

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dr. Isaías Caldeira Veloso

PROCESSO N.º: 5028142822022813.0433

CÂMARA/VARA: 2ª UJ - 4º JD

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: NFLDS

IDADE: 55 anos

DOENÇA(S) INFORMADA(S): I 50, I 20

PEDIDO DA AÇÃO: Entresto® (sacubitril / valsartana), Forxiga® (Dapagliflozina), Atorvastatina e Clopidogrel

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Como opção de terapêutica poli farmacológica específica, disponível na rede pública

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 42912, 24714

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0003250

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicite informações acerca do(s) medicamento(s) pretendido(s), sobre o tratamento prescrito e competência para o seu fornecimento.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada datada de 22/09/2021, trata-se de paciente com diagnóstico de miocardiopatia isquêmica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e histórico de infarto agudo do miocárdio recente, a qual foi submetida à angioplastia primária em 07/09/2021, evoluindo com lesões residuais.

Consta que a paciente evoluiu com persistência dos sintomas (dispneia aos pequenos esforços e desconforto torácico), apesar do tratamento clínico otimizado, e que o ecocardiograma realizado, evidenciou redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE = 33%).

Foi prescrito e requerido o fornecimento de Entresto® (sacubitril/valsartana 97/103), Forxiga® (dapagliflozina 10 mg), Atorvastatina

40 mg e Clopidogrel 75 mg para uso contínuo, por tempo indeterminado.

No SUS estão disponíveis através do componente básico e especializado de assistência farmacêutica, alternativas de terapêutica farmacológica com medicamentos dos diversos grupos farmacológicos protocolares, previstos para o tratamento das morbidades apresentadas pela paciente/requerente.

Componente Básico: Os medicamentos do componente básico de assistência farmacêutica (CBAF), são aqueles destinados à Atenção Primária à Saúde. São adquiridos pelo governo do Estado com recurso tripartite - federal, estadual e municipal, e distribuídos para os municípios do Estado de Minas Gerais, cuja responsabilidade pelo fornecimento direto ao paciente é essencialmente do Município.

Componente Especializado: Os medicamentos do componente especializado de assistência farmacêutica (CEAF), visa garantir no âmbito do SUS, o acesso ao tratamento medicamentoso de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado, com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde, e cujo fornecimento ao paciente é responsabilidade essencialmente do Estado.

O acesso aos medicamentos do componente especializado, com dispensação através de protocolo, ocorre nas 28 Farmácias das Regionais de Saúde, mediante deferimento de processo administrativo de solicitação de medicamento. Os medicamentos de alto custo de uso contínuo devem ser cadastrados no Programa de Medicamentos Excepcionais. Por causa do custo elevado, sua dispensação segue regras e critérios específicos, como diagnóstico, monitorização/ acompanhamento, esquemas terapêuticos, entre outros.

A **Insuficiência Cardíaca** (IC) continua sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. O diagnóstico de insuficiência cardíaca é mais provável em pacientes com história de infarto do miocárdio, hipertensão arterial, Doença Arterial Coronariana, diabetes

mellitus, abuso de álcool, doença renal crônica, quimioterapia cardiopéutica e naqueles com história familiar de cardiomiopatia ou morte súbita.

A European Society of Cardiology (ESC) 2021 traz a seguinte definição para a insuficiência cardíaca: *é um diagnóstico de uma síndrome clínica, que consiste em sintomas cardinais (por exemplo, falta de ar, inchaço do tornozelo e fadiga) que podem ser acompanhados por sinais (por exemplo, pressão venosa jugular elevada, crepitações pulmonares e edema periférico). É secundária a uma anormalidade estrutural e/ou funcional do coração que resulta em pressões intracardíacas elevadas e/ou débito cardíaco inadequado em repouso e/ou durante o exercício.*

A identificação da etiologia da disfunção cardíaca subjacente é obrigatória no diagnóstico de IC, uma vez que a patologia específica pode determinar o tratamento subsequente. Mais comumente, a IC é decorrente de disfunção miocárdica: sistólica, diastólica ou ambas. No entanto, patologia das válvulas, pericárdio e endocárdio e anormalidades do ritmo cardíaco e da condução também podem causar ou contribuir para a IC.

