

Nota Técnica 97181

Data de conclusão: 26/09/2022 14:33:26

Paciente

Idade: 51 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Santiago/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 1ª Vara Federal de Santiago

Tecnologia 97181-A

CID: Z98.1 - Artrodese

Diagnóstico: Artrodese

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Produto

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Descrição: celecoxibe 200mg tomar 01 cp VO de 12/12 horas

O produto está inserido no SUS? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: celecoxibe 200mg tomar 01 cp VO de 12/12 horas

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: fazem parte do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) o paracetamol, ibuprofeno, dipirona e ácido acetilsalicílico (mesma classe farmacológica do celecoxibe). Além deles, para o tratamento da dor crônica têm-se amitriptilina, fluoxetina, carbamazepina, nortriptilina e gabapentina, além de ciclobenzaprina e outras opções analgésicas como codeína. Há também agentes antidepressivos fornecidos pelo SUS, como fluoxetina, amitriptilina e sertralina (6).

Custo da Tecnologia

Tecnologia: celecoxibe 200mg tomar 01 cp VO de 12/12 horas

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: celecoxibe 200mg tomar 01 cp VO de 12/12 horas

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Celecoxibe é um agente analgésico e anti-inflamatório não esteroidal (AINE) da classe dos inibidores específicos da enzima ciclooxigenase 2 (COX-2). A COX-2 é aumentada em resposta a estímulos inflamatórios, leva à síntese de prostaglandinas, causando edema e dor. O celecoxibe é um agente antiinflamatório, analgésico e antipirético pelo bloqueio da produção destas prostaglandinas inflamatórias, uma vez que inibe a COX-2 (11).

Uma metanálise analisou 51 ensaios clínicos, num total de 6057 pacientes sobre o uso de AINEs, incluindo os inibidores seletivos da COX-2, para o tratamento da dor lombar (12). O Risco Relativo agrupado para melhora global após uma semana foi de 1,24 (IC 95% 1,10, 1,41) e para uso adicional de analgésicos 1,29 (IC 95% 1,05, 1,57), indicando um efeito estatisticamente significativo a favor dos AINEs em comparação ao placebo. Há fortes evidências de que os vários tipos de AINEs são igualmente eficazes para dor lombar aguda, sem evidência de que um tipo seja mais eficaz do que outro. Os inibidores seletivos de COX-2 mostraram menos efeitos colaterais em comparação com os AINEs tradicionais nos ensaios controlados randomizados incluídos nesta revisão.

Um estudo de revisão sistemática fez um resumo dos relatórios anteriores da Cochrane sobre a segurança e eficácia de opióides, AINEs e antidepressivos para o tratamento da dor lombar crônica (13). Concluíram que os opióides e os AINEs são igualmente eficazes para a lombalgia crônica. Com base na taxa significativa de efeitos colaterais com os opióides e na falta de superioridade convincente sobre os AINEs, os opióides não são recomendados como tratamento para a lombalgia crônica.

Uma antiga preocupação acerca dos AINEs COX-2 seletivos era a de segurança. Contudo, estudos recentes têm demonstrado prevalência de eventos adversos cardíacos comparáveis quando considerados AINEs não COX-2 seletivos. Ademais, a principal ocorrência destes eventos na classe dos COX-2 seletivos se dá para o rofecoxibe (14).

Atualmente, o celecoxibe é comercializado por inúmeras empresas. Em consulta à tabela CMED, no site da ANVISA, realizada em setembro de 2022, selecionou-se alternativa de menor

custo e, a partir dela, elaborou-se a tabela acima. A elaboração da tabela considerou a prescrição mais recente juntada aos autos.

O CADTH avaliou que o celecoxibe teria eficácia clínica e perfil de segurança equivalentes aos AINEs associados a um inibidor da bomba de prótons e que os AINEs seriam mais custo-efetivos do que o celecoxibe para o manejo da dor (15).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: alívio do sintoma dor em magnitude comparável à de outros AINEs, disponíveis na rede pública, com menor risco de efeitos adversos.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: celecoxibe 200mg tomar 01 cp VO de 12/12 horas

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: A eficácia do celecoxibe no manejo da dor é equivalente aos outros AINES disponíveis na rede pública como o ibuprofeno, paracetamol e ácido acetilsalicílico. Não há nos autos impedimento para o uso das alternativas disponíveis na rede.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. [Treede RD. The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. Pain Rep. 2018;3\(2\).](#)

2. [Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica \[Internet\]. 2012. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-dor-cronica-2012.pdf>](#)

3. [Turk DC. Pain terms and taxonomies of pain. Bonicas Manag Pain. 2010;](#)

4. [Teixeira EP, Mussi RF de F, Petroski EL, Munaro HLR, Figueiredo ACMG. Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro. Fisioter E Pesqui. março de 2019;26:85–90.](#)

5. [Desconsi MB, Bartz PT, Fiegenbaum TR, Candotti CT, Vieira A. Tratamento de pacientes com dor lombar crônica inespecífica por fisioterapeutas: um estudo transversal. Fisioter E Pesqui. março de 2019;26:15–21.](#)

6. [Romero DE, Muzy J, Maia L, Marques AP, Souza PRB de, Castanheira D. Desigualdades e fatores associados ao tratamento do problema crônico de coluna no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 28 de outubro de 2019;24:4211–26.](#)

7. [Rosenquist M, Ellen W. Overview of the treatment of chronic non-cancer pain. UpToDate Walth MA Accessed Sept. 2019;26.](#)

8. [Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. The Lancet. 2011;377\(9784\):2226–35.](#)

9. [Freynhagen R, Bennett MI. Diagnosis and management of neuropathic pain. Bmj. 2009;339:b3002.](#)

10. [Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS \(CONITEC\). Ficha técnica](#)

- sobre medicamentos: gabapentina para tratamento de dor neuropática em adultos. [Internet]. 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/FichasTecnicas/gabapentina_dor_cronica.pdf
11. Davies NM, McLachlan AJ, Day RO, Williams KM. Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of celecoxib: a selective cyclo-oxygenase-2 inhibitor. *Clin Pharmacokinet*. março de 2000;38(3):225–42.
12. Tulder MW van, Scholten RJ, Koes BW, Deyo RA. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2000 [citado 30 de agosto de 2022];(2). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000396/full>
13. White AP, Arnold PM, Norvell DC, Ecker E, Fehlings MG. Pharmacologic management of chronic low back pain: synthesis of the evidence. *Spine*. 1o de outubro de 2011;36(21 Suppl):S131-143.
14. Mukherjee D, Nissen SE, Topol EJ. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors. *JAMA*. 22 de agosto de 2001;286(8):954–9.
15. Canadian Association of Gastroenterology GERD Consensus Group. Celecoxib versus Non-selective Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs and Proton Pump Inhibitors: Clinical Effectiveness, Safety, and Cost-Effectiveness [Internet]. 2011. Disponível em: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/dec-2011/RC0310-000%20Celecoxib-PPI.pdf>

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS-UFRGS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Nos autos são apresentados três laudos médicos da paciente. O primeiro (Evento 1, LAUDO9) informa que a paciente apresenta discartrose avançada da coluna lombar, associada a estenose lombar. Solicita os medicamentos pregabalina, tramadol, celecoxibe ou cetoprofeno, clonazepam e a associação de tramadol e paracetamol para tratar dor crônica lombar. É informado que a paciente apresentou alergia ao medicamento Paco (paracetamol e codeína) e que já utilizou dipirona, cetoprofeno e morfina durante internação domiciliar. Em outro laudo (Evento 38, ATESTMED2) há a informação de que a paciente sofre de complicação não especificada à dispositivo protético, implante ou enxerto ortopédico e artrodese lombar, e solicita medicamentos para manejo da dor após artrodese. Neste segundo laudo também consta a informação de que já utilizou dipirona, sem melhora da dor e Paco que lhe causou eventos adversos de dispnéia e constipação. As prescrições juntadas ao processo vieram de três diferentes prescritores, o cetoprofeno não aparece nas prescrições, apenas no primeiro e segundo laudos, com posologias distintas. No primeiro laudo (Evento 1, LAUDO9) é solicitado cetoprofeno 150mg ou celecoxibe 200mg de 12 em 12 horas, já o segundo laudo (Evento 7, LAUDO2) traz a solicitação de cetoprofeno 150 mg de 8 em 8 horas. O mesmo acontece com outros medicamentos, sendo a pregabalina 75 mg, celecoxibe 200mg e paracetamol/tramadol ora prescritos 1 comprimido a cada 12h, ora prescritos 1 comprimido a cada 8 horas.

Nesses termos, pleiteia o uso de pregabalina, tramadol, celecoxibe, cetoprofeno, clonazepam e a associação de tramadol e paracetamol. A presente nota versará sobre o pleito de celecoxibe no manejo da dor.

A Associação Internacional de Estudos de Dor (do inglês, International Association for the Study of Pain ou IASP) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou não a dano real ou potencial (1). Dor pode ser classificada em aguda, quando sua duração é inferior a 30 dias, ou crônica, se superior a 30 dias (2). Ademais, subclassifica-se conforme sua etiologia em nociceptiva (decorrente de lesão de tecidos ósseos, musculares

ou ligamentares), neuropática (causada por lesão ou disfunção do sistema nervoso) ou mista (3).

Problemas crônicos na coluna e/ou dor nas costas se referem a agravos como cervicalgias, dores torácicas e ciáticas, transtornos dos discos vertebrais, espondiloses, radiculopatias e dores lombares (4). A Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, estimou a prevalência no Brasil de problema crônico de coluna em 18,5% (IC 95%: 17,8 – 19,1) (5,6). As opções terapêuticas para manejo de dor crônica se enquadram em seis categorias principais: abordagens farmacológicas, medicina física e reabilitação ou fisioterapia, medicina comportamental, neuromodulação, intervenção de cunho psicológico e tratamentos cirúrgicos (7). Dessa forma, deve-se priorizar abordagens conjuntas e coordenadas por uma equipe multidisciplinar, em que a medicação não é o foco único do tratamento.

Apesar dos avanços no campo, o tratamento farmacológico raramente resulta no alívio completo da dor (8): menos de 50% dos pacientes responderão à primeira linha de tratamento (9). Recomenda-se a utilização de antidepressivos tricíclicos com destaque à amitriptilina, amplamente estudada e disponível pelo SUS (2,6,7). Em caso de falha terapêutica, pode-se associar anticonvulsivantes. Dentre eles, três fármacos apresentam evidências de melhor qualidade para tratamento de dor crônica: gabapentina, pregabalina e carbamazepina ou oxcarbazepina (8). Vale constar que a gabapentina e a carbamazepina estão disponíveis pelo SUS (10). Mais recentemente, debate-se sobre a utilização de anticonvulsivantes como primeira linha de tratamento (7).

Tecnologia 97181-B

CID: Z98.1 - Artrodese

Diagnóstico: Artrodese

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: PREGABALINA

Via de administração: VO

Posologia: pregabalina 75mg 1 comprimido a cada 12h

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: PREGABALINA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: conforme consta em ficha técnica elaborada pela CONITEC, estão disponíveis inúmeras alternativas [\(9\)](#). Entre elas, amitriptilina, clomipramina, carbamazepina, gabapentina, ácido valpróico e morfina. Além disso, o SUS disponibiliza tratamentos não farmacológicos que podem ser utilizados no tratamento da dor.

