



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

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dr. Luiz Felipe Sampaio Aranha

PROCESSO Nº.: 00284901220198130363

SECRETARIA: 1ª VARA / 1º JUIZADO CÍVEL

COMARCA: João Pinheiro

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: B. R. P.

IDADE: 60 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento Hydrea 500mg, Pregabalina 150mg e Sertralina 50mg,

DOENÇA(S) INFORMADA(S) – (CIDs): D 47.3

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Trombocitopenia Essencial.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRM 37.466

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2020.0001270

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

1) Os medicamentos são fornecido pelo SUS? 2) Caso seja positiva a indagação anterior, dentro da divisão estabelecida pelo SUS qual o ente público responsável diretamente pelo fornecimento dos medicamento requeridos? 3) No caso dos medicamentos não serem fornecidos, há medicamentos similares ou alternativas terapêuticas fornecidas pelo SUS? 4) Os medicamentos são autorizados pela ANVISA? 5) Qual a composição (princípios ativos) e apresentações comerciais registradas para os medicamentos solicitados? 6) Qual o custo médio dos medicamentos solicitados? Os medicamentos são de Alto Custo? 7) Os medicamentos prescritos são indicados para o tratamento da enfermidade do paciente? 8) Outros esclarecimentos que julgar pertinentes.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos datados de 31/05/2019, trata-se de BRP, **60**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça

Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

anos, em acompanhamento clínico, com **diagnóstico de fibromialgia e trombocitopenia essencial**, mostrada na **mutação JAK e 2** e na **biópsia de medula óssea**. **Necessita do uso contínuo de Hydrea 500mg 2 comprimidos à noite, além de pregabalina, para tratamento da fibromialgia**. Tentativa de uso de outras drogas para fibromialgia sem sucesso no controle da dor e piora dos efeitos colaterais, como a nortriptilina, que levou à constipação intestinal e retenção urinária.

No Sistema Único de Saúde (SUS) as alternativas de terapêutica farmacológica de primeira e segunda linhas para o tratamento de doenças 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 análise técnico-científica 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**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

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 trombocitemia essencial (TE) é uma doença rara, não hereditária, sem uma causa conhecida. Normalmente acomete adultos acima dos 40 anos, principalmente mulheres, predominando em pessoas com mais de 60 anos. **Pertencente ao grupo das doenças mieloproliferativas**, nessa doença ocorre um descontrole da medula óssea devido ao mau funcionamento das células-tronco, que sofrem uma mutação e passam a se proliferar sem controle, dando origem a um aumento na concentração de plaquetas no sangue, que passam a ser produzidas em excesso.

Mais da metade dos pacientes apresentam uma mutação V617F no gene JAK2, da família de enzimas tirosina quinase que participa da transdução de sinal para a eritropoietina, a trombopoietina e o fator estimulante de colônias de granulócitos. Esse é um **dado importante para o momento do diagnóstico e que poderá indicar qual o melhor tratamento.** Outros pacientes têm mutação no éxon 9 do gene da calreticulina (CALR) e alguns têm mutações adquiridas no gene dos receptores da trombopoietina somática (MPL).

Normalmente o paciente com TE não apresenta sintomas da doença, sendo a doença descoberta após a realização de um hemograma de rotina. **Quando sintomática os principais sintomas incluem** distúrbios visuais, cefaleia, tonteira, fraqueza, esplenomegalia, eritromelalgia e a **trombose que é sem sombra de dúvidas, um dos maiores perigos desta doença.** As



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

oclusões microvasculares costumam comprometer os pequenos vasos distais dos membros causando eritromelalgia, do olho levando à migrânea ocular ou do SNC no ataque isquêmico transitório (AIT). **A trombose envolvendo grandes vasos, pode ocasionar sinais e sintomas no local comprometido**, como AVE, AID; edema ou dor ou trombose nos membros inferiores, dor torácica e dispneia na embolia pulmonar. **Raramente pode ocorrer sangramento** leve na forma de epistaxe, hematomas fáceis ou sangramento gastrointestinal. O sangramento grave é eventual.

