recaptção da serotonina e da noradrenalina, a duloxetina e o milnaciprano são recomendados por **reduzirem a dor e frequentemente melhorarem a capacidade funcional dos pacientes (grau de recomendação A, nível de evidência Ib).** O medicamento antiparkinsoniano **pramipexol também foi recomendado na FM para reduzir a dor (grau de recomendação A, nível de evidência Ib), especialmente indicado na presença de distúrbios do sono como a síndrome das pernas inquietas (grau de recomendação A).** Analgésicos simples e os opiáceos leves podem ser considerados para o

tratamento da FM, ao contrário dos opiáceos potentes que não foram recomendados. **O tramadol foi recomendado para a dor na FM (grau de recomendação A, nível de evidência Ib) e sua associação ao paracetamol foi considerada efetiva (grau de recomendação B).** Dos neuromoduladores, a gabapentina e a pregabalina (grau de recomendação A, nível de evidência Ib) foram recomendadas.

Revisões da Cochrane referem quanto a aplicabilidade dos exercícios e terapia comportamental na FM e enfatizam os benefícios restrito do uso de drogas como a amitriptilina, pregabalina, duloxetina e mirtazapina no tratamento da FM. Estas revisões consideram o exercício físico e as terapias comportamentais como fatores capaz de produzir uma melhoria moderada na qualidade de vida, produzindo um benefício sobre as intervenções de controle da dor, função física, fadiga, rigidez e humor. A amitriptilina considerada como tratamento de primeira linha para FM por muitos anos, apresenta boas evidências de resultados bem-sucedidos no alívio da dor, embora uma parcela definida de 1 em cada 4 (25%) pessoas, são as que conseguem um alívio satisfatório da dor. A pregabalina na dose de 300 a 600 mg produz redução importante na intensidade da dor moderada ou grave ao longo de 12 a 26 semanas, com eventos adversos toleráveis para uma pequena proporção de pessoas, cerca de 10% mais do que o placebo. A duloxetina na FM tem evidências de menor qualidade na melhoria da dor e parece que essa é alcançada através de uma melhora maior nos sintomas mentais do que na dor física somática. Estudos demonstraram que o uso da mirtazapina não teve benefício sobre o placebo para: alívio da dor de 50% ou mais; melhoria da qualidade de vida de 20% ou mais; redução da fadiga ou humor negativo e quaisquer benefícios potenciais da mirtazapina na FM foram compensados pelos seus possíveis danos. Quanto ao uso da gabapentina no tratamento da dor crônica e na FM, não há evidência de primeiro nível que fosse totalmente livre de viés. Evidência de segundo nível, com viés residual potencialmente

importante, mostrou que gabapentina em doses de 1.200 mg ou mais foi eficaz para alguns pacientes com condições neuropáticas dolorosas com redução de pelo menos 50% na intensidade da dor. Esse nível de alívio da dor é associado com efeitos benéficos importantes na redução dos distúrbios do sono, da fadiga e da depressão, assim como melhora na qualidade de vida, função e trabalho. Cerca de 35% dos pacientes conseguiram atingir esse nível de alívio da dor. Mais da metade das pessoas tratadas com gabapentina não vai conseguir ter alívio satisfatório da dor. Os resultados podem variar em diferentes tipos de dor.

No PCDT do tratamento da dor crônica os antidepressivos tricíclicos (cloridrato de amitriptilina, nortriptilina, clomipramina e fluoxetina), a gabapentina e opióides (tramadol, morfina, metadona, codeína), estão disponíveis podendo ser utilizados em caso de dor crônica, não havendo diferença em termos de eficácia entre os representantes do grupo, podendo ser associados aos demais grupos.

A duloxetina, um inibidor da recaptação da serotonina, com indicação segundo ANVISA, dentre outras, no tratamento da depressão e FM. Apesar de eficaz na FM tem evidências de menor qualidade na melhora da dor e parece que esses são alcançados através de uma melhora maior nos sintomas mentais do que na dor física somática. Não há clara evidência de eficácia de antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina sobre a dor neuropática, ensaios clínicos bem conduzidos demonstraram que esses fármacos são úteis no tratamento da dor com “características neuropáticas”, não sendo essa classificada tipicamente como dor neuropática. Seu efeito parece ser obtido numa minoria de pacientes e não tem efeito no sono. A duloxetina é similar a pregabalina e não foi comparada com outros antidepressivos dessa mesma classe, como a fluoxetina. Por tal razão, a duloxetina não é recomendada nesse Protocolo.

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** droga disponível no SUS, **alternativa as pregabalina e a duloxetina, está disponível no SUS e é comprovadamente eficaz no tratamento da dor neuropática**, conforme ensaios clínicos randomizados controlados bem conduzidos. **Meta-análise comparando gabapentina, pregabalina e duloxetina confirmou a eficácia na dor neuropática da primeira droga, embora não tenha havido diferenças entre eles em termos de efeitos adversos**. Estudos demonstram que essa droga também tem **benefícios na fadiga, transtorno do sono, qualidade de vida, incluindo funções e trabalho**. Assim a mesma **pode ser usada sem prejuízos ao pacientes como alternativa a pregabalina e duloxetina**.

O termo **cefaleia** aplica-se a todo processo doloroso referido no **segmento cefálico. Pode originar-se em qualquer das estruturas faciais ou cranianas**. É uma queixa comum na prática médica, principal motivo de procura de ambulatório de neurologia e a terceira causa de consultas em clínica médica. Cerca de 90% dos indivíduos já tiveram cefaleia em algum período de sua vida. São **classificadas em primárias e secundárias**. A **migrânea** é uma **cefaleia primária que cursa de forma gradual ou crescente, pulsátil de moderada intensidade, com episódios de maior intensidade por 4 a 72 horas. Sintomas premonitórios precedem a cefaleia por horas ou até dias**. Nesta fase o **paciente pode apresentar irritabilidade, com raciocínio e memorização mais lentos, desânimo e avidez por alguns tipos de alimentos. Pode ser precedida de aura, complexo de sintomas neurológicos que se desenvolve gradualmente (ao longo de no mínimo 5 minutos) e dura até 60 minutos. A aura típica é um distúrbio visual constituído por pontos fosfenos, perda ou distorção de um dos**

hemicampos visuais ou parte deles, que às vezes associam-se parestesia unilateral e/ou disfasia ou outras sensações de déficit motor. A migrânea também pode ser acompanhada de náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia. Geralmente se agrava com a atividade física de rotina, odores ou barulho, o que leva o paciente a preferir ficar quieto, em local escuro e sem ruídos. Em 60-70% dos casos é uni ou bilateral, mas pode ser bifrontal ou global em 30% dos pacientes. Caracteriza-se por crises recorrentes constituídas por até cinco fases, que nem sempre estão presentes todas elas. Em torno de 5% dos pacientes cursam com a forma crônica que é caracterizada por dor de cabeça presente em quinze ou mais dias por mês por ao menos três meses, com no mínimo oito dias de cefaleia migranosa a cada mês. Determina uma carga pessoal, social e econômica significativa. É comum estar associada ao uso excessivo de medicação analgésica ou antimigranosa aguda. Pode evoluir com complicações como:

- estado migranoso ou crises graves de enxaqueca intratável: cefaleia intensa que dura mais que 72 horas, com intervalos livres inferiores a 12 horas, à qual associam-se náuseas e vômitos por horas seguidas, levando a desidratação e as suas consequências como a necessidade de internação.
- infarto migranoso: é um ataque idêntico aos outros episódios, mas os sintomas da aura persistem por mais de 60 minutos e são associados a um infarto demonstrado no exame de neuroimagem.
- migrânea crônica: forma mais prolongada e crônica, em que as crises se sucedem e são difíceis de controlar, acabando por condicionar a sua vida pessoal e causar impacto social e econômico. As crises tem frequência aumentada até tornarem-se diárias ou quase diárias (>15 dias por mês com dor por mais de 3 meses). Apresenta como fatores de risco para cronificação: fatores emocionais, abuso de cafeína, obesidade, sedentarismo, estresse, doenças psiquiátricas e abuso de analgésicos.

Os mecanismos fisiopatológicos provavelmente envolvidos na enxaqueca incluem hiperexcitabilidade cortical (ou inibição deficiente), dismodulação em áreas do tronco encefálico e hipotálamo e sensibilização trigeminal central e periférica, com liberação de peptídeos vasoativos / neuroativos, como o gene da calcitonina peptídeo relacionado (CGRP). Ativação episódica do sistema trigeminovascular, filtragem deficiente de estímulos sensoriais e hereditariedade são características que apontam para a base neural desse distúrbio.

O tratamento da enxaqueca envolve terapia aguda (abortiva) e preventiva (profilática). Pacientes com crises frequentes geralmente requerem ambos. Medidas direcionadas à redução dos gatilhos da enxaqueca também são geralmente aconselháveis. O tratamento agudo visa reverter, ou pelo menos interromper, a progressão de uma cefaléia que começou. O tratamento preventivo, que é administrado mesmo na ausência de dor de cabeça, visa reduzir a frequência e gravidade da crise de enxaqueca, tornar as crises agudas mais responsivas à terapia abortiva e talvez também melhorar a qualidade de vida do paciente. Neste contexto, o tratamento inclui terapia comportamental e medicamentosa, com educação dos pacientes quanto a sua condição, o tratamento proposto e que sejam motivando a participarem do manejo clínico da doença. Tal ação visa a proteção e educação dos pacientes sobre o risco de dor de cabeça por uso excessivo e o correto uso de medicamentos profiláticos naqueles com dores de cabeça frequentes. A abordagem farmacológica da enxaqueca é direcionada principalmente pela gravidade dos ataques, a presença de náuseas e vômitos associados, o ambiente do tratamento (ambulatorial ou unidade de assistência médica) e fatores específicos do paciente como presença de fatores de risco vascular e medicamentos preferência. A terapia abortiva (sintomática) da enxaqueca varia desde o uso de analgésicos simples, como paracetamol, os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) como aspirina, ibuprofeno, diclofenaco,

naproxeno, até o uso de agentes específicos para enxaqueca como triptanos (sumatriptano, rizatriptano, eletriptano, almotriptano, zolmitriptano, naratriptano e frovatriptano) e associações (sumatriptano e naproxeno), antieméticos (antagonistas do receptor de antieméticos e dopamina: clorpromazina, proclorperazina e metoclopramida) ou a diidroergotamina. Os tratamentos abortivos geralmente são mais eficazes se forem administrados no início do curso da dor de cabeça e com uma grande dose única, já que a dose única tende a funcionar melhor do que pequenas doses repetidas. Muitos agentes orais são ineficazes devido à má absorção secundária à estase gástrica induzida por enxaqueca. Os agentes específicos para enxaqueca devem ser usados em pacientes que apresentem enxaqueca com ataque mais grave e naqueles cujas dores de cabeça respondem mal aos AINEs ou analgésicos combinados. No caso de enxaquecas que se manifestem precocemente com náuseas ou vômitos significativos, uma via de administração não oral deve ser usada. A escolha dos medicamentos profiláticos deve favorecer aqueles com maior evidência de eficácia, considerando as preferências individuais do paciente, as condições clínicas associadas e as contra-indicações absolutas e relativas. Drogas agindo no sistema nervoso central e/ou com efeitos sistêmicos marcantes devem ser iniciadas com baixas doses iniciais seguidas de incrementos graduais. A dose terapêutica final deve ser a menor dose efetiva, considerando a dose máxima utilizada em cada ensaio clínico ou, eventualmente, a critério e sob responsabilidade do prescritor, a dose máxima tolerada. Um medicamento não deve ser considerado ineficaz antes de dois a três meses após a dose recomendada ou a dose máxima tolerada ter sido atingida. No entanto, a chamada politerapia racional - associação de medicamentos eficazes com diferentes mecanismos - pode ser utilizada em pacientes refratários à monoterapia. A estratégia de associar diferentes medicamentos profiláticos não é apoiada por evidências de alto nível. A amitriptilina e o topiramato são as

medicações mais usadas. O topiramato é o único medicamento oral com evidência de classe I e recomendação de nível A para o tratamento preventivo da enxaqueca crônica com ou sem uso excessivo de medicação concomitante. Tem como efeitos adversos mais importantes parestesias, fadiga, dificuldades de memória, concentração e/ou atenção, perversão do paladar. Em janeiro de 2019, três anticorpos monoclonais administrados por via subcutânea contra CGRP67 ou seu receptor, foram aprovados pelo Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento preventivo da enxaqueca sem especificação do tipo ou frequência dos ataques: erenumabe, fremanezumabe e galcanezumabe mas ainda não estão disponíveis no Brasil. Resultados positivos de ensaios clínicos randomizados de fase III (fremanezumabe, galcanezumabe) e fase IIb (erenumabe), abordando especificamente pacientes com enxaqueca crônica, foram publicados recentemente. Até o momento o topiramato oral e as injeções de toxina onabotulínica A são os únicos tratamentos que receberam a recomendação classe A, enquanto que o valproato, a gabapentina e a tizanidina receberam recomendação classe B, juntamente com acupuntura, biofeedback e mindfulness. Os anticorpos monoclonais anti-CGRP ou anti-CGRP_r, ainda não disponíveis no Brasil, são novos fármacos promissores, já aprovados em outros países para o tratamento profilático da migrânea, cuja eficácia na migrânea crônica ainda está por ser definitivamente comprovada.

A Venlafaxina, conforme bula ANVISA é uma droga indicada no tratamento do transtorno da depressão, de ansiedade social ou generalizada e no transtorno do pânico. É um inibidor potente da recaptação de serotonina e norepinefrina e fraco da dopamina. Não consta RENAME e nem na lista de medicamentos especiais, sendo as suas alternativas terapêuticas a nortriptilina, fluoxetina clomipramina, e amitriptilina. O colecalciferol 7000, vitamina D3 está disponível no SUS em outras dosagens, associada a carbonato ou fosfato de cálcio

colecalfiferol, podendo ser usada como alternativa farmacêutica, sem prejuízo ao paciente.

Conclusão: considerando o caso em tela, paciente de **35 anos com diagnóstico de fibromialgia, migrânea cefaleia tensional, ansiedade em tratamento com reumatologista**. Necessitando do **uso contínuo de pregabalina, duloxetina, colecalciferol 7.000 e venlafaxina para controle da doença e evitar piora** da dor, fadiga, sono não reparador e poliartralgia e crises de ansiedade.

Não obstante a prescrição, conforme a literatura, inexistem tratamentos medicamentosos significativamente eficazes para FM. O tratamento dessa doença deve ser multidisciplinar e as drogas empregadas visam aliviar a dor crônica, não havendo diferença em termos de eficácia entre as representantes de cada grupo.

Vale ressaltar que as drogas **pregabalina, duloxetina, não são disponibilizadas pelo SUS, e inexistem justificativas que demonstrem benefícios do seu uso na FM em relação as terapias disponíveis no SUS, já que Revisões da Cochrane e as recomendações do Consenso Brasileiro da FM são inconclusivas em indicar uma terapia ideal para o tratamento da FM. Além disso essas revisões demonstram presença de benefício limitado a parcela pouco expressiva de pacientes. No SUS, o PCTD do tratamento da dor crônica oferece outras opções terapêuticas que ainda não foram utilizadas e que podem ser usadas no caso.**

Quanto ao **tratamento da enxaqueca, a educação dos pacientes quanto a sua condição, o tratamento proposto e a motivação para participarem do manejo clínico da doença é importante. O uso de terapia comportamental e medicamentosa é indicado na fase abortiva e de prevenção. As drogas são direcionadas, pela gravidade das crises, presença de náuseas e vômitos associados, ambiente do tratamento, fatores específicos do paciente e drogas de preferência. A terapia abortiva varia desde o uso de analgésicos simples (paracetamol, AINES - aspirina, ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno), até agentes específicos**

como triptanos e associações (sumatriptano e naproxeno), antieméticos (clorpromazina, proclorperazina e metoclopramida) ou a diidroergotamina. O medicamento não deve ser considerado ineficaz antes de dois a três meses após a dose recomendada ou a dose máxima tolerada ter sido atingida. A politerapia racional pode ser utilizada em pacientes refratários à monoterapia, sem evidências de alto nível. A amitriptilina e o topiramato são as medicações mais usadas na prevenção. O topiramato é o único medicamento oral com evidência de classe I e recomendação de nível A para o tratamento preventivo da enxaqueca crônica com ou sem uso excessivo de medicação concomitante. Até o momento o topiramato oral e as injeções de toxina onabotulínica A são os únicos tratamentos que receberam a recomendação classe A. O valproato, a gabapentina e a tizanidina receberam recomendação classe B, assim como acupuntura, biofeedback e mindfulness.

