



## COMUNICADO TÉCNICO-CIENTÍFICO

### 1. DADOS DO PACIENTE

**Nome:**

**Idade:**

**Diagnóstico:** Aterosclerose das Artérias das Extremidades (CID-10: I70.2).

**Comorbidades relevantes:** Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabete Melito (tipo não especificado)

**Profissional prescriptor:**

### 2. PRESCRIÇÃO MÉDICA

**Medicação prescrita:** Cilostazol 100 mg; Clopidogrel 75 mg; Diosmina 900 mg + Hesperidina 100 mg (Venaflon®)

**Tempo estimado de uso:** Uso contínuo.

**Justificativa clínica apresentada no laudo:** Paciente com diagnóstico de doença arterial periférica grave, hipertensão e diabete. Submetida à amputação de coxa esquerda. Segue em acompanhamento ambulatorial. Medicamentos prescritos para controle de claudicação intermitente, prevenção de novos eventos isquêmicos e melhora da sintomatologia circulatória.

**Data do laudo médico:** 14/05/2025

### 3. DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA - ATEROSCLEROSE DAS ARTÉRIAS DAS EXTREMIDADES

A Doença Arterial Periférica (DAP) constitui uma condição clínica de potencial gravidade, caracterizada por elevado risco de morbimortalidade cardiovascular e de incapacidade física. Esta enfermidade impõe uma carga econômica e social considerável, com impactos nos serviços de saúde e no sistema previdenciário. (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2019)



A doença arterial periférica (DAP), que compreende a **doença aterosclerótica** e trombótica **das artérias das extremidades inferiores**, é uma condição cardiovascular de alta prevalência. Sua manifestação está intrinsecamente ligada a um risco elevado de eventos cardiovasculares maiores, como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e mortalidade, além de complicações graves nos membros, como amputações. Consequentemente, a qualidade de vida e a capacidade funcional dos indivíduos afetados são significativamente comprometidas.(GORNİK et al., 2024)

O prognóstico de desfechos adversos é agravado em pacientes que apresentam comorbidades como diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Especificamente, indivíduos com diabetes e DAP demonstram uma taxa de mortalidade três a quatro vezes superior e um risco de amputações cinco vezes maior em comparação com aqueles sem diabetes. Adicionalmente, a HAS está associada a um aumento na prevalência de DAP, e sua influência na incidência e severidade da doença torna-se mais pronunciada com o avanço da idade.(ERZINGER et al., 2024)

### **3.1 Manejo Clínico e Tratamento Medicamentoso**

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculare (2024) e as diretrizes ACC/AHA de 2024 (Gornik et al., 2024) convergem na ênfase de que um plano de manejo clínico eficaz para a doença arterial periférica (DAP) requer uma abordagem multifacetada. Este plano deve integrar modificações no estilo de vida e o controle rigoroso dos fatores de risco cardiovascular. As estratégias recomendadas incluem a interrupção do tabagismo, o controle glicêmico e pressórico, o uso de estatinas para redução do colesterol, e a terapia antitrombótica (antiplaquetários e, quando indicado, anticoagulantes). Além disso, a prática de exercício supervisionado é um componente central do cuidado. Essa abordagem abrangente visa não apenas à prevenção e redução de complicações nos membros, como a isquemia crônica que ameaça o membro e amputações, mas também à diminuição do risco cardiovascular sistêmico, incluindo infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.(ERZINGER et al., 2024; GORNİK et al., 2024)

Em pacientes com doença arterial periférica (DAP) e claudicação intermitente, o cilostazol representa uma opção terapêutica eficaz para melhorar a capacidade de



caminhada e a qualidade de vida. Estudos clínicos demonstraram que o cilostazol é superior ao placebo e à pentoxifilina na otimização da distância máxima de caminhada. Adicionalmente, seu efeito positivo na caminhada é progressivo, embora gradual, e não se restringe por idade, sexo, raça, tabagismo ou presença de comorbidades como diabetes. Dado o histórico da paciente com diabetes e hipertensão, e a amputação prévia, a melhora na capacidade de caminhada proporcionada pelo cilostazol pode ser crucial para sua reabilitação, independência e bem-estar geral.(DAWSON, 2001)

A recomendação de clopidogrel se fundamenta em evidências que confirmam o benefício da terapia antiplaquetária na prevenção de eventos trombóticos, tanto primária quanto secundária, especialmente em pacientes com DAP sintomática, como a claudicação intermitente. O clopidogrel demonstrou eficácia na redução do risco de eventos cardiovasculares maiores (MACE), incluindo infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, e de eventos adversos maiores nos membros (MALE). Dada a condição da paciente, que já sofreu uma amputação, a administração de clopidogrel torna-se crucial para preservar o membro remanescente e manter a qualidade de vida, ao mitigar o risco de novos eventos isquêmicos.(ERZINGER et al., 2024; GORNIK et al., 2024)

## **4. PRESCRIÇÃO DE CILOSTAZOL**

### **4.1 Indicações (ANVISA, 2025a)**

Cilostazol possui registro ativo na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Este medicamento tem como substância ativa o cilostazol, derivado quinolinônico inibidor da fosfodiesterase celular (mais especificamente da fosfodiesterase tipo III). Nome comercial - Cebralat®. Apresentações e indicação aprovada na bula:

- Comprimido com 50 mg de cilostazol: Embalagens contendo 15, 60 ou 120 comprimidos.
- Comprimido com 100 mg de cilostazol: Embalagens contendo 15, 60 ou 120 comprimidos.
- Tratamento de doença vascular periférica, para redução do sintoma da **claudicação intermitente** e na prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral (AVC)



## 4.2 Padronização no Sistema Único de Saúde (SUS)

O medicamento cilostazol não pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (2024). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024)

É disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), padronizado na REMUME RJ somente para uso hospitalar. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018)

A indicação clínica da paciente (Aterosclerose das Artérias das Extremidades) não possui PCDT vigente nem processo de elaboração em andamento pela CONITEC (Figura 1). O cilostazol não foi avaliado pela CONITEC e não existe até o momento pedido de incorporação para CID-10: I70.2, o que pode ser considerado mora ou omissão administrativa.

Destaca-se que, apesar da ausência de incorporação nacional, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) disponibiliza o cilostazol para Aterosclerose das Artérias das Extremidades (CID-10: I70.2) com base em protocolo aprovado pela Portaria SES-DF N° 1045 de 20.12.2019. (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2019)

**Figura 1:** Protocolos e Diretrizes em elaboração



Fonte: Painel Conitec - <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-ensaude/pcdt-em-elaboracao-1>



### 4.3 Substitutos Terapêuticos

Os seguintes medicamentos estão disponíveis no âmbito do SUS pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF):

- Ácido acetilsalicílico
- Clopidogrel (para pessoas com Síndromes Coronarianas Agudas via CEAF)
- Heparina sódica
- Varfarina sódica

### 4.4 Evidências Científicas

O cilostazol é indicado principalmente para pacientes que sofrem de claudicação intermitente. O medicamento é usado para ajudar a melhorar a distância que um paciente pode caminhar antes do início da dor e para aumentar a distância máxima geral que um paciente pode caminhar sem desconforto. O cilostazol é geralmente administrado em doses como 100 mg por via oral duas vezes ao dia. Essa dosagem foi a mais comumente estudada em ensaios clínicos randomizados.(BROWN et al., 2021)

Em um ensaio clínico prospectivo de fase 4 e multicêntrico, o uso adjuntivo de cilostazol (100 mg duas vezes ao dia) em pacientes diabéticos tipo 2 com doença arterial sintomática dos membros inferiores (LEAD), já em tratamento com clopidogrel (75 mg/dia) por pelo menos seis meses, demonstrou benefícios significativos. Os resultados indicaram uma melhora notável na distância de caminhada sem dor e nos valores do índice tornozelo-braquial (ITB), comparado à monoterapia com clopidogrel. Essa intervenção sugere que o cilostazol promove melhor oxigenação muscular e otimiza o fluxo sanguíneo nas extremidades afetadas, aliviando os sintomas de claudicação intermitente. Além de sua aprovação para otimizar a tolerância ao exercício na claudicação intermitente, este estudo evidenciou que a **adição de cilostazol ao clopidogrel** reduziu significativamente o desfecho primário de eficácia, um composto de acidente vascular cerebral isquêmico agudo/ataque isquêmico transitório, infarto agudo do miocárdio e morte por causas vasculares. Crucialmente, esse benefício foi alcançado sem um aumento estatisticamente significativo no risco de sangramento, inclusive eventos hemorrágicos graves ou com risco de vida. Tais achados conferem robustez à indicação do cilostazol na prevenção de



eventos isquêmicos e na melhoria da função vascular em pacientes de alto risco.(KALANTZI et al., 2021)

Em comparações clínicas, o cilostazol demonstrou ser significativamente mais eficaz do que a pentoxifilina e o placebo na melhoria do desempenho da caminhada e na redução da dor claudicativa em pacientes com claudicação intermitente.(DAWSON, 2001) Além de otimizar a distância de caminhada, o cilostazol apresenta outras ações benéficas:

- Inibe a agregação plaquetária, o que pode auxiliar na redução do risco de formação de coágulos sanguíneos nas artérias.
- Pode melhorar os perfis lipídicos séricos, especificamente reduzindo os níveis de triglicerídeos e aumentando os de colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL).

Esses efeitos não apenas tratam os sintomas da claudicação, mas também podem beneficiar a saúde vascular geral, potencialmente diminuindo futuras complicações cardiovasculares.(DAWSON, 2001)

## **5. PRESCRIÇÃO DE CLOPIDOGREL**

### **5.1 Indicações (ANVISA, 2024)**

Clopidogrel é indicado para a **prevenção secundária dos eventos aterotrombóticos** [infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e morte vascular] em pacientes adultos que apresentaram IAM ou AVC recente ou **doença arterial periférica (DAP) estabelecida**.

Síndrome coronária aguda (SCA): Nos pacientes com SCA sem elevação do segmento ST (angina instável ou IAM sem onda Q), incluindo tanto aqueles controlados clinicamente, quanto os submetidos à Intervenção Coronária Percutânea (ICP) (com ou sem colocação de stent), clopidogrel demonstrou uma redução na taxa de ocorrência do desfecho combinado de morte cardiovascular, IM ou AVC, assim como na taxa de ocorrência do desfecho combinado de morte cardiovascular, IM, AVC ou isquemia refratária.



Para os pacientes com IM com elevação do segmento ST, clopidogrel mostrou reduzir a relação de morte por qualquer causa e a relação do desfecho combinado de morte, reinfarto ou AVC.

É indicado em adultos para a prevenção de eventos aterotrombóticos e tromboembólicos em:

- pacientes com fibrilação atrial (FA) que possuem pelo menos um fator de risco para eventos vasculares e que não podem fazer uso de terapia com antagonistas da vitamina K (AVK) [ex. risco específico de hemorragia, avaliação médica de que o paciente é incapaz de cumprir com o monitoramento pela RNI (razão normalizada internacional) ou que o uso de AVK é inapropriado], clopidogrel é indicado em combinação com o ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção de eventos aterotrombóticos e tromboembólicos, incluindo acidente vascular cerebral (AVC). Em combinação com AAS demonstrou reduzir a taxa do desfecho combinado de AVC, infarto do miocárdio (IM), embolismo sistêmico fora do sistema nervoso central, ou morte vascular, basicamente devida à redução de AVC.
- pacientes com fibrilação atrial com risco aumentado para eventos vasculares, que podem fazer uso de terapia com AVK, estes demonstraram ter um benefício clínico melhor que o AAS isoladamente ou em combinação com clopidogrel na redução de AVC.

## **5.2 Padronização no SUS**

O medicamento clopidogrel pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (2024). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024) Está padronizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento da Síndromes Coronarianas Agudas - CID10 I20.0, I20.1, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I23.0, I23.1, I23.2, I23.3, I23.4, I23.5, I23.6, I23.8, I24.0, I24.8, I24.9, por meio do CEAF, na apresentação de 75 mg (comprimido), sendo necessário o preenchimento dos critérios de inclusão definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT da doença.



É disponibilizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aos pacientes que se enquadrem nos critérios de inclusão dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Síndromes Coronarianas Agudas, conforme Portaria SAS/MS nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011<sup>14</sup>, e ainda conforme o disposto nas Portarias de Consolidação nº 2 e 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (estabelecem as normas de financiamento e de execução do CEAF no âmbito do SUS). Encontra-se padronizado na REMUME RJ somente para uso hospitalar.(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018)

Destaca-se que, embora o clopidogrel não tenha sido incorporado ao SUS para o tratamento da aterosclerose das artérias das extremidades (CID-10: I70.2), a SES-DF prevê sua utilização como substituto ao ácido acetilsalicílico (AAS) para essa condição específica. A recomendação consta nos Critérios de Interrupção dos Medicamentos, conforme protocolo aprovado pela Portaria SES-DF nº 1.045, de 20 de dezembro de 2019.(GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2019)

O clopidogrel não foi avaliado pela CONITEC e não existe até o momento pedido de incorporação para nenhuma patologia, o que pode ser considerado mora ou omissão administrativa.

### **5.3 Substitutos Terapêuticos**

Os seguintes medicamentos estão disponíveis no âmbito do SUS pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF):

- Ácido acetilsalicílico
- Heparina sódica
- Varfarina sódica



#### **5.4 Evidências Científicas**

A prescrição de clopidogrel para pacientes com doença arterial periférica dos membros inferiores, especialmente aqueles com diabetes e hipertensão, está fundamentada na sua eficácia comprovada na redução de eventos cardiovasculares adversos maiores (MACE). As diretrizes da ACC/AHA de 2024 recomendam o uso de terapia antiplaquetária — geralmente em monoterapia — como medida de prevenção secundária em indivíduos com DAP sintomática, visando reduzir o risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte cardiovascular.(GORNIK et al., 2024)

No estudo EUCLID (Examining Use of ticagrelor In peripheral artery Disease), o clopidogrel foi avaliado em uma coorte de pacientes com DAP crônica e sintomática, notadamente incluindo um substancial subgrupo com diabetes (5.345 dos 13.885 pacientes randomizados). O estudo demonstrou que, embora as taxas de amputações maiores e menores permaneçam relevantes, a presença de diabetes foi um dos principais fatores associados ao risco de eventos isquêmicos e amputações, o que justifica uma abordagem de prevenção secundária nesse subgrupo. Assim, o uso de antiplaquetários como o clopidogrel tem papel importante na tentativa de preservar a integridade dos membros e reduzir complicações associadas à progressão da aterosclerose.(GOVSYEYEV et al., 2022)

As diretrizes brasileiras da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular de 2024 também reconhecem a importância da terapia antiplaquetária no controle clínico da DAP. O tratamento clínico deve ser direcionado à redução do risco trombótico e de complicações isquêmicas, sendo a antiagregação plaquetária um dos pilares, especialmente em pacientes com múltiplos fatores de risco, como hipertensão e diabetes. A adesão a esse regime pode impactar positivamente na prevenção de desfechos como amputações e eventos cardiovasculares graves, reforçando o papel do clopidogrel em pacientes de alto risco como a paciente em questão.(ERZINGER et al., 2024)



## **6. PRESCRIÇÃO DIOSMINA E HESPERIDINA**

### **6.1 Indicações (ANVISA, 2025b)**

Tratamento das manifestações da insuficiência venosa crônica, funcional e orgânica, dos membros inferiores. Tratamento dos sintomas funcionais relacionados à insuficiência venosa do plexo hemorroidário. Alívio dos sinais e sintomas pré e pós-operatórios de safenectomia. Alívio dos sinais e sintomas pós-operatórios de hemorroidectomia. Alívio da dor pélvica crônica associada à Síndrome da Congestão Pélvica.

### **6.2 Padronização no SUS**

Não pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. Não integra nenhuma lista oficial de medicamentos (Componente Básico, Estratégico e Especializado) disponibilizados pelo SUS no âmbito do município e do estado do Rio de Janeiro. Cabe informar que não foi avaliado pela CONITEC.

### **6.3 Evidências Científicas**

Uma revisão sistemática Cochrane (2016) avaliou a eficácia de flebotônicos, como a associação diosmina + hesperidina, no tratamento da insuficiência venosa crônica. A análise indicou possíveis benefícios sintomáticos moderados, como redução de edema e sensação de peso, sobretudo em curto prazo. No entanto, os estudos incluídos apresentaram heterogeneidade metodológica e limitações de qualidade, o que reduz a confiança nos resultados. Uma revisão nacional (RODRIGUES et al., 2024) também apontou efeitos favoráveis da associação na melhora clínica de sintomas venosos, mas ressaltou a escassez de evidências robustas para desfechos mais relevantes. Ambas as fontes indicam que a utilização deve ser cautelosa, com base em julgamento clínico individualizado.

A associação de diosmina e hesperidina não exerce efeito sobre a obstrução arterial nem sobre a progressão da aterosclerose dos membros inferiores. Embora possa contribuir para o alívio de sintomas associados à insuficiência venosa, seu uso não demonstra benefício direto ou indireto sobre a Doença Arterial Periférica. Dessa forma, sua indicação nesse contexto específico deve ser considerada com cautela, uma vez que não há evidências robustas de impacto clínico relevante para essa condição.



## **7. ANÁLISE CONFORME OS TEMAS 6 E 1234 DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL**

A avaliação do presente caso à luz dos Temas 6 e 1234 do STF evidencia que o medicamento clopidogrel, embora possua registro sanitário ativo na ANVISA e esteja padronizado na RENAME para outras indicações clínicas, não foi incorporado ao SUS para o tratamento da doença arterial periférica (CID I70.2), tampouco foi avaliado pela CONITEC para essa finalidade, o que configura mora administrativa.

Em relação ao cilostazol, observa-se que também possui registro ativo na ANVISA, não consta na RENAME e tampouco foi avaliado pela CONITEC, embora seja disponibilizado em algumas redes locais, como o Distrito Federal. A ausência de alternativas terapêuticas padronizadas no SUS com eficácia equivalente para o caso clínico em questão, especialmente diante da presença de comorbidades como diabetes e hipertensão e da condição de amputação prévia, indica lacuna assistencial.

Ambos os medicamentos possuem respaldo em diretrizes clínicas nacionais e internacionais e em estudos de alto nível de evidência, demonstrando eficácia na prevenção de desfechos cardiovasculares e na preservação da função do membro remanescente.

## **8. CONCLUSÃO**

Considerando o diagnóstico de doença arterial periférica grave com histórico de amputação, as comorbidades associadas e a finalidade preventiva e funcional da prescrição, conclui-se que a solicitação dos medicamentos clopidogrel e cilostazol está fundamentada em evidências científicas consistentes e se mostra clinicamente adequada. A ausência de avaliação pela CONITEC para as indicações propostas, aliada à inexistência de substitutos terapêuticos padronizados e à documentação médica apresentada, permite caracterizar o cumprimento dos requisitos previstos nos Temas 6 e 1234 do STF para excepcionalidade no fornecimento via judicial.

## **REFERÊNCIAS**

ANVISA. **Blula Plavix - Clopidogrel**. 2024. Disponível em:



**DEFENSORIA PÚBLICA**  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=183260370>. Acesso em: 23 jun. 2025.

ANVISA. **Bula Cebralat - Cilostazol**. 2025a. Disponível em:

<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=100330101>. Acesso em: 23 jun. 2025.