A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica complexa com sintomas e sinais que resultam de qualquer comprometimento estrutural ou funcional do enchimento ventricular ou ejeção de sangue. Inclui uma ampla variedade de cenários clínicos, e abrange toda a faixa de fração de ejeção do ventrículo esquerdo FEVE, desde pacientes com (FEVE) normal $\geq 50\%$, àqueles com contratilidade do miocárdio reduzida (FEVE $\leq 40\%$).

Com base na FEVE, a classificação atual da insuficiência cardíaca é:

- IC com FE reduzida (ICFER): quando a FE $\leq 40\%$, acompanhada de sinais e/ou sintomas de IC;
- IC com FE melhorada: quando a FE era $\leq 40\%$ e no seguimento ficou $> 40\%$;
- IC com FE levemente reduzida: quando entre 41 e 49% e evidência de aumento das pressões de enchimento ventricular;
- IC com FE preservada (ICFEP): quando $\geq 50\%$ e evidência objetiva de anormalidades cardíacas estruturais e/ou funcionais

consistentes com a presença de disfunção diastólica e aumento das pressões de enchimento do ventrículo esquerdo, incluindo aumento dos peptídeos natriuréticos.

A terminologia comumente utilizada para descrever a gravidade da IC considerando os sintomas, é a classificação funcional da New York Heart Association (NYHA).

Tabela 4 Classificação funcional da New York Heart Association com base na gravidade dos sintomas e atividade física

Classe I	Sem limitação de atividade física. A atividade física comum não causa falta de ar, fadiga ou palpitações indevidas.
Classe II	Ligeira limitação da atividade física. Confortável em repouso, mas a atividade física comum resulta em falta de ar, fadiga ou palpitações.
Classe III	Limitação acentuada da atividade física. Confortável em repouso, mas atividades menos comuns resultam em falta de ar, fadiga ou palpitações.
Classe IV	Incapaz de realizar qualquer atividade física sem desconforto. Os sintomas em repouso podem estar presentes. Se qualquer atividade física for realizada, o desconforto aumenta.

Fonte: Diretrizes ESC 2021.

Além da classificação pela fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e pela classificação NYHA, a IC é classificada por estágios de evolução de A a D.

- Estágio A (com risco para IC): pacientes assintomáticos com fatores de risco para IC. O paciente deve ter seus fatores de risco modificados e tratados, com controle adequado de morbididades (exemplo: hipertensão arterial, diabetes mellitus), dieta adequada, realização de atividade física, entre outros fatores controláveis, para prevenir o estágio B – pré IC).
- Estágio B (pré IC): pacientes assintomáticos que apresentam pelo menos uma das seguintes alterações: doença estrutural (hipertrofia ventricular, dilatação de câmaras cardíacas, alteração de mobilidade da parede ventricular, doença valvar), evidência de aumento das pressões de enchimento (por medidas hemodinâmicas invasivas ou

não invasivas) ou aumentos dos níveis de BNP ou pró-BNP ou troponina persistentemente aumentada. O paciente já pode ter indicação de medicações específicas.

- Estágio C (IC sintomática): pacientes que apresentam sintomas de IC.
- Estágio D (IC avançada): pacientes com sintomas importantes, com grande repercussão no seu dia a dia e internações frequentes.

Nos estágios C e D os pacientes têm indicação de uso das medicações que modificam o prognóstico da doença. As intervenções terapêuticas em cada estágio visam modificar os fatores de risco, reduzir os sintomas, a morbidade e a mortalidade.

O tratamento da IC envolve a ação coordenada de equipe multidisciplinar com a adoção de condutas medicamentosas e não medicamentosas. A farmacoterapia para a modulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e do sistema nervoso simpático, é a pedra angular no tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr), e deve ser implementada antes de considerar a terapia com dispositivos e acompanhada de intervenções não farmacológicas.

