



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

RESPOSTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dr. Francisco Lacerda de Figueiredo

PROCESSO Nº.: 0624180031798

SECRETARIA: Vara Única

COMARCA: São João da Ponte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: E. T. R.

IDADE: 52 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamentos: Carvedilol 25; Entresto 49/51;
Ancoron 200; Eliquis 2.5

DOENÇA(S) INFORMADA(S): I 50.0 e I47.2

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Tratamento de Insuficiência Cardíaca

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRM 28.432

RESPOSTA TÉCNICA: 2017.000968

II – PERGUNTAS DO JUÍZO: Viabilidade de fornecimento dos fármacos solicitados.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Dados do caso conforme relatório médico de 03/12/2018, trata-se de ETR, 52 anos, com diagnóstico Doença de Chagas, mostrando em seu último ecocardiograma fração de ejeção de 27%. Apresenta taquicardia sustentada, sendo necessário tratamento otimizado com Entresto, Carvedilol, Furosemida, Aldactone, Ancoron; Eliquis

A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença frequente, secundária a deteriorização da função da musculatura cardíaca determinando dilatação e alteração na função contráctil do ventrículo esquerdo (VE) ou de ambos os ventrículos. Resulta em alterações hemodinâmicas como redução do débito cardíaco e elevação da pressão arterial pulmonar e venosa sistêmica. Geralmente



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

há predomínio de disfunção sistólica, com hipertrofia miocárdica reacional, que frequentemente evolui para a **insuficiência cardíaca (IC) esquerda com fração de ejeção < 40%**. Também **pode cursar com arritmias atrial e/ou ventricular e resultar em óbito em qualquer estágio da doença, sendo seu prognóstico ruim nos casos que desenvolvem IC, com taxa de mortalidade de 50% em 5 anos**. É frequente em homens, com idade entre 20 e 50 anos, sendo 3 vezes mais predominante em negros. É a via final de muitas doenças que afetam o coração, o que explica a sua crescente prevalência. **Sua etiologia é variada** e comumente classificada como idiopática, familiar/genética, viral e/ou imune (aids e **doença de Chagas**), alcoólica/tóxica, doenças como amiloidose, sarcoidose ou associada com doença cardiovascular reconhecida, cujo grau de disfunção do miocárdio não é explicado pelas condições de anormal sobrecarga ou dano isquêmico.

Seu diagnóstico deve sempre ser ventilado, após afastadas outras doenças que acarretam dilatação cardíaca, como a doença arterial coronária, a hipertensão arterial sistêmica, as lesões orovalvares, as doenças congênitas e outras formas de acometimento do miocárdio, como a cardiopatia chagásica. Clinicamente apresenta com uma ampla variação de quadro, com pacientes assintomáticos apresentando dilatação cardíaca sem disfunção ventricular em repouso e outros com sintomas mais avançados de IC grave. A dispnéia é o sintoma mais freqüente, devido à hipertensão venocapilar pulmonar, podendo ser de grande ou pequeno esforços, ortopnéia, paroxística noturna e dispneia de repouso, acompanhada de tosse e hemoptóicos. A diminuição do débito cardíaco é responsável pela fadiga, extremidades frias, sudorese, tonteiras, terceira bulha e síncope. São freqüentes os distúrbios da condução e do ritmo, daí surgindo palpitações, tonteiras e síncope; assim como os quadros de tromboembolismo, devido à formação de trombos intracavitários. A dor torácica pode ser decorrente da embolização pulmonar ou coronária. Pode ocorrer insuficiência mitral e/ou tricúspide resultante da dilatação do anel atrioventricular, secundário à mudança geométrica do ventrículo, que



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

distorce o aparelho subvalvar e altera o fechamento valvar levando a regurgitação. Finalmente, nos casos mais avançados e graves, encontramos sintomas devido à congestão direita, como: dor no hipocôndrio direito, edema de membros inferiores, aumento de peso e ascite.