ANVISA. **Bula Venaflo - Diosmina e Hesperidina**. 2025b. Disponível em:

<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=103700267>. Acesso em: 24 jun. 2025.

BROWN, Tamara; FORSTER, Rachel B.; CLEANTHIS, Marcus; MIKHAILIDIS, Dimitri P.; STANSBY, Gerard; STEWART, Marlene. Cilostazol for intermittent claudication. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], v. 2021, n. 6, 2021. DOI:

10.1002/14651858.CD003748.pub5. Disponível em:

<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003748.pub5>. Acesso em: 23 jun. 2025.

DAWSON, David L. Comparative effects of cilostazol and other therapies for intermittent claudication. **The American Journal of Cardiology**, [S. l.], v. 87, n. 12, p. 19–27, 2001. DOI:

10.1016/S0002-9149(01)01673-3. Disponível em:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002914901016733>. Acesso em: 23 jun. 2025.

ERZINGER, Fabiano Luiz et al. Diretrizes sobre doença arterial periférica da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculare. **Jornal Vascular Brasileiro**, [S. l.], v. 23, p. e20230059, 2024. DOI: 10.1590/1677-5449.202300591. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-54492024000101104&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492024000101104&tlng=pt). Acesso em: 23 jun. 2025.

GORNIK, Heather L. et al. 2024

ACC/AHA/AACVPR/APMA/ABC/SCAI/SVM/SVN/SVS/SIR/VESS Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. **Circulation**, [S. l.], v. 149, n. 24, 2024. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001251. Disponível em:

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001251>. Acesso em: 24 jun. 2025.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Protocolo de organização da assistência ao portador de Doença Arterial Obstrutiva Periférica**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2019. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Protocolo+de++Organiza%C3%A7%C3%A3o+da+Assist%C3%Aancia+ao+Portador+de+Doen%C3%A7a+Arterial+Obstrutiva+Perif%C3%A9rica.pdf/71701f90-64ca-fa98-c8f1-f4ebfcdf190a?t=1648646591777>

GOVSYEYEV, Nicholas et al. Etiology and outcomes of amputation in patients with peripheral artery disease in the EUCLID trial. **Journal of Vascular Surgery**, [S. l.], v. 75, n. 2, p. 660-670.e3, 2022. DOI: 10.1016/j.jvs.2021.08.096. Disponível em:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0741521421021613>. Acesso em: 24 jun. 2025.

KALANTZI, Kallirroï et al. Efficacy and Safety of Adjunctive Cilostazol to Clopidogrel Treated Diabetic Patients With Symptomatic Lower Extremity Artery Disease in the Prevention of



**DEFENSORIA PÚBLICA**  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



**COSAU** DEFENSORIA PÚBLICA  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Coordenação  
de Saúde

Ischemic Vascular Events. **Journal of the American Heart Association**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e018184, 2021. DOI: 10.1161/JAHA.120.018184. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.120.018184>. Acesso em: 23 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/renome/renome>. Acesso em: 14 maio. 2025.

RODRIGUES, W. F.; NASCIMENTO, F. R. F.; NASCIMENTO, T. L. R.; SOUZA, B. S. F.; MORAIS, A. M. A.; MOREIRA, R. M.; ARAÚJO, R. M.; MELO, R. A. EFICÁCIA E SEGURANÇA DA DIOSMINA E HESPERIDINA NA INSUFICIÊNCIA VENOSA: REVISÃO RÁPIDA. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**, [S. l.], v. 10, p. 1–8, 2024. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/917>. Acesso em: 23 jun. 2025.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Resolução SMS nº 3733, de 14 de junho de 2018**. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/06/Publicacao-Diario-Oficial-de15.06.2018-Resolucao-3733-de-14.06.2018-remume-2018.pdf>. Rio de Janeiro, 24/06/2025

Alessandra de Souza  
CRF-RJ 11335  
Mat. 999812351  
[alessandra.souza@defensoria.rj.def.br](mailto:alessandra.souza@defensoria.rj.def.br)



DEFENSORIA PÚBLICA  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO