



PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO FARMACÊUTICO

Paciente:

ID-10: I25.0 (Doença isquêmica crônica do coração), E11 (Diabetes mellitus tipo 2), E66 (Obesidade), I10 (Hipertensão arterial sistêmica), E78 (Dislipidemia), além de hipotireoidismo (sem CID especificado).

1. Histórico Clínico e Perfil da Paciente

A paciente, 51 anos, é portadora de um quadro clínico complexo de Doença Arterial Coronariana Grave (CID 10: I25.0), com histórico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em 2023 (com colocação de 3 stents), Diabetes Mellitus (DM) (CID 10: E11), Hipertensão Arterial Sistêmica (CID 10: I10), Dislipidemia (CID 10: E78) e Obesidade (CID 10: E66). Ela está em acompanhamento médico com cardiologistas e endocrinologistas, além da atenção primária.

É importante destacar que a paciente já fez uso de outras medicações padronizadas pelo SUS, como Losartana, Sinvastatina e Enalapril, sem obter controle adequado de sua pressão arterial e glicemia, resultando na persistência de comorbidades.

2. Tratamento Farmacológico Padronizado para Diabetes Melito Tipo 2 no SUS

O PCDT de DM2 do SUS (Portaria SECTICS/MS N° 7, de 28 de fevereiro de 2024) estabelece o tratamento farmacológico para DM2 em adultos, que inclui:

- Biguanidas: Cloridrato de metformina (comprimidos de 500 mg e 850 mg).
- Sulfonilureias: Glibenclamida (comprimido de 5 mg) e Gliclazida (comprimidos de liberação prolongada de 30 mg e 60 mg, e comprimido de 80 mg).
- Insulinas humanas: NPH (suspensão injetável de 100 UI/mL) e regular (solução injetável de 100 UI/mL).
- Inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2): Dapagliflozina (comprimido de 10 mg).

O PCDT indica a metformina como primeira opção terapêutica para DM2. Em caso de falha para atingir as metas terapêuticas, pode-se associar sulfonilureias como a gliclazida.



Para pacientes com DM2 e doença cardiovascular estabelecida, a dapagliflozina é indicada como segunda intensificação de tratamento, para indivíduos com 40 anos ou mais.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024b) A paciente já utiliza Metformina e Gliclazida MR, que são classes padronizadas. No entanto, ela necessita de intensificação terapêutica adicional e, como demonstrado, as opções padronizadas não foram suficientes para o controle do seu complexo quadro clínico, o que justifica a busca por medicamentos não padronizados.

3. Glyxambi® - empagliflozina + linagliptina

O Glyxambi® é uma combinação de empagliflozina (um inibidor de SGLT2) e linagliptina (um inibidor de DPP-4). Importante ressaltar que essa combinação específica não pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (2024), que contempla os medicamentos e insumos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e que a CONITEC não realizou uma avaliação formal da incorporação do Glyxambi® como um medicamento associado.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024a) No entanto, a empagliflozina, um dos princípios ativos do Glyxambi®, foi objeto de duas avaliações formais separadas pela CONITEC:

- **Avaliação de 2018 (Relatório nº 403/2018):** A CONITEC **negou a incorporação** da empagliflozina para DM2 com doença cardiovascular estabelecida. Apesar de reconhecer os robustos benefícios clínicos do estudo EMPA-REG OUTCOME (ZINMAN et al., 2015), que demonstrou redução significativa de mortalidade cardiovascular, hospitalizações por insuficiência cardíaca e mortalidade por todas as causas, a decisão foi motivada por **incertezas econômicas e impacto orçamentário projetado**.
- **Reavaliação de 2020 (Relatório nº 524/2020):** A empagliflozina foi novamente avaliada, junto à dapagliflozina, como opção para intensificação do tratamento do DM2. A CONITEC decidiu pela **não incorporação da empagliflozina**, optando pela dapagliflozina, justificando que a **efetividade de ambas era similar e a dapagliflozina apresentava menor preço**.



A análise da CONITEC, ao focar na avaliação de substâncias ativas isoladamente, em vez de combinações fixas não padronizadas, é um procedimento comum. No entanto, a não incorporação da empagliflozina, apesar de sua eficácia e segurança comprovadas para pacientes com o perfil da autora (DM2 e doença cardiovascular grave com IAM prévio), pode ser vista como uma ilegalidade por omissão ou mora por parte da CONITEC. O Manual da SOCERJ (2025) e as Diretrizes da SBD (2024) recomendam fortemente o uso de inibidores de SGLT2 para pacientes com DM2 e alto risco cardiovascular, independentemente da HbA1c, devido aos benefícios comprovados na redução de eventos cardiovasculares e mortalidade. A decisão de não incorporar um fármaco com benefícios clínicos e de sobrevida comprovados para essa população de alto risco, baseada principalmente na diferença de preço com um medicamento similar, pode desconsiderar a eficiência a longo prazo e os custos evitados de eventos cardiovasculares graves e hospitalizações para o sistema de saúde.(LYRA et al., 2024; BANDEIRA; MOREIRA, 2025)

A linagliptina (inibidor de DPP-4), embora não associada a benefícios cardiovasculares diretos como os inibidores de SGLT2, é neutra em relação a esses desfechos, sendo uma opção eficaz para o controle glicêmico e bem tolerada. A combinação (Glyxambi®), portanto, oferece controle glicêmico com proteção cardiovascular conferida pela empagliflozina, e é uma estratégia que se alinha às recomendações de intensificação terapêutica que associam fármacos com diferentes mecanismