



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

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

### **NOTA TÉCNICA**

#### **IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO**

**SOLICITANTE:** MM. Juiz de Direito Dr Gustavo Obata Trevisan

**PROCESSO Nº.:** 5000740922021813.0778

**SECRETARIA:** Vara Única

**COMARCA:** Bocaiúva

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

**REQUERENTE:** J. S. T.

**IDADE:** 70 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Medicamentos: Entresto, Pantoprazol 40mg, Rosuvastatina cálcica 40 mg, Carvedilol 25g, Furosemida 25mg, Espironolactona 25mg, Ciprofibrato.

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: I 50, I 42 e I 65.2

**FINALIDADE/INDICAÇÃO:** Para evitar evento cardioembólico

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 80.854, CRMDF 8.518 e 16.608

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2021.0002338

#### **II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

O uso combinado dos medicamentos solicitados é eficaz para o tratamento da paciente?

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

Conforme documentos médicos datados de 23/08/2018, 22/01/2020, 19/04/2021, trata-se de JST, com 70 anos, em **acompanhamento cardiológico, cardiopata grave, de caráter definitivo e evolução inexorável**. Diagnóstico de insuficiência cardíaca crônica em fase avançada, secundária miocardiopatia dilatada, de provável origem isquêmica. Apresenta alto risco cardiovascular, com **FEVE de 40%** diminuição da **capacidade cardiorrespiratória** em grau importante (**Classe**



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

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

**Funcional III de NYHA de I a IV). Histórico de episódio de PCR por fibrilação ventricular com desfibrilação imediata sem sequelas. Necessita do uso crônica de Entresto, Pantoprazol 40mg, Rosuvastatina cálcica 40 mg, Carvedilol 25g, Furosemida 25mg, Espironolactona 25mg.**

**A cardiomiopatia dilatada é uma doença primária do músculo cardíaco com dilatação e alteração na função contrátil do ventrículo esquerdo (VE) ou de ambos os ventrículos. É frequente em homens, com idade entre 20 e 50 anos, sendo 3 vezes mais predominante em negros. A etiologia é variada sendo as mais comuns a: 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 extenso dano isquêmico. Predomina a disfunção sistólica, com hipertrofia miocárdica reacional, que frequentemente evolui para a insuficiência cardíaca (IC) esquerda com fração de ejeção reduzida (FEr) < 40%. Também pode cursar com arritmias atrial e/ou ventricular, resultando em óbito em qualquer estágio da doença, sendo seu prognóstico ruim na presença de IC, com taxa de mortalidade de 50% em 5 anos. A Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC) é uma síndrome clínica complexa que resulta de qualquer comprometimento funcional ou estrutural do enchimento ventricular ou da ejeção de sangue pelo coração. Esta síndrome compromete o suprimento sanguíneo adequado para atender as necessidades metabólicas dos tecidos. Representa importante problema de saúde pública, não só pela elevada incidência e custos de tratamento, mas pela expressiva mortalidade e evolução incapacitante. O diagnóstico precoce e tratamento efetivo é capaz de diminuir a morbimortalidade e os custos, tornando relevante a necessidade de diretrizes para sua**



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

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

### **adequada abordagem na atenção primária.**

Clinicamente **apresenta ampla variação de quadro que inclui pacientes assintomáticos** (dilatação cardíaca sem disfunção ventricular em repouso), **até com sintomas mais avançados**. Seu diagnóstico deve sempre ser pensado, após afastadas outras doenças que acarretam dilatação cardíaca. **A dispnéia é o sintoma mais freqüente**, devido à hipertensão venocapilar pulmonar, podendo ser de repouso, grandes ou pequenos esforços, ortopnéia e paroxística noturna, geralmente acompanhada de tosse e hemoptócicos. **A diminuição do débito cardíaco é responsável pela fadiga, extremidades frias, sudorese, tonteiras, terceira bulha e síncope**. Os distúrbios da condução e do ritmo, com **palpitações, tonteiras e síncope são rotineiros**. Tromboembolismo, devido à formação de trombos intracavitários é frequente. A dor torácica pode ser decorrente da embolização pulmonar ou coronária. A insuficiência mitral e/ou tricúspide resulta da dilatação do anel atrioventricular, decorrente da mudança geométrica do ventrículo, distorcendo o aparelho subvalvar alterando o fechamento valvar levando a regurgitação. Nos casos mais graves e avançados, há congestão direita, com dor no hipocôndrio direito, edema de membros inferiores, aumento de peso e ascite.