A suspeita clínica deve ser confirmada, de acordo com cada caso, com a avaliação da função cardíaca e realização de exames gerais: eletrocardiograma (ECG), raio X de toráx, revisão laboratorial sumária, holter, ecocardiograma, ressonância nuclear magnética, cateterismo cardíaco, cintilografia miocárdica, e avaliação funcional e da qualidade de vida. A avaliação funcional e da qualidade de vida são importantes não só para o diagnóstico, mas como preditor de prognóstico, avaliação da resposta terapêutica e direcionamento da prescrição de exercícios. **Na presença de alterações clínicas, hemodinâmicas e de ECG como persistência da 3ª bulha cardíaca; hipotensão arterial; extra-sístoles ventriculares freqüentes e multifocais; fibrilação atrial e BCRE; fração de ejeção (FE) <25%; aumento acentuado dos volumes diastólico e sistólico do VE; hipocinesia difusa; aumento das pressões capilar pulmonar, arterial sistêmica, atrial direita, e resistência vascular sistêmica; e sinais de classe funcional IV da New York Heart Association (NYHA), o prognóstico da doença é pior.**

O tratamento envolve complexo arranjo de medidas não farmacológicas e farmacológicas. O manejo de pacientes com IC é um desafio pelo caráter progressivo da doença, a limitação da qualidade de vida, e a importante mortalidade. Em cerca de metade dos casos há uma redução da contração IC com FE reduzida se sabe que vários tratamentos são efetivos para melhorar a sobrevida e reduzir a hospitalização. Nos casos restantes há deteriorização do relaxamento IC com FE conservada, não está claro se os mesmos tratamentos farmacológicos também são efetivos para melhorar os resultados. Dentre as medidas não farmacológicas têm destaque: vida saudável com dieta pobre em sal, gorduras e açúcar, rica em fibras;



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

mudanças no estilo de vida, vacinação como forma de prevenir infecções principalmente em idosos, reabilitação e treinamento físico; abordagem das causas e atenuação dos fatores de risco como stress, uso de antidepressivos, etilismo, tabagismo. O repouso deve ser instituído na fase de descompensação, estando indicada a mobilização precoce após a compensação da disfunção cardíaca. A terapêutica deve ser baseada nas alterações funcionais, que quando perduram, obrigam à procura exaustiva de uma etiologia. **O tratamento farmacológico é orientado pela clínica do paciente e processos envolvidos na progressão e manutenção da IC que constituem-se, alvos potenciais de intervenção terapêutica de forma complementar e aditiva no alívio dos sintomas, na melhoria da qualidade de vida e na redução da morbimortalidade associada. Nos pacientes com fração de ejeção reduzida, o uso de drogas baseia-se na interação entre a função cardíaca e os sistemas neuro-humorais e inflamatórios, com drogas capazes de bloquear o sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) e o sistema nervoso simpático (SNS). As drogas mais usadas são os inibidores da renina-angiotensina-aldosterona como inibidores da enzima de conversão de angiotensina (IECA) (enalapril e captopril) ou os antagonistas do receptor de angiotensina (BRA). Na ausência de tolerância as estas drogas e nos pacientes com infarto do miocárdio ou síndrome coronária aguda, estão indicados os bloqueadores adrenérgicos (BB) como o carvedilol bisoprolol e metoprolol e antagonistas dos recetores mineralocorticoides (MRA). Os IECA e BRA representam o grupo de maior importância em favorecer a evolução dos pacientes com IC em todos os estágios, tendo em vista sua ação hemodinâmica, neuro-hormonal, trófica e anti-trombolítica. No tratamento da miocardiopatia dilatada, os BB associados aos IECA e BRA determinam benefícios clínicos na mortalidade global, na morte por IC e na morte súbita, além de melhoria dos sintomas e redução das reinternação, apresentando**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

níveis de evidências A e B neste tratamento e por isto são as drogas mais utilizadas. Os BB muito usados no tratamento da IC por disfunção sistólica melhoram os sintomas, a função ventricular e a capacidade funcional, reduzindo o risco de agravamento e a necessidade de internação. Embora haja redução da mortalidade com alguns agentes, o efeito de classe ainda não foi comprovado. **Estudos demonstram não haver preferência de um BB em relação ao outro, porém o caverdilol é capaz de conferir maior benefício nos africo-americanos.** Os antagonistas dos Receptores da Angiotensina II (ARAI), que incluem losartana e valsartana não apresentam o mesmo risco dos IECA em relação à hipotensão de primeira dose já que sua ação é lenta. Também não induzem tosse pois não causam acúmulo de bradicinina. Podem ser combinados com os IECA, melhorando os sintomas e reduzindo a hospitalização, particularmente naqueles que não toleram os BB. Não é conhecido se seu efeito sobre a mortalidade equipara-se ao dos IECA. Os vasodilatadores diretos, são representados pela hidralazina e os nitratos. Estão indicados para pacientes com piora da função renal, ou que não evoluem bem mesmo em uso de tratamento medicamentoso otimizado e persistem com sinais de resistência periférica elevada. Os nitratos, como a isosorbida, reduzem a pré carga, aliviam a congestão sistêmica e aumentam a tolerância ao exercício. São uma opção para casos com dispneia persistente a despeito do uso de IECA. Na intolerância aos IECA e ARAI a associação nitrato com hidralazina é uma boa opção. A hidralazina, reduz a pós carga e aumenta o débito cardíaco sendo particularmente útil em pacientes com cardiomegalia e aumento da resistência vascular sistêmica. Os digitálicos como a digoxina, são recomendados como segunda linha, em pacientes com sinais de IC e fração de ejeção menor que 45% e em pacientes assintomáticos com fibrilação atrial (FA) com resposta alta, sendo útil associá-la a hidralazina. **Os diuréticos principalmente os tiazídicos, os de alça como furosemida (Lasix) e bumetanida ou os poupadores de potássio (espironolactona, amilorida, triantereno)**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

são capazes de reduzir a pré e pós carga aliviando os sintomas congestivos. Assim sua recomendação se restringe aos estágios sintomáticos da IC, com congestão, sempre associados aos IECA ou ARAlI. **A espironolactona (Aldactone) é a única droga disponível no Brasil da classe dos diuréticos poupadores de potássio e tem seu uso indicado nos casos de IC CF III ou IV associada aos BRA, IECA e BB.** Os antagonistas de cálcio, dihidropiridínicos, nifedipina e anlodipina e não dihidropiridínicos, verapamil, diltiazem de primeira geração devem ser usados com grande cautela. Os antiarrítmicos são muito utilizados naqueles pacientes que apresentam arritmias, porém seu papel ainda não está bem definido. Sabe-se da sua capacidade de reduzir a morte súbita de modo significativo. Destaca-se o efeito dos BB neste grupo, sempre associado a IECA e a atenuação dos fatores arritmogênicos. **A amiodarona (Ancoron) está recomendada nas taquicardias sintomáticas, arritmias ventriculares complexas e FA com necessidade de cardioversão química.** O digital é útil para o controle da FC. Anticoagulantes estão indicados em paciente com: FA, trombos intraventriculares, grande área acinética e tromboembolismo pulmonar prévio sendo a **varfarina o anticoagulante de referência** utilizado há décadas; em **doses ajustadas**, a primeira escolha para a maioria das situações clínicas com indicação de anticoagulação contínua. Outros novos anticoagulantes orais podem ser utilizados. **A varfarina é uma droga altamente eficaz na profilaxia de fenômenos tromboembólicos e não menos segura que novos anticoagulantes orais.**

O Entresto® é um **complexo supramolecular** de sal de sódio do pró-fármaco **sacubitril, inibidor da neprilisina, e do valsartan, um antagonista dos recetores da angiotensina (ARB) específico, administrado por via oral, recentemente aprovado no tratamento da insuficiência crônica (classes II-IV NYHA) com fração de ejeção reduzida.** Atua promovendo o relaxamento dos vasos sanguíneos e diminuição da retenção de água pelo corpo. **As evidências**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

iniciais, obtidas no ensaio clínico fase 3 do PARADIGM-HF demonstram sua eficácia na IC, quanto a redução da mortalidade. Entretanto a despeito do entusiasmo inicial, não existe consenso quanto ao seu lugar futuro na terapia da IC, bem como seu custo-efetividade, de acordo com as últimas diretrizes e pesquisas. Assim, se faz necessário mais pesquisas visando definir seu papel na terapêutica da IC, já existindo em andamento o estudo Entresto™ (LCZ696) In Advanced Heart Failure (LIFE Study) (HFN-LIFE), com previsão de término em 2020. Em 2018 a Conitec avaliou as evidências do uso de sacubitril/valsartana concluindo que esta droga, em esquema triplo de tratamento, é eficaz e potencialmente seguro para pacientes, menores de 76 anos, com IC classe NYHA II sintomáticos, com FE ventricular esquerda menor ou igual a 35%, refratários ao tratamento com IECA e/ou BRA. Tais evidências, somadas ao custo elevado do tratamento com essa tecnologia, indicam que seria necessário o estabelecimento de critérios de elegibilidade para seu uso. Assim concluiu que esta droga não apresenta benefícios clínicos condizentes com o preço proposto para o medicamento no Brasil, não sendo recomendado sua incorporação no SUS para tratamento de pacientes adultos com IC crônica sintomática NYHA II-IV com FE reduzida.

A Apixabana representa um dos novos anticoagulantes orais (NACO), os quais são inibidores diretos do fator Xa (fator dez ativado), como a Rivaroxabana, a Apixabana e a Edoxabana, e o inibidor do fator IIa, Dabigatrana. Apresentam como principal vantagem a comodidade de não necessitar de testagem rotineira da coagulação (RNI) e a ausência de interações com alimentos. Dentre as desvantagens, além de seus maiores custos, destacam-se a impossibilidade de uso em pacientes com insuficiência renal grave, o uso em duas doses diárias, a impossibilidade de controlar seu efeito por testes laboratoriais, e a ausência de antídoto, é fato que exige maior cautela em seu uso. A aparente vantagem da não necessidade de monitoramento dos NACO, na



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

verdade é um fator de risco adicional, já que sem qualquer monitoramento, esses pacientes ficam mais expostos a possibilidade de atraso no diagnóstico das complicações hemorrágicas, previstas com o uso de anticoagulantes, para as quais como o uso do NACO, não há antídoto. Dessa forma os **estudos disponíveis não podem ser interpretados como suficientes para imputar eficácia superior e maior segurança aos novos anticoagulantes orais. Seu uso é recente, e seus impactos futuros ainda são desconhecidos. Esses medicamentos carecem de estudos de maior evidência científica, já que os atuais, tem seus resultados limitados.** Vale ressaltar que ao se estudar os escores de risco /benefício do uso de anticoagulantes na prevenção de fenômenos embólicos, o **benefício líquido** com o uso dos NACO não foi maior que o do uso da varfarina. Apesar da ampla variedade de anticoagulantes para a profilaxia e tratamento de diversas situações trombóticas, **não se dispõe, no momento, de um anticoagulante ideal, completamente seguro, com farmacocinética, farmacodinâmica previsível, posologia simplificada, reduzida interação medicamentosa, antídoto específico e sem necessidade de monitorização laboratorial.** Entretanto o uso da Varfarina, precede em muito ao da Apixabana, e é sustentado pelo longo uso na prática clínica e por diversos estudos de evidências científicas de qualidade quanto à sua eficácia e riscos. O sucesso do tratamento anticoagulante está muito mais influenciado pela educação do paciente e/ou familiares e cuidadores, do que pela escolha do anticoagulante oral per se.

O SUS oferece alternativamente para o tratamento IC drogas das classes: **betabloqueadores (caverdilol, propranolol, metoprolol, atenolol), IECA (enalapril e captopril), ARAll (losartana), vasodilatadores diretos (hidralazina, isossorbida), diuréticos (furosemida, hidroclorotiazida, espironolactona), digitálicos (digoxina), antagonistas de cálcio (anlodipina, nifedipina, verapamil, diltiazem), antiarrítmicos (amiodarona, propafenona), anticoagulantes**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

(**varfarina**), por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Esses componentes são regulamentados pela Portaria GM/MS no 1.555 e 1.554, de 30 de julho de 2013 e respondem pela primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema, assim como 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 gestores do SUS, têm a responsabilidade, competência e legitimidade para orientar e organizar as políticas públicas de saúde, pautadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Consequentemente, a incorporação de tecnologia ou medicamento no SUS é padronizada mediante análises técnico-científicas a partir das melhores evidências disponíveis e associada a estudos de impacto financeiro para o Sistema. Esse processo é fundamental para a disponibilização de medicamentos eficazes, seguros, com relação custo-benefício adequada e que proporcione a formação, proteção e recuperação da saúde da população, estabelecidos pelo artigo 196 da Constituição Brasileira. Assim as Portarias de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017: políticas nacionais de saúde do SUS e a nº 6, de 28 de setembro de 2017: normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, regulam o CBAF e permitem a inclusão na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) de medicamentos considerados essenciais pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir de estudos científicos e estatísticos que comprovam sua eficácia no tratamento de grande percentual de pessoas acometidas por uma determinada doença. Portanto, estes os medicamentos devem ser de escolha como alternativa ao se iniciar um tratamento médico podendo ser usados como:

Alternativa farmacêutica: medicamentos com mesmo princípio ativo, não necessariamente na mesma dosagem, natureza química (éster, sal, base) ou forma farmacêutica, mas que oferecem a mesma atividade terapêutica.