Segundo a **OMS seu diagnóstico é de exclusão**, sendo **necessário o encontro de contagem de plaquetas $\geq 450.000/\mu\text{l}$; presença de uma das três mutações no driver JAK2V617F, CALR e MPL, ou, na sua ausência, exclusão de outras causas de trombocitose; avaliação morfológica da medula óssea** que revele aumento do número de megacariócitos maduros, diferenciando a ET da mielofibrose primária pré-fibrótica e policitemia vera; **normalidade do hematócrito, do MCV e do metabolismo do ferro.**

Tem expectativa de vida próxima do normal, porém menor que da população controle ajustada por sexo e idade, com **estimativas medianas de 20 anos**. Ainda que os sintomas sejam comuns, **o curso da doença é**, muitas vezes, **benigno. Complicações trombóticas venosas e arteriais sérias são raras, mas podem colocar a vida em risco.** Ocorre **transformação leucêmica em < 2% dos casos, percentual que pode aumentar após a exposição à terapia citotóxica.** **Alguns pacientes evoluem com mielofibrose secundária**, particularmente **homens com mutações JAK2V617F ou CALR tipo 1**. As taxas de **progressão fibrótica são estimadas em 4 a 11%** e a **expectativa de vida é levemente comprometida, mas a sobrevida mediana em pacientes com menos de 60 anos de idade, chegando aos 33 anos**. Além da idade, a história de leucocitose e trombose influenciam também na sobrevida.

Até o momento, **a terapia específica não demonstrou afetar a sobrevida e nem foi capaz de modificar a história natural da TE; evitar a**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça

Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

progressão leucêmica ou fibrótica e prolongar a sobrevida. A principal indicação de tratamento é a prevenção de trombose, principalmente em pacientes de alto risco e neste sentindo nenhum dos medicamentos mais recentes mostrou ser superior aos medicamentos mais antigos testados pelo tempo. Assim deve-se evitar expor os pacientes a novos medicamentos que não demonstram modificar a doença e cujas consequências a longo prazo são suspeitas. Não há opção única de tratamento que seja apropriada ou eficaz para todos os pacientes. Alguns podem ser assintomáticos e não requerem tratamento, outros podem exigir vários tratamentos baseado nos sintomas e nos resultados do monitoramento de rotina por um médico. O tratamento deve incluir drogas que diminuam o risco de trombose e de hemorragias, associado a vida saudável, sem tabagismo, para evitar a hipertensão, a obesidade e a diabetes fatores risco de trombozes. A decisão de usar agentes redutores de plaquetas para prevenir o risco de trombose depende de fatores de risco, como idade avançada, histórico de trombose, presença de mutações JAK2/MPL, que permitem agrupar os pacientes em grupos de risco. São 4 grupos: risco muito baixo, ausência dos três fatores de risco; baixo risco, jovens com mutações no JAK2/MPL; risco intermediário, presença de idade avançada sem mutações; alto risco, histórico de trombose ou de mutações no JAK2/MPL e idade avançada. É aconselhável também considerar risco vascular, bem como a gravidade dos sintomas e tolerância aos medicamentos na momento de se indicar uma terapia. Geralmente, a contagem de plaquetas não influencia a decisão de tratar, exceto que seja extremamente elevada (> 1,5 milhão) ou claramente associada a sintomas. Paciente de muito baixo risco devem ser apenas observados. Já para os demais as drogas mais utilizadas são: ácido acetilsalicílico (AAS), fármacos que diminuam as plaquetas, raramente o uso de plaquetaférese, agentes citotóxicos, interferon ou o transplante de células-tronco. O AAS uma vez/dia, deve ser usado nos casos de sinais e sintomas vasomotores



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

leves, como cefaleia, discreta isquemia digital e eritromelalgia e **para diminuir o risco de trombose nos pacientes de baixo risco**. Em **pacientes TE de baixo risco** (isto é, jovens JAK2 / MPL -mutados sem histórico de trombose), estudos revelam um **risco residual de trombose apesar do tratamento**, de acordo com as diretrizes tradicionais de tratamento. Portanto, é **razoável considerar uma otimização adicional da terapia com AAS** nesses pacientes, seguindo o esquema **duas vezes ao dia** em vez de uma vez ao dia, especialmente na presença de **fatores de risco cardiovascular**. Consensos recomendam o uso de drogas que diminuem a contagem de plaquetas nos casos de trombose anterior ou ataque isquêmico transitório, paciente com idade > 60 anos, sangramento importante, necessidade de procedimento cirúrgico em pacientes com trombocitose extrema e baixa atividade do cofator ristocetina e em alguns casos de migrânea grave. No entanto, não há dados que comprovem que a diminuição da contagem plaquetária por meio da terapia citotóxica reduza o risco de trombose ou melhore a sobrevida. Também não há dados que confirme a necessidade obrigatória de desse tratamento nos paciente de risco intermediário. Os fármacos usados para reduzir a contagem plaquetária são hidoxiureia, interferon- α (IFN- α), busulfan, anagrelida e pipobroman. As drogas hidoxiureia, IFN- α são aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e distribuídas pelo SUS. A hidoxiureia é considerada o fármaco de escolha para uso em curto prazo, e só deve ser prescrita por especialistas familiarizados com seu uso e monitoramento, já que **não existe uma meta específica para a contagem plaquetária**. O objetivo do seu uso é uma contagem de plaquetas que restabeleça a atividade do cofator ristocetina se o sangramento for um problema, ou que **alivie os sintomas**. Assim deve ser prescrita na dose inicial de dose de 500 mg a 1 g VO uma vez/dia e o hemograma monitorizado semanalmente. Se a contagem de leucócitos cair para < 4.000 células/ μ L, a droga é interrompida e reiniciada com 50% da