**A suspeita clínica deve ser confirmada com a avaliação da função cardíaca e realização de exames gerais** de: eletrocardiograma, radiografia de toráx, revisão laboratorial, holter, ecocardiograma, medicina nuclear, teste ergométrico, estudo eletrofisiológico, ressonância nuclear magnética, avaliação funcional e da qualidade de vida e cateterismo cardíaco. **A avaliação funcional e da qualidade de vida é importante não só para o diagnóstico, mas como preditor de prognóstico, avaliação da resposta terapêutica e direcionamento da prescrição de exercícios**. Apresentação clínica permite classificar a ICC em 4 estágios clínicos



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

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

conforme a American College of Cardiology Foundation (ACCF)/American Heart Association (AHA), **estágio A, B, C e D e a avaliação funcional em 4 classes funcionais** pela escala New York Heart Association (NYHA). Na presença de alterações hemodinâmicas, clínicas e eletrocardiográficas de classe funcional IV da NYHA, como persistência da 3ª bulha cardíaca, hipotensão arterial, extra-sístoles ventriculares freqüentes e multifocais, fibrilação atrial (FA), BCRE, fração de ejeção <25%, aumento acentuado dos volumes diastólico e sistólico do VE, presença de hipocinesia difusa, aumento das pressões capilar pulmonar, atrial direita, arterial e da resistência vascular sistêmica o prognóstico é pior.

**O tratamento envolve arranjo de medidas não farmacológicas e farmacológicas, incluindo mudanças no estilo de vida** com dieta saudável, vacinação para prevenir infecções, reabilitação, treinamento físico; abordagem das causas e atenuação dos fatores de risco como stress, infecções, uso de antidepressivos, etilismo, tabagismo.

**O tratamento farmacológico é orientado pela clínica e processos envolvidos na progressão e manutenção da IC.** Tais processos constituem-se, alvos potenciais de intervenção terapêutica de forma complementar e aditiva no alívio dos sintomas, na melhoria da qualidade de vida, na redução da morbidade e mortalidade, assim como o controle das doenças sistêmicas concomitantes ou desencadeantes como diabetes, hipertensão e dislipidemias, dentre outras. Em algumas condições é necessário intervenção cirúrgica que vão desde procedimentos mais simples como implante de marca-passo até o transplante cardíaco. **O quadro abaixo resume as orientações farmacológicas gerais, mais utilizadas na ICC.**



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

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

Estágio A	Estágio B	Estágio C	Estágio D
Redução dos fatores de risco	Mesmas medidas de A	IECA e beta bloqueadores para todos	Inotrópicos
Tratar HAS, Diabetes e dislipidemia	IECA ou bloqueadores At2 para todos	Restrição de sódio, diuréticos e digoxina	Transplante
IECA ou Bloqueadores de At2 para alguns pacientes		Ressincronização cardíaca se há bloqueio de ramo	
		CRVM, cirurgia de valva Mitral sn	
		Equipe multidisciplinar	
		Aldosterona	

### Orientações farmacológicas gerais no tratamento da ICC

**Há uma grande variedade de drogas disponíveis, para o tratamento da ICC, mas os betabloqueadores (BB) associados à inibidores da enzima de conversão de angiotensina (IECA) e os bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) determinam benefícios clínicos na mortalidade global, na morte por IC e na morte súbita, além de melhoria dos sintomas e redução das reinternações, apresentando níveis de evidências A e B neste tratamento e por isto são as drogas mais utilizadas. Os IECA (enalapril e captopril) 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.** Entretanto 10 – 20% dos casos apresentam sintomas adversos de tosse seca, secundária ao acúmulo de bradicinina, independente do tempo de uso e/ou dose administrada, levando a necessidade de suspensão das drogas. **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. **Os principais representantes são:** atenolol, propanolol,