A venlafaxina, além de não ter recomendação em bula e na literatura para tratamento da enxaqueca não é disponível no SUS, podendo ser substituída por nortriptilina, fluoxetina, clomipramina, e amitriptilina. Colecalciferol está disponível no SUS.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) 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: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/anexo/anexo_prt1083_02_10_2012.pdf.
- 2) 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).
- 3) Derry S, Cording M, Wiffen PJ, Law S, Phillips T, Moore RA. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. **Cochrane Database of Systematic**

Reviews. 2016; 9. Art. No.:CD011790. Disponível em: [DOI:10.1002/14651858.CD011790.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011790.pub2).

4) Lunn MPT, Hughes RAC, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 1. Art. No.:CD007115. Disponível em: [DOI:10.1002/14651858.CD007115.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007115.pub3).

5) Welsch P, Üçeyler N, Klose P, Walitt B, Häuser W. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2018, Issue 2. Art. No.:CD010292. Disponível em: [DOI: 10.1002/14651858.CD010292.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010292.pub2).

6) Heymann RE, Paiva ES, Junior MH, Pollak DF, Martinez JE, Provenza JR, Paula AP, Althoff AC, Souza EJR, Neubarth F, Lage LV, Rezende MC, Assis MR, Lopes MLL, Fabio Jennings F, Araújo RLCC, Cristo VV, Costa EDG, Kaziyama HHS, Yeng LT, Yamamura M, Saron TRP, Nascimento OJM, Kimura LK, Leite VM, Oliveira J, Araújo GTB, Fonseca MCM. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Rev Bras Reumatol** 2010;50(1):56-66. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_Paiva2/publication/24077484_Consenso_brasileiro_do_tratamento_da_fibromialgia/links/0c960530b25e59e13a000000/Consenso-brasileiro-do-tratamento-da-fibromialgia.pdf?origin=publication_detail.

7) Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2015, Issue 7. Art. No.:CD011824. Disponível em: [DOI:10.1002/14651858.CD011824](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011824).

8) Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley P Treatment of Fibromyalgia With Cyclobenzaprine: A Meta-Analysis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. 2004; 51(1):9-13. DOI 10.1002/art.20076. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/art.20076>.

9) Ministério da Saúde Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos

Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2018. Brasília, 2018. 219p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/07/Rename-2018-Novembro.pdf>.

10) Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh. Unidade do Sistema Neurológico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Protocolo Unidade Unidade do sistema Neurológico/01/2017. Atendimento de pacientes com cefaleia da Unidade de Urgência/Emergência. Uberlândia, 2017. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/protocolo+de+cefaleia+12.pdf/b41fc0d2-9676-4470-aadb-c2a382c3b86b>.

11) Consensus of the Brazilian Headache Society on the treatment of chronic migraine. **Arq Neuropsiquiatr.** 2019;77(7):509-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v77n7/0004-282X-anp-77-7-0509.pdf>.

12) Sociedade Brasileira de Cefaleia Academia Brasileira de Neurologia – Departamento Científico de Cefaleia Sociedade Brasileira de Cefaleia. Protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil. 2018. Disponível em: <https://sbcefaleia.com.br/images/file%205.pdf>.

13) Speciali JG, Kowacs F, Jurno ME, Bruscky IS, Carvalho JJF, Fantini FGMM, Carvalho EHT, Pires LA, Fialho DB, Prado GF, Smith JH, Acute treatment of migraine in adults. In: Swanson JW, Goddeau Jr RP ed. **UpToDate.** Aug 06, 2020. Acessado 10/10/2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acute-treatment-of-migraine-in-adults/print>.

14) Martins IP, Sousa L, Pereira Monteiro JM. Enxaqueca crónica, refratária e cefaleias por uso excessivo de medicamentos: Revisão clínica e terapêutica. **Sinapse.** 2018;18(2). Disponível em: http://www.sinapse.pt/files/section/e53_bs24_enxaqueca_cr_nica_refrat_ria_e_cefaleias_por_uso_excessivo_file.pdf.

15) Eurofarma Venlaxin (cloridrato de venlafaxina). Bula para profissional de saúde. Versão 5, atualizada conforme Bula Padrão aprovada pela ANVISA em 25/08/2017. 15p. Disponível em: <https://cdn.eurofarma.com.br/wp-content/uploads/2016/09/venlaxin-bula-profissional-eurofarma.pdf>

V – DATA:

15/10/2021

NATJUS – TJMG