Alternativa terapêutica, medicamentos que contêm diferentes princípios



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

ativos, indicados para o mesmo objetivo terapêutico ou clínico, mesma indicação e, almejando o mesmo efeito terapêutico.

Conclusão: No presente caso trata-se de caso de IC em paciente de 52 anos, com Doença de Chagas apresentando **FE de 27%** ao eco, **taquicardia ventricular sustentada**, com **necessidade de tratamento otimizado com entresto, ancoron, caverdilol, aldactone, lasix e eliquis**. Entretanto **não foi descrito o quadro de insuficiência cardíaca, nem a classe funcional, é referida, tão pouco existe informações que determine o uso de outras terapias, a indicação restrita para as drogas propostas e/ou contra-indicações para o uso do tratamento proposto pelo SUS.**

As evidências iniciais, obtidas no ensaio clínico fase 3 do **Entresto PARADIGM-HF demonstram sua eficácia na IC**. Entretanto a despeito do entusiasmo inicial, **não existe consenso quanto ao seu lugar futuro na terapia da IC, bem como seu custo-efetividade, e mais pesquisas estão em andamento** como o estudo: EntrestoTM (LCZ696) In Advanced Heart Failure (LIFE Study) (HFN-LIFE), com previsão de término em 2020.

Até o momento, **não se dispõe, no de um anticoagulante ideal, completamente seguro, com farmacocinética, farmacodinâmica previsível, posologia simplificada, reduzida interação medicamentosa, antídoto específico e sem necessidade de monitorização laboratorial**. A Apixabana representa um dos novos anticoagulantes orais (NACO), os quais são inibidores diretos do fator Xa (fator dez ativado). Estudos disponíveis não podem ser interpretados como suficientes para imputar eficácia superior e maior segurança aos NACO. Seu uso é recente, e seus impactos futuros ainda são desconhecidos. Esses medicamentos carecem de estudos de maior evidência científica, já que os atuais, tem seus resultados limitados. Entretanto o uso da Varfarina, precede ao da Apixabana, e é sustentado pelo longo uso na prática clínica e por diversos estudos de evidências científicas



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

de qualidade quanto à sua eficácia e riscos.

As drogas requeridas entresto e apixabana, não estão disponíveis no SUS e a Conitec não recomendou suas incorporações. O SUS oferece alternativamente para o tratamento da IC incluindo a prevenção do tromboembolismo drogas das classes: IECA, ARAII, betabloqueadores, vasodilatadores, antagonistas de cálcio, antiarrítmicos, digitálicos, diuréticos, e varfarina.

Os elementos apresentados no relatório são insuficientes para a realização de uma avaliação documental individual/particular do caso concreto, que permita dizer que exista imprescindibilidade do uso do entresto e da eliquis em substituição as disponíveis no SUS.

As demais drogas Ancoron, Aldactone, Lasix, Caverdilol são fornecidas pelo SUS e estão disponíveis no CBAF.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Chapilin S. Sacubitril/valsartan for chronic heart failure: it's future potential. **Prescriber**, 2016, 27(11), 26-34. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/psb.1514>.
- 2) P. Marques da Silva, C. Aguiar. Sacubitril/valsartan: um importante avanço no puzzle terapêutico da insuficiência cardíaca. **Rev Port Cardiol**. 2017;36(9):655-68. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2016.11.013>.
- 3) Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012 **Arq Bras Cardiol** 2012; 98(1supl.1):1-33. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20IC%20Cr%C3%B4nica.pdf>.
- 4) Clinical trial Entresto™ (LCZ696) In Advanced Heart Failure (LIFE Study) (HFN-LIFE). US National Library. Of Medicine NIH. Disponível em: <http://clinicaltrials>.



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

[gov/ct2/show/nct02816736](http://gov.ct2/show/nct02816736).