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

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

bisoprolol, metoprolol e **caverdilol que estão indicados mesmo nas formas mais graves de IC, classe funcional de I a III com alguma cautela na classe III pelo maior risco de hipotensão e/ou piora da IC, principalmente associados ao IECA.** Estudos demonstraram não haver preferência de um BB em relação ao outro, porém o **caverdilol é capaz de conferir maior benefício nos afro-americanos.** Os antagonistas dos Receptores da Angiotensina II (**ARAI ou BRA**), 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.** 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 respondem aos IECA em dose otimizada. 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 nitratos, como a isosorbida, reduzem a pré carga, aliviam a congestão sistêmica e aumentam a tolerância ao exercício. São uma opção na dispneia persistente a despeito do uso de IECA. Na intolerância aos IECA e ARAII a associação nitrato com hidralazina é uma boa opção. Os digitálicos, digoxina, são recomendados na IC crônica sintomática, com fração de ejeção menor que 45% e em assintomáticos com FA com resposta alta. **Os diuréticos principalmente os tiazídicos, os de alça (furosemida, bumetanida) ou os poupadores de potássio (amilorida, espironolactona, triantereno) são capazes de reduzir a pré e pós carga, aliviando os sintomas congestivos. Sua recomendação tem sido apenas nos estágios**



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

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

**sintomáticos da IC, com congestão, sempre associados aos IECA ou ARAII. A espironolactona é a única droga disponível no Brasil da classe dos diuréticos poupadores de potássio. É indicada nos casos de ICC 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 na IC estágio B. São contra-indicados na IC estágios C e D. Os de 3ª geração podem ser usados em casos de HAS ou angina. **Os antiarrítmicos são muito utilizados** já que 90% dos portadores de IC 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 de IC, sempre associado a IECA e a atenuação dos fatores arritmogênicos. As taquicardias sintomáticas e arritmias ventriculares complexas beneficiam-se do uso de amiodarona assim como a FA com necessidade de cardioversão química. O digital é útil para o controle da FC. Anticoagulantes estão indicados em paciente com FA, trombos ventriculares, grande área acinética e tromboembolismo pulmonar prévio. **Os inibidores da neprilisina e dos receptores da angiotensina (sacubitril/valsartana) representam nova classe terapêutica, que atua simultaneamente no sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e na endopeptidase neutra** (inibidor da neprilisina e do receptor da angiotensina – INRA). As **evidências iniciais, obtidas no ensaio clínico fase 3 do PARADIGM-HF demonstram sua eficácia na IC, quanto a redução da mortalidade.** A partir dos resultados do PARADIGM-HF, **recomenda-se a troca de IECA/BRA para o sacubitril/valsartana nos pacientes com ICFEr que persistem sintomáticos, mesmo após o emprego de doses otimizadas dos bloqueadores neuro-hormonais.**

**A abordagem da dislipidemia faz parte do tratamento da ICC,**



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

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

**devendo ser abordada com medidas medicamentosas e não medicamentosas como dieta e exercícios físicos. O uso de fármacos que diminuem os níveis elevados do colesterol total, particularmente, o nível de colesterol contido nas partículas de LDL (LDL-C), é uma das estratégias terapêuticas para o tratamento da dislipidemia e, com isso, redução do risco cardiovascular. A classe farmacológica das estatinas, na qual se inclui a rosuvastatina, é a de escolha para o tratamento da dislipidemia, em conjunto com terapia nutricional e exercícios físicos, com efeito comprovado na redução de eventos cardiovasculares em ensaios clínicos e metanálises.**

**A rosuvastatina é uma estatinas, considerada de moderada a alta potência, dependendo da dose utilizada. Seu mecanismo de ação envolve a redução da síntese do colesterol e a diminuição dos níveis do LDL-C. Não está disponível no SUS. Os principais ensaios clínicos randomizados envolvendo o uso da rosuvastatina demonstraram redução de eventos cardiovasculares e no risco de desfecho combinado de morte cardiovascular, AVC não fatal e IAM não fatal em 24%, com a necessidade do tratamento de 91 pacientes (NNT) para prevenir um desfecho combinado. Entretanto existem críticas a um destes estudos pelo risco pela interrupção precoce do mesmo e de viés comercial. Também neste estudo, houve aumento na incidência de diabetes no grupo do tratamento com rosuvastatina. Metanálise na prevenção secundária de eventos cardiovasculares com mais de 82 mil pacientes avaliou vários exemplares das estatinas e demonstrou uma redução de mortalidade por todas as causas de 12% nos pacientes tratados com estatinas (risco relativo de 0,88, intervalo de confiança e 0,81 a 0,96). Comparação indireta através de metanálise em rede não demonstrou maior eficácia da rosuvastatina em relação às outras estatinas na**