Existe Genérico? Sim

Existe Similar? Sim

Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar: Vide a tabela CMED

Custo da Tecnologia

Tecnologia: PREGABALINA

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: PREGABALINA

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: PREGABALINA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A pregabalina atua como neuromodulador, conectando-se a canais de cálcio localizados em inúmeras regiões do cérebro e da medula espinhal. Dessa forma, inibe a liberação de neurotransmissores excitatórios que são importantes na produção e transmissão de estímulos dolorosos. A pregabalina foi sintetizada como um análogo lipofílico do ácido gama aminobutírico (GABA), principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central (SNC), de forma a facilitar sua difusão através da barreira hematoencefálica ao SNC [\(11\)](#). A pregabalina se provou eficaz no manejo da dor neuropática [\(12,13\)](#). Para tratamento da dor neuropática, tanto para adultos quanto para idosos, a faixa terapêutica recomendada é de 150 a 600 mg para manejo de dor neuropática, sendo a dose inicial recomendada de 150 mg/dia [\(14\)](#).

Revisão sistemática do grupo Cochrane, publicada em 2019, avaliou ensaios clínicos randomizados, duplo-cego, com duração mínima de duas semanas de pregabalina no tratamento de dor crônica neuropática [\(15\)](#). Foram incluídos 45 ensaios clínicos randomizados, totalizando 11.906 pacientes com neuralgia pós-herpética, neuropatia diabética dolorosa ou dor neuropática mista. Considerando-se pacientes com dor neuropática pós-traumática mista ou não classificada, foram encontrados 4 estudos de qualidade baixa a moderada, somando 1.367 participantes. Evidenciou-se que mais participantes obtiveram, pelo menos, 30% de redução da intensidade da dor com pregabalina 600 mg do que com placebo (48% vs. 36%; RR=1,2, IC95% 1,1-1,4; NNT=8,2, IC95% 5,7-15) e exibiram redução de, pelo menos, 50% da intensidade da dor (34% vs. 20%; RR=1,5, IC95% 1,2-1,9; NNT=7,2, IC95% 5,4-11). Sonolência (12% vs. 3,9%) e tonturas (23% vs. 6,2%) foram os eventos adversos mais comuns com pregabalina. Com relação a eventos adversos graves, a frequência foi semelhante entre participantes em uso de placebo e pregabalina 300 mg (3,1% vs. 2,6%; RR=1,2, 95%IC 0,8-1,7), bem como entre participantes em uso de placebo e pregabalina 600 mg (3,4% vs. 3,4%; RR=1,1, 95%IC 0,8-1,5). Nessa linha, trata-se de um fármaco recomendado pelo NICE como um dos dois tratamentos de primeira linha para pacientes com dor neuropática [\(16\)](#).

Em consulta à tabela CMED, no site da ANVISA, realizada em setembro de 2022, selecionou-se a alternativa de menor custo para a apresentação e posologia prescrita, assim foi elaborada a tabela acima estimando o custo anual do tratamento. Foi considerada a prescrição mais recente juntada aos autos de pregabalina 75mg 1 comprimido a cada 12h.

Não foi encontrada análise de custo-efetividade adaptada ao contexto do SUS. Contudo, uma análise de custo-efetividade do governo canadense avaliou alternativas para manejo de dor crônica neuropática (pregabalina, gabapentina, amitriptilina, carbamazepina, tramadol e duloxetina) [\(17\)](#). O uso de antidepressivos tricíclicos (amitriptilina) foi responsável pela resposta clínica mais significativa, seguidos por anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina e carbamazepina) e, em último lugar, por inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (duloxetina). Em paralelo, antidepressivos tricíclicos (amitriptilina) mostraram-se menos custosos, seguidos pelos inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (duloxetina) e, em último lugar, pelos anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina e carbamazepina). Por fim, fez-se a especulação de que se 1% da população canadense com dor neuropática (25,3 milhões de adultos) fosse elegível para tratamento farmacológico, o governo teria de fornecer medicamento a 250.000 pessoas. Caso metade delas de fato obtivesse tratamento fornecido pelo governo, antidepressivos tricíclicos representariam o gasto de US\$ 107 milhões por ano ao Canadá; inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (duloxetina) elevariam para \$ 171 milhões os gastos anuais; e anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina e carbamazepina), para US \$ 239 milhões.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: redução significativa da dor quando comparado ao placebo.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: PREGABALINA