Os três principais objetivos no tratamento de pacientes com ICFEr são: redução da mortalidade, prevenção de hospitalizações recorrentes devido à piora da IC e melhora do quadro clínico, da capacidade funcional e da qualidade de vida. O tratamento farmacológico requer a associação de medicamentos de diversas classes farmacológicas em doses adequadas/ajustadas até a dose alvo / tolerância e melhor resposta alcançada.

De acordo com o novo guideline do American College of Cardiology e American Heart Association (ACC/AHA) 2022 para o tratamento da insuficiência cardíaca, *quatro classes de medicações são fundamentais para o tratamento dos pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr)*, entre essas classes, inclui-se um novo grupo, o grupo dos inibidores do cotransportador de sódio-glicose-2 (SGLT2i).

As quatro classes de fármacos tidos como fundamentais para o

tratamento farmacológico da ICfEr, são:

1) Para realização da inibição do sistema renina-angiotensina, as opções são: inibidor do receptor de angiotensina-neprilisina (ARNi), inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) isoladamente.

A diretriz atual traz a recomendação de que em pacientes com ICfEr sintomática, classes II a III da NYHA, o uso de ARNi (cujo representante é o sacubitril-valsartana) no início do tratamento, ou a substituição por ARNi mesmo naqueles que toleram IECA ou BRA, é preferencial para reduzir ainda mais a morbimortalidade.

2) Betabloqueadores:

Em pacientes com ICfEr, com sintomas atuais ou prévios, recomenda-se o uso de 1 dos 3 betabloqueadores que comprovadamente reduzem a mortalidade (por exemplo, bisoprolol, carvedilol, succinato de metoprolol de liberação prolongada) para reduzir a mortalidade e as hospitalizações. Os betabloqueadores não têm efeito de classe e apenas esses três têm benefício comprovado em estudos para a redução de mortalidade.

3) Antagonistas dos receptores de mineralocorticóides (MRAs):

Em pacientes com ICfEr e sintomas NYHA classe II a IV, um MRAs (espironolactona ou eplerenona) é recomendada para reduzir a morbimortalidade, se a taxa de filtração glomerular estimada for $> 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ e o potássio sérico for $< 5,0 \text{ mEq/ EU}$. Monitoramento cuidadoso de potássio, função renal e dosagem de diuréticos devem ser realizados no início e monitorados de perto a partir de então para minimizar o risco de hipercalemia e insuficiência renal.

As três classes de medicamentos tem doses alvos específicas. Os medicamentos podem ser iniciados simultaneamente ou sequencialmente com sequência guiada por fatores clínicos ou outros, sem necessidade de atingir a dosagem alvo antes de iniciar a próxima medicação. As doses devem ser tituladas com o tempo e a depender da tolerância do paciente até a dose alvo ou a máxima dose tolerada.

4) Inibidores do cotransportador de sódio-glicose-2 (SGLT2i):

Em pacientes com ICFe r crônica sintomática, os SGLT2i (dapagliflozina ou empagliflozina) são recomendados para reduzir a hospitalização por IC e a mortalidade cardiovascular, independentemente da presença de diabetes tipo 2. A dose do inibidor do SGLT2 é uma dose fixa, deve ser iniciada e mantida.

A) **Forxiga® (Dapagliflozina):** Os inibidores de SGLT2, também chamados gliflozinas, são uma classe de agentes antidiabéticos que atuam inibindo a reabsorção de sódio e glicose nos túbulos proximais. Além do controle glicêmico, eles apresentam outras propriedades pleiotrópicas, incluindo efeitos sobre o peso corporal, pressão arterial e lipídios. Os inibidores de SGLT2 empagliflozina, canagliflozina e dapagliflozina demonstraram reduzir hospitalizações por IC em pacientes com diabetes e alto risco cardiovascular.

As diretrizes atuais recomendam o uso de dapagliflozina ou empagliflozina em pacientes com ICFe r sintomáticos, diabéticos ou não, já com dose máxima otimizada tolerada de betabloqueadores (*carvedilol*, *metoprolol* e *bisoprolol*), antagonista da aldosterona (*espironolactona*), inibidores da ECA (*enalapril*), bloqueadores de receptores de angiotensina (*losartana*) ou inibidores da neprilisina e antagonistas dos receptores de angiotensina II (*sacubitril*, *valsartana*).

*“O Plenário da CONITEC, em sua 109ª Reunião Ordinária, no dia 08 de junho de 2022, deliberou por unanimidade recomendar a incorporação da dapagliflozina para o tratamento adicional de pacientes adultos com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE ≤ 40%), NYHA II-IV e sintomáticos apesar do uso de terapia padrão com inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Antagonista do Receptor da Angiotensina II (ARA II), com betabloqueadores, diuréticos e antagonista do receptor de mineralocorticoides, conforme Diretrizes do Ministério da Saúde”.*¹⁴

B) **Entresto® (sacubitril + valsartana):** medicamento disponível na

rede pública sob protocolo específico. É um complexo supramolecular de sal de sódio do pró-fármaco sacubitril e do valsartan. O sacubitril é um inibidor da neprilisina, que é responsável pela degradação de moléculas como o peptídeo natriurético e a bradicinina. O valsartan é um antagonista dos receptores da angiotensina (ARB) específico, que têm ação vasodilatadora e natriurética. Administrado por via oral, o fármaco atua promovendo o relaxamento dos vasos sanguíneos e diminuição da retenção de água pelo corpo. O fármaco foi recentemente aprovado para o tratamento da insuficiência cardíaca crônica (classes II-IV NYHA) com fração de ejeção reduzida.

A indicação de bula do Entresto® registrada na ANVISA: *“é indicado para reduzir o risco de morte cardiovascular e hospitalização por insuficiência cardíaca em pacientes adultos com insuficiência cardíaca crônica. Os benefícios são mais claramente evidentes em pacientes com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) abaixo do normal.*

*“O medicamento sacubitril-valsartana sódica hidratada consiste na associação de um fármaco inibidor da neprilisina (sacubitril), inibindo a degradação de substâncias vasodilatadoras, com um antagonista do receptor da angiotensina II (valsartana). O uso de sacubitril/valsartana sódica hidratada foi associado a redução de mortalidade e hospitalização em pacientes com IC com fração de ejeção reduzida e níveis elevados de BNP / NT-proBNP, havendo maior certeza desse benefício em pacientes classe funcional NYHA II com até 75 anos de idade”.*²

A Portaria nº 40, de 09 de agosto de 2019, tornou pública a decisão de incorporar o sacubitril/valsartana para o tratamento de insuficiência cardíaca crônica em pacientes com classe funcional NYHA II e BNP > 150 (ou NT-ProBNP > 600), com fração de ejeção reduzida (FEVE < ou = 35%), idade menor ou igual a 75 anos e refratários ao melhor tratamento disponível no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Portaria nº 78 de 27 de janeiro de 2021, “Inclui medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na

Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS”. A Portaria incluiu a combinação (sacubitril/valsartana) nas apresentações de: sacubitril/valsartana 24/26 mg, 49/51 mg e 97/103 mg, com dispensação através de protocolo específico.

A Portaria Conjunta nº 17/SAES/SCTIE/MS, de 18 novembro de 2020, que aprova as Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração da Ejeção Reduzida, em seu Artigo 3º diz que: “*Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria, disponível no sítio citado no parágrafo único do art. 1º.*”

No caso concreto, trata-se de paciente com ICFer (fração de ejeção reduzida - 33%), sintomática, classe funcional NYHA II, além da presença de comorbidades que agravam sua condição clínica (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e doença arterial coronariana).

Apesar de não terem sido apresentadas informações sobre o valor de BNP ou NT-ProBNP da paciente, critério previsto no protocolo do SUS, a indicação do uso adicional preferencial do Entresto® (sacubitril-valsartana) está em conformidade com as diretrizes técnicas atuais da European Society of Cardiology (ESC) 2021 e do American College of Cardiology e American Heart Association/2022, para o tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca crônica com fração de ejeção reduzida, condição clínica apresentada pela paciente.

C) **Atorvastatina**: medicamento do grupo das estatinas, é um inibidor da HMG-CoA redutase, uma enzima que catalisa a biossíntese do colesterol e está indicada como terapia adjuvante à dieta para a redução do colesterol total, LDL, apolipoproteína B e triglicerídeos em pacientes adultos com hiperlipidemia primária(familiar heterozigota ou não familiar) e dislipidemia mista.

O medicamento está disponível na rede pública através do componente

especializado de assistência farmacêutica, na apresentação de comprimidos de 10, 20, 40 e 80 mg. A sinvastatina é o medicamento de referência disponível no SUS, como primeira linha de tratamento, disponível através do componente básico da assistência farmacêutica. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia (PCDT) - SUS, disponibiliza sob critérios previstos no protocolo, alternativas farmacológicas reservadas para os casos em que há intolerância específica à sinvastatina, contraindicação, ou para os pacientes que tenham apresentado sintomas de toxicidade com o uso de estatinas.

No caso concreto, a paciente preenche os critérios técnicos estabelecidos pelo PCDT do SUS para o fornecimento da atorvastatina, os critérios foram parcialmente transcritos abaixo:

“Serão incluídos neste Protocolo pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios abaixo:

a) diabetes melito em homens com idade superior a 45 anos e em mulheres com idade superior a 50 anos, com, pelo menos, um fator de risco cardiovascular maior (tabagismo, hipertensão arterial sistêmica ou história familiar em parente de primeiro grau de doença arterial coronariana precoce – antes dos 55 anos para homens e dos 65 anos para mulheres);

b) moderado a alto risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham com risco superior a 10% em 10 anos;

c) evidência clínica de doença aterosclerótica, entendendo-se como tal qualquer um dos itens abaixo:

1. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ou revascularização miocárdica prévios;

2. evidência de doença arterial coronariana por cineangiocoronariografia; angina com evidência objetiva de isquemia miocárdica demonstrada por teste provocativo (por exemplo: ergometria, cintilografia miocárdica ou ecocardiografia de estresse)”.

D) Clopidogrel: é um inibidor do receptor plaquetário P2Y₁₂, age inibindo de forma irreversível os receptores plaquetários e a adenosina

difosfato, impedindo/reduzindo a agregação plaquetária. É um pró-fármaco, precisa de ativação pelo fígado por meio de suas enzimas (CYP, incluindo as CYP2C19 e CYP3A4).

O medicamento está disponível na rede pública através do componente especializado de assistência farmacêutica sob protocolo clínico para o tratamento de síndromes coronarianas agudas. É disponibilizado para uso ambulatorial temporário na apresentação de comprimido de 75 mg, a cada evento cardiovascular apresentado pelo paciente, Ex.: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Intervenção Coronária Percutânea (ICP), entre outros.

De acordo com o posicionamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia/2019, as recomendações para o manejo de pacientes com necessidade de anticoagulação oral, submetidos à intervenção coronária percutânea, o uso de clopidogrel deve ser realizado apenas após a definição da anatomia coronária e a indicação de angioplastia coronária com stent, evitando-se sua administração de rotina pré-ICP.

O referido posicionamento conclui que em paciente com Doença Arterial Coronariana (DAC) estável, submetido à ICP e com necessidade de dupla antiagregação plaquetária, o clopidogrel (75 mg) associado a uma dose de AAS (75 a 200 mg) é a associação preferênci

A diretriz/posicionamento baseia-se na duração média de 6 meses para a realização de dupla antiagregação, sendo possível considerar um período de 3 meses para os pacientes com alto risco de sangramento. O uso muito prolongado (> 12 meses) não é indicado de rotina e pode ser considerado de acordo com perfil clínico e anatômico dos pacientes. Terapia associada entre clopidogrel e anticoagulante oral pode ser prolongada além de um ano, em pacientes com alto risco isquêmico e com próteses mecânicas valvares.

No caso concreto, consta prescrição de uso contínuo do clopidogrel 75 mg/dia em monoterapia por tempo indeterminado, sem no entanto, apresentar elementos técnicos que permitam afirmar necessidade de uso por tempo indeterminado, ou seja, por período superior ao preconizado nas diretrizes técnicas atuais.

IV – REFERÊNCIAS:

1) RENAME 2022.

2) Portaria Conjunta nº 17, de 18 de novembro de 2020. Aprova as Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida.

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/portal-portaria-conjunta-no-17-_diretrizes-brasileiras-icfer_-1.pdf

3) Portaria nº 78, de 27 de janeiro de 2021. Inclui medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

4) Portaria nº 40, publicada no Diário Oficial da União nº 153, seção 1, página 186 e 187, em 9 de agosto de 2019. Torna pública a decisão de incorporar o sacubitril/valsartana para o tratamento de insuficiência cardíaca crônica em pacientes com classe funcional NYHA II e BNP > 150 (ou NTProBNP > 600), com fração de ejeção reduzida (FEVE < ou = 35%), idade menor ou igual a 75 anos e refratários ao melhor tratamento disponível, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

5) Relatório CONITEC nº 454, agosto/2019, Sacubitril/valsartana para o tratamento de pacientes adultos com insuficiência cardíaca crônica sintomática (NYHA classe II-IV) com fração de ejeção reduzida.

6) AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary. Journal of the American College of Cardiology. Vol. 79. Nº 17, 2022. By The American Heart Association, INC., The Americana College of Cardiology Foundation, and The Heart Failure Society of America. Published by Elsevier.

7) Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda, Pocket Book Light.

<https://sbc-portal.s3.sa-east-1.amazonaws.com/diretrizes/Pocket%20Books/2019/Diretriz%20Brasileira%20de%20Insufici%C3%Aancia%20Card%C3%ADaca%20Cr%C3%B4nica%20e%20Aguda.pdf>

8) Portaria nº 296, de 3 de abril de 2020. Inclui o procedimento de dosagem

de peptídeos natriuréticos tipo B (BNP e NT-ProBNP) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0296_09_04_2020.html

9) Relatório de Recomendação CONITEC, Peptídeos Natriuréticos tipo B (BNP e NT-ProBNP) para o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, maio/2018.

<http://conitec.gov.br/images/Consultas/2018/>

[Relatorio_PeptideosNatriuretricosB_DiagnosticoIC_CP31_2018.pdf](#)

10) Diretrizes da ESC 2021 para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crônica. Desenvolvido pela Força-Tarefa para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crônica da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) Com a contribuição especial da Associação de Insuficiência Cardíaca (HFA) do ESC. European Heart Journal, Volume 42, Issue 36, 21 September 2021, Pages 3599–3726,

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

11) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Portaria Conjunta nº 8, de 30 de julho de 2019.

12) Protocolo Colaborativo. Manejo do Paciente com Dor Torácica, com ênfase na Síndrome Coronariana Aguda. Prefeitura de Belo Horizonte. 2021.

13) Posicionamento sobre Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia – 2019. Arq. Bras. Cardiol. 2019; 113(1):111-134.

https://abccardiologia.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-113-01-0111/0066-782X-abc-113-01-0111-pt.pdf

14) Relatório de Recomendação nº 734 – CONITEC. Junho/2022. Dapagliflozina para o tratamento adicional de pacientes adultos com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE ≤ 40%), NYHA II-IV e sintomáticos apesar do uso de terapia padrão com inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Antagonista do Receptor da angiotensina II (ARA II), com betabloqueadores, diuréticos e antagonista do receptor de mineralocorticoides.

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1382310/20220711_relatorio_734_dapagliflozina_ic.pdf

V – DATA: 29/05/2023

NATJUS – TJMG