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

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

**diminuição de morte ou eventos cardiovasculares maiores. O National Institute for Health and Care Excellence (NICE), indica atorvastatina no tratamento da dislipidemia e a Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) afirma que a rosuvastatina apresenta eficácia e perfil de efeitos adversos semelhantes às outras estatinas. As Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias recomendam o uso da estatina que estiver disponível, já que todas elas foram capazes de reduzir morte e/ou eventos cardiovasculares em estudos clínicos.**

**Os representantes da classe das estatinas com evidência inequívoca de benefício em desfechos primordiais tanto em homens quanto em mulheres são: simvastatina, pravastatina, lovastatina, fluvastatina e atorvastatina. No SUS estão disponíveis no PCTD para o tratamento da dislipidemia as seguintes drogas: estatinas como simvastatina, atrovastatina, flucastatina, lovastatina, pravastatina, e os fibratos .benzafibrato, ciprofibrato, etofibrato, fenofibrato, genifibrozila e ácido nicotínico. As melhores e mais contundentes evidências no que se refere à prevenção de mortalidade com o tratamento da dislipidemia são disponíveis para simvastatina e pravastatina.**

**Os fibratos como ciprofibrato, disponível no SUS, são usados no tratamento de pacientes sem indicação de uso de estatinas e com triglicerídeos acima de 500 mg/dL**

**Conclusão:** trata-se de paciente 70 anos, cardiopata grave, de caráter definitivo e evolução inexorável com ICC em fase avançada, secundária miocardiopatia dilatada, de provável origem isquêmica. Apresenta alto risco cardiovascular, com FEVE de 40% diminuição da capacidade cardiorrespiratória - Classe Funcional III de NYHA. Histórico de PCR por FA com desfibrilação imediata sem sequelas. Necessita do uso crônica de Entresto, Pantoprazol, Rosuvastatina,



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

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

### **Carvedilol, Furosemida, Espironolactona.**

**A cardiomiopatia dilatada é uma doença primária do músculo cardíaco com dilatação e alteração na função contrátil do VE ou de ambos os ventrículos, que ocorre na miocardiopatia chagásica e pode culminar em ICC. É comum na cardiomiopatia chagásica a ocorrência de tromboembolismo, devido à formação de trombos intracavitários.**

**O tratamento desta condição envolve abordagem da IC por complexo arranjo de medidas farmacológicas e não farmacológicas incluindo a abordagem da dislipidemia. O tratamento farmacológico é orientado pela clínica do paciente, pelos 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 morbilidade e mortalidade associadas. Os BB são muito usados no tratamento da IC por disfunção sistólica e estudos demonstraram não haver preferência de um BB em relação ao outro, como o caverdilol. Os diuréticos principalmente os tiazídicos, os de alça (furosemida, bumetanida) ou os poupadores de potássio (amilorida, espironolactona, triantereno) são capazes de reduzir a pré e pós carga, aliviando os sintomas congestivos. Sua recomendação tem sido apenas nos estágios sintomáticos da IC, com congestão. A espironolactona, único diurético poupador de potássio, disponível no Brasil é indicada nos casos de ICC CF III ou IV associada aos BRA, IECA e BB. Os inibidores dos receptores da angiotensina (sacubitril/valsartana) representam nova classe terapêutica, que atua simultaneamente no SRAA e na INRA. As evidências iniciais, obtidas no ensaio clínico fase 3 do PARADIGM-HF demonstram sua eficácia na IC, quanto a redução da mortalidade. A partir dos resultados do PARADIGM-HF, recomenda-se a troca de**



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

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

**IECA/BRA para o sacubitril/valsartana nos pacientes com ICFER que persistem sintomáticos, mesmo após o emprego de doses otimizadas dos bloqueadores neuro-hormonais. Estas drogas encontram-se disponíveis no SUS, conforme PCDT.**

**Na dislipidemia o uso das estatinas é consagrado e as drogas com evidência inequívoca de benefício em desfechos primordiais tanto em homens quanto em mulheres são: simvastatina, pravastatina, lovastatina, fluvastatina e atorvastatina. As melhores e mais contundentes evidências no que se refere à prevenção de mortalidade com o tratamento da dislipidemia são disponíveis para simvastatina e pravastatina. No SUS estão disponíveis no PCTD para o tratamento da dislipidemia as seguintes drogas: estatinas como simvastatina, atorvastatina, flucastatina, lovastatina, pravastatina, e os fibratos: benzafibrato, ciprofibrato, etofibrato, fenofibrato, genifibrozila e ácido nicotínico. Os fibratos como ciprofibrato, disponível no SUS, são usados no tratamento de pacientes sem indicação de uso de estatinas e com triglicerídeos acima de 500 mg/dL. A rosuvastatina não está disponível no SUS e comparação indireta por metanálise em rede não demonstrou maior eficácia desta em relação às outras estatinas na diminuição de morte ou eventos cardiovasculares maiores.**

### **IV - REFERÊNCIAS:**

- 1) Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq Bras Cardiol.** 2018;11(3):436-539. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v111\\_03/pdf/11103021.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v111_03/pdf/11103021.pdf).
- 2) 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**



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

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

**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](https://www.cochrane.org/CD012721/VASC_beta-blockers-and-inhibitors-renin-angiotensin-aldosterone-system-chronic-heart-failure-preserved).

3) 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](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Relatrio_diretrizes_brasileiras_ICC.pdf).

4) Meer PV, Gaggin HK, Dec W. Atualização da Diretriz da European Society of Cardiology (ESC) e American Heart Association e o American College of Cardiology. **JACC.** 2019;21(1):2756-68. Disponível em: <https://jacc.elsevier.pt/pt-pdf-XY735 109719000960>.

5) Saku K, Zhang B, Noda K, PATROL Trial Investigators. Randomized head-to-head comparison of pitavastatin, atorvastatin, and rosuvastatin for safety and efficacy (quantity and quality of LDL): the PATROL trial. **Circ J.** 2011;75(6):1493–505. Disponível em: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/circj/75/6/75\\_CJ-10-1281/\\_article](https://www.jstage.jst.go.jp/article/circj/75/6/75_CJ-10-1281/_article)

6) Perez-Calahorra S, Laclaustra M, Marco-Benedi V, Pinto X, Sanchez-Hernandez RM, Plana N, Ortega E, Fuentes F, Civeira F Comparative efficacy between atorvastatin and rosuvastatin in the prevention of cardiovascular disease recurrence. **Lipids Health Dis.** 2019;18(1):216-22. Disponível em: <https://lipidworld.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12944-019-1153-x.pdf>

7) Faludi AA, Izar MC de O, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A, Bertolami A, Pereira AC, Lottenberg AM, Sposito AC, Chagas ACP, Casella-Filho A, Simão AF, Alencar Filho AC, Caramelli B, Magalhães CC,



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

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

Magnoni D, Negrão CE, Ferreira CES, Scherr C, Feio CMA, Kovacs C, Araújo DB, Calderaro D, Gualandro DM, Mello Junior EP, Alexandre ERG, Sato IE, Moriguchi EH, Rached FH, Santos FC, Cesena FHY, Fonseca FAH, Fonseca HAR, Xavier HT, Pimentel IC, Giuliano ICB, Issa JS, Diament J, Pesquero JB, Santos JE, Faria Neto JR, Melo Filho JX, Kato JT, Torres KP, Bertolami MC, Assad MHV, Miname MH, Scartezini M, Forti NA, Coelho OR, Maranhão RC, Santos Filho RD, Alves RJ, Cassani RL, Betti RTB, Carvalho T, Martinez TLR, Giraldez VZR, Salgado Filho W. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq Bras Cardiol.** 2017;109(2Supl1):1–76. Disponível em:[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02\\_DIRETRIZ\\_DE\\_DISLIPIDEMIAS.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf).

8) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. Ficha técnica sobre medicamentos Rosuvastatina para dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares. Brasília, 2016. 4p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/FichasTecnicas/Rosuvastatina\\_Dislipidemia\\_28jun2016.pdf](http://conitec.gov.br/images/FichasTecnicas/Rosuvastatina_Dislipidemia_28jun2016.pdf).

9) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Brasília, 2020. p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Publicacoes\\_MS/PCDT\\_Dislipidemia\\_\\_PrevencaoEventos\\_CardiovascularesePancreatite\\_ISBN\\_18-08-2020.pdf10](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Publicacoes_MS/PCDT_Dislipidemia__PrevencaoEventos_CardiovascularesePancreatite_ISBN_18-08-2020.pdf10)).

10) Ministério da Saúde Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2020. Brasília, 2019. Disponível em:



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

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

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_medicamentos\\_rename\\_2020.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf).

### **V - DATA:**

08/08/2021 NATJUS - TJMG