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça

Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

dose quando os valores se normalizarem. Quando um estado estável é alcançado, o intervalo entre os hemogramas é aumentado para 2 semanas e, então, para 4 semanas. **A hidroxiureia, combinada à terapia com aspirina uma vez ao dia, continua sendo o padrão de atendimento para pacientes de alto risco.** Atualmente, **existem quatro drogas a serem consideradas como terapia de segunda linha na ET: IFN- α , busulfan, anagrelida e pipobroman.** Entre estes, a escolha atual para terapia de segunda linha é o **IFN- α** , que tem se mostrado relativamente seguro e eficaz. **Não é descrita associação entre transformação leucêmica e uso de hidroxiureia, IFN- α ou bussulfano, o mesmo não ocorrendo com o pipobroman.**

Outras terapias disponíveis no controle da TE são a **remoção de plaquetas ou plaquetaférese** já foi usada em raros casos de pacientes com hemorragia grave ou trombose recorrente, ou antes de uma cirurgia de emergência para a redução imediata da contagem de plaquetas. No entanto, a plaquetaférese é raramente necessária e **seus efeitos são transitórios.** O **transplante alogênico de células-tronco raramente é feito na TE**, mas **pode ser eficaz para os pacientes mais jovens se outros tratamentos não forem bem-sucedidos e houver um doador adequado disponível.**

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 principalmente em mulheres entre 20 e 50 anos acometendo 3-10% na população geral. Tem causa desconhecida, pela prevalência 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



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

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 de seu tratamento é abordagem multidisciplinar e combinação de modalidades de terapias. O tratamento escolhido deve considerar a intensidade e características da dor, prejuízos de funcionalidades, questões culturais e biopsicossociais envolvidas. Conscientização e participação 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, de seu 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.

Inexiste tratamento medicamentoso significativamente eficaz para FM. Assim o PCDT da dor do SUS não recomenda um tratamento medicamentoso específico. 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, duloxetine, milnacipran, clorpromazina, pregabalina e gabalina, tem efeitos modestos na FM, podendo se 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**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

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 também podem ser considerados para o tratamento da FM, ao contrário dos opiáceos potentes que não foram recomendados. O tramadol foi recomendado para o tratamento da 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 tratamento de primeira linha para FM por muitos anos, apresenta boas evidências de resultados bem-sucedidos no alívio da dor, embora 25% dos pacientes não obtenham um alívio satisfatório da dor. A pregabalina na dose de 300 a 600 mg produz



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

uma 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** alcançado 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 com a gabapentina. 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, **sertralina** e fluoxetina), **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 droga Pregabalina apontada como alternativa medicamentosa para esse paciente, a despeito de aparecer no PCDT de tratamento da dor



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

crônica, não faz parte da RENAME e não está incluída no arsenal de opções terapêuticas para o tratamento FM.

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, podendo ser substituída pela gabapentina. A **gabapentina** droga disponível no SUS, **alternativa a pregabalina está disponível no SUS e é comprovadamente eficaz no tratamento da dor neuropática**, conforme vários ensaios clínicos randomizados controlados bem conduzidos. **Uma meta-análise comparando gabapentina, e pregabalina confirmou a eficácia na dor neuropática da primeira droga, embora não tenha havido diferenças entre a mesmas em termos de efeitos adversos.** Assim **pode ser usada sem prejuízos ao pacientes como alternativa a pregabalina.**

Conclusão: trata-se de paciente **60 anos**, em acompanhamento clínico com diagnóstico de fibromialgia e TE, com mutação JAK e 2 e na biópsia de medula óssea. **Necessita do uso contínuo de Hydrea e pregabalina.** Tentativa de uso de **outras drogas para fibromialgia (nortriptilina) sem sucesso no controle da dor e com piora dos efeitos colaterais.**

A TE é uma doença mieloproliferativa rara, não hereditária, sem uma causa conhecida. Caracterizada pela trombocitemia decorrente da produção excessiva de plaquetas pelas células-tronco da medula. Apresenta expectativa de vida com medianas de 20 anos. Ainda que os sintomas sejam comuns, o curso da doença é, muitas vezes, benigno, sendo a trombose sua principal complicação. Até o momento, não foi demonstrado que a terapia medicamentosa modifique a história natural, evite a progressão leucêmica ou fibrótica e prolongue a sobrevida. A principal indicação de tratamento é a prevenção de trombose. O tratamento deve incluir drogas que diminuam