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Apesar da pregabalina ser uma alternativa eficaz no manejo da dor, a evidência científica disponível aponta para benefício no uso apenas quando é comparada a placebo; não foi observado benefício clinicamente relevante quando comparada a tratamento ativo. O SUS dispõe de diversas opções para tratamento da dor crônica, incluindo gabapentina (mesma classe farmacológica da pregabalina).

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: [1. Treede RD. The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. Pain Rep. 2018;3\(2\).](#)

[2. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica \[Internet\]. 2012. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-dor-cronica-2012.pdf>](#)

[3. Turk DC. Pain terms and taxonomies of pain. Bonicas Manag Pain. 2010;](#)

[4. Teixeira EP, Mussi RF de F, Petroski EL, Munaro HLR, Figueiredo ACMG. Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro. Fisioter E Pesqui. março de 2019;26:85–90.](#)

[5. Desconsi MB, Bartz PT, Fiegenbaum TR, Candotti CT, Vieira A. Tratamento de pacientes com dor lombar crônica inespecífica por fisioterapeutas: um estudo transversal. Fisioter E Pesqui. março de 2019;26:15–21.](#)

[6. Romero DE, Muzy J, Maia L, Marques AP, Souza PRB de, Castanheira D. Desigualdades e fatores associados ao tratamento do problema crônico de coluna no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 28 de outubro de 2019;24:4211–26.](#)

[7. Rosenquist M, Ellen W. Overview of the treatment of chronic non-cancer pain. UpToDate Walth MA Accessed Sept. 2019;26.](#)

[8. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. The Lancet. 2011;377\(9784\):2226–35.](#)

[9. Freynhagen R, Bennett MI. Diagnosis and management of neuropathic pain. Bmj. 2009;339:b3002.](#)

[10. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS \(CONITEC\). Ficha técnica sobre medicamentos: gabapentina para tratamento de dor neuropática em adultos. \[Internet\]. 2015. Disponível em:](#)

[11. Feng MR, Turluck D, Burleigh J, Lister R, Fan C, Middlebrook A, et al. Brain microdialysis](#)

and PK/PD correlation of pregabalin in rats. Eur J Drug Metab Pharmacokinet. 2001;26(1–2):123–8.

12. Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, Baron R, Gourlay GK, Haanpää ML, et al. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. In Elsevier; 2010. p. S3–14.

13. Attal N, Cruccu G, Baron R al, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. Eur J Neurol. 2010;17(9):1113-e88.

14. Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. Psicofármacos-: Consulta Rápida. Artmed Editora; 2015.

15. Derry S, Bell RF, Straube S, Wiffen PJ, Aldington D, Moore RA. Pregabalin for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2019;(1).

16. Tan T, Barry P, Reken S, Baker M. Pharmacological management of neuropathic pain in non-specialist settings: summary of NICE guidance. Bmj. 2010;340.

17. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Anticonvulsants, Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors, and Tricyclic Antidepressants in Management of Neuropathic Pain: A Meta-Analysis and Economic Evaluation [Internet]. 2009. Disponível em: <https://www.cadth.ca/anticonvulsants-serotonin-norepinephrine-reuptake-inhibitors-and-tricyclic-antidepressants-0>

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS-UFRGS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Nos autos são apresentados três laudos médicos da paciente. O primeiro (Evento 1, LAUDO9) informa que a paciente apresenta discartrose avançada da coluna lombar, associada a estenose lombar. Solicita os medicamentos pregabalina, tramadol, celecoxibe ou cetoprofeno, clonazepam e a associação de tramadol e paracetamol para tratar dor crônica lombar. É informado que a paciente apresentou alergia ao medicamento Paco (paracetamol e codeína) e que já utilizou dipirona, cetoprofeno e morfina durante internação domiciliar. Em outro laudo (Evento 38, ATESTMED2) há a informação de que a paciente sofre de complicação não especificada à dispositivo protético, implante ou enxerto ortopédico e artrodese lombar, e solicita medicamentos para manejo da dor após artrodese. Neste segundo laudo também consta a informação de que já utilizou dipirona, sem melhora da dor e Paco que lhe causou eventos adversos de dispnéia e constipação. As prescrições juntadas ao processo vieram de três diferentes prescritores, o cetoprofeno não aparece nas prescrições, apenas no primeiro e segundo laudos, com posologias distintas. No primeiro laudo (Evento 1, LAUDO9) é solicitado cetoprofeno 150mg ou celecoxibe 200mg de 12 em 12 horas, já o segundo laudo (Evento 7, LAUDO2) traz a solicitação de cetoprofeno 150 mg de 8 em 8 horas. O mesmo acontece com outros medicamentos, sendo a pregabalina 75 mg, celecoxibe 200mg e paracetamol/tramadol ora prescritos 1 comprimido a cada 12h, hora prescritos 1 comprimido a cada 8 horas.

Nesses termos, pleiteia o uso de pregabalina, tramadol, celecoxibe, cetoprofeno, clonazepam e a associação de tramadol e paracetamol. A presente nota versará sobre o pleito de pregabalina no manejo da dor.

A Associação Internacional de Estudos de Dor (do inglês, International Association for the Study of Pain ou IASP) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou não a dano real ou potencial (1). Dor pode ser classificada em aguda, quando

sua duração é inferior a 30 dias, ou crônica, se superior a 30 dias (2). Ademais, subclassifica-se conforme sua etiologia em nociceptiva (decorrente de lesão de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares), neuropática (causada por lesão ou disfunção do sistema nervoso) ou mista (3).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 20% da população mundial apresenta algum grau de dor crônica (4), resultando em significativo impacto econômico (5,6). As opções terapêuticas para manejo de dor crônica se enquadram em seis categorias principais: abordagens farmacológicas, medicina física e reabilitação ou fisioterapia, medicina comportamental, neuromodulação, intervenção de cunho psicológico e tratamentos cirúrgicos (7). Dessa forma, deve-se priorizar abordagens conjuntas e coordenadas por uma equipe multidisciplinar, em que a medicação não é o foco único do tratamento.

Problemas crônicos na coluna e/ou dor nas costas se referem a agravos como cervicalgias, dores torácicas e ciáticas, transtornos dos discos vertebrais, espondiloses, radiculopatias e dores lombares (4). A Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, estimou a prevalência no Brasil de problema crônico de coluna em 18,5% (IC 95%: 17,8 – 19,1) (5,6). As opções terapêuticas para manejo de dor crônica se enquadram em seis categorias principais: abordagens farmacológicas, medicina física e reabilitação ou fisioterapia, medicina comportamental, neuromodulação, intervenção de cunho psicológico e tratamentos cirúrgicos (7). Dessa forma, deve-se priorizar abordagens conjuntas e coordenadas por uma equipe multidisciplinar, em que a medicação não é o foco único do tratamento.

Apesar dos avanços no campo, o tratamento farmacológico raramente resulta no alívio completo da dor (8): menos de 50% dos pacientes responderão à primeira linha de tratamento (9). Recomenda-se a utilização de antidepressivos tricíclicos com destaque à amitriptilina, amplamente estudada e disponível pelo SUS (2,6,7). Em caso de falha terapêutica, pode-se associar anticonvulsivantes. Dentre eles, três fármacos apresentam evidências de melhor qualidade para tratamento de dor crônica: gabapentina, pregabalina e carbamazepina ou oxcarbazepina (8). Vale constar que a gabapentina e a carbamazepina estão disponíveis pelo SUS (10). Mais recentemente, debate-se sobre a utilização de anticonvulsivantes como primeira linha de tratamento (7).