5) Albanesi FMF. Miocardiopatia dilatada: manejo clínico **Arq Bras Cardiol** 1998; 71(2):95-107. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v71n2/a02v71n2.pdf>

6) Martin N, Manoharan K, Thomas J, Davies C, Lumbers R. Beta-blockers and inhibitors of the renin-angiotensin aldosterone system for chronic heart failure with preserved ejection fraction. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2018, Issue 6. Art. No.: CD012721. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD012721/VASC_beta-blockers-and-inhibitors-renin-angiotensin-aldosterone-system-chronic-heart-failure-preserved.

7) Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. relatório de recomendação. Diretrizes Brasileiras para insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Brasília, Outubro de 2018. 105p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Relatrio_diretrizes_brasileiras_ICC.pdf.

8) Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de recomendação. Sacubitril/valsartana para o tratamento de pacientes adultos com insuficiência cardíaca crônica sintomática (NYHA classe II-IV) com fração de ejeção reduzida. Brasília, Novembro de 2018. 71 p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2018/Relatorio_Sacubitril-Valsartana_IC_CP_70_2018.pdf.

9) Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Recomendação nº 195. Apixabana, Rivaroxabana e Dabigatrana em paciente com fibrilação atrial não valvar. Brasília, Fevereiro de 2016 36p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatrio_Anticoagulantes_final.pdf.

10) Magalhães LP, Figueiredo MJO, Cintra FD, Saad EB, Kuniyishi RR, Teixeira RA, Lorga Filho AM, D'Avila A, de Paola AAV, Kalil CA, Moreira DAR, Sobral Filho DC, Sternick EB, Darrieux FCC, Fenelon G, Lima GG, Atié J, Mateos JCP, Moreira JM, Vasconcelos JTM, Zimmerman LI, Silva LRL, Silva MA, Scanavacca MI, Souza OF. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. **Arq Bras Cardiol**. 2016;106(Supl.2):1-35.



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

Disponível em: https://sobrac.org/home/wp-content/uploads/2013/01/1459802127_02_II_DIRETRIZ_FIBRILACAO_ATRIAL.pdf.

11) Lorga Filho A M, Azmus AD, Soeiro AM, Quadros AS, Avezum Junior A, Marques AC, Franci A, Manica ALL, Volschan A, De Paola AAV, Greco AIL, Ferreira ACN, Sousa ACS, Pesaro AEP, Simão AF, Lopes ASSA, Carvalho ACC, Timerman A, Ramos AIO, Alves BR, Caramelli B, Mendes BA, Polanczyk CA, Montenegro CEL, Barbosa CJDG, Serrano Junior CV, Melo CCL, Pinho C, Moreira DAR, Calderaro D, Gualandro DM, Armaganijan D, Machado Neto EA, Bocchi EA, Paiva EF, Stefanini E, D'Amico E, Evaristo EF, Silva EER, Fernandes F, Brito Junior FS, Bacal F, Ganem F, Gomes FLT, Mattos FR, Moraes Neto FR, Tarasoutchi F, Darrieux FCC, Feitosa GS, Fenelon G, Morais GR, Correa Filho H, Castro I, Gonçalves Junior I, Atié J, Souza Neto JD, Ferreira JFM, Nicolau JC, Faria Neto JR, Annichino-Bizzacchi JM, Zimerman LI, Piegas LS, Pires LJT, Baracioli LM, Silva LB, Mattos LAP, Lisboa LAF, Magalhães LPM, Lopes MACQ, Montera MW, Figueiredo MJO, Malachias MVB, Gaz MVB, Andrade MD, Bacellar MSC, Barbosa MR, Clausell NO, Dutra OP, Coelho OR, Yu PC, Lavítola PL, Lemos Neto PA, Andrade PB, Farsky PS, Franco RA, Kalil RAK, Lopes RD, Esporcatte R, Heinisch RH, Kalil Filho R, Giraldez RRCV, Alves RC, Leite REGS, Gagliardi RJ, Ramos RF, Montenegro ST, Accorsi TAD, Jardim TSV, Scudeler TL, Moisés VA, Portal VL Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia, **Arq. Bras. Cardiol.** 2013;101(supl.3): 1-93. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Antiagregantes_Anticoagulantes.pdf.

V – DATA:

15/02/2019

NATJUS – TJMG