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

o risco de trombose e de hemorragias, associado a vida saudável, sem tabagismo, para evitar a hipertensão, a obesidade e a diabetes fatores risco de trombozes. Não existe opção única de tratamento apropriada ou eficaz para todos os pacientes. Os assintomáticos, grupo de muito baixo risco, não requerem tratamento. A decisão de usar agentes redutores de plaquetas para prevenir o risco de trombose depende de fatores de risco, como idade avançada, histórico de trombose, presença de mutações JAK2/MPL. As drogas mais utilizadas são: AAS, fármacos que diminuem as plaquetas, raramente o uso de plaquetaférese, agentes citotóxicos, interferon ou o transplante de células-tronco. O AAS uma vez/dia, deve ser usado nos casos de sinais e sintomas vasomotores leves e para diminuir o risco de trombose nos pacientes de baixo risco. Consensos recomendam as drogas que diminuem a contagem de plaquetas nos casos de trombose anterior ou AIT; maiores de 60 anos; com sangramento importante; com necessidade de procedimento cirúrgico e com trombocitose extrema e baixa atividade do cofator ristocetina e em alguns casos de migrânea grave. Os fármacos usados são hidoxiureia, interferon- α (IFN- α), busulfan, anagrelida e pipobroman. IFN- α e Hidoxiureia são aprovadas pela Anvisa e distribuídas pelo SUS. A hidoxiureia, combinada à terapia com aspirina uma vez ao dia, continua sendo o padrão de atendimento para pacientes de alto risco e só deve ser prescrita por especialistas familiarizados com seu uso e monitoramento. Atualmente, existem quatro drogas a serem consideradas como terapia de segunda linha na ET: IFN- α , busulfan, anagrelida e pipobroman. Entre estes, a escolha atual para terapia de segunda linha é o IFN- α . No SUS não há PCDT que trata deste tema.

A fibromialgia (FM) é uma condição marcada por dor crônica disseminada e sintomas múltiplos, como fadiga, distúrbio do sono, disfunção cognitiva, e episódios depressivos. Não obstante a prescrição de pregabalina, conforme a literatura, não existe tratamento medicamentoso eficaz para



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

FM. Sua abordagem deve ser multidisciplinar e as drogas empregadas visam aliviar a dor crônica, não havendo diferença em termos de eficácia entre de cada grupo. Revisões da Cochrane são inconclusivas em indicar uma terapia ideal para o tratamento da FM e demonstram a presença de benefício limitado das drogas disponíveis, a uma parcela pouco expressiva de pacientes. Vale ressaltar que a droga pregabalina, análoga da GABA, não é disponibilizada pelo SUS, e não há justificativas que demonstrem benefícios do seu uso em relação as terapias disponíveis no SUS. O SUS oferece outras terapêuticas que podem ser usadas.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Ministério da Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – DGITS/SCTIE Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Relatório nº 57. Hidroxiureia para crianças com doença falciforme. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Incorporados/Hidroxiureia-final.pdf>.
- 2) Tefferi A, Vannucchi AM, Barbui T. Essential thrombocythemia treatment algorithm 2018. **Blood Cancer Journal**. 2018; 8(2):1-6. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41408-017-0041-8.pdf>.
- 3) Leite AB, Silva HF, Nogueira OL. Trombocitemia Essencial. **Rev bras hematol hemoter**. 2001, 23(1): 49-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v23n1/13289.pdf>.
- 4) 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.
- 5) 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/cd.007938](https://doi.org/10.1002/cd.007938)



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

[002/14651858.CD007938.pub4.](#)

6) 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; Issue 9 Art No:CD011790. Disponível em: [DOI:10.1002/14651858.CD011790.pub2](#)

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.](#)

6) Welsch P, Bernardy K, Derry S, Moore RA, Häuser W. Mirtazapine for fibromyalgia in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2018, Issue 8 Art No: CD012708. Disponível em: [DOI:10.1002/14651858.CD012708.pub2.](#)

7) Heymann RE, Paiva ES, Junior MH, Pollak DF, Martinez JE, Provenza JR, Paula AP, Althoff AC, Souza EJ, 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/240771484_Consenso_brasileiro_do_tratamento_da_fibromialgia/links/0c960530b25e59e13a000000/Consenso-brasileiro-do-tratamento-da-fibromialgia.pdforigin=publication_detail.

8) 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.](#)

V – DATA:

06/03/2020 NATJUS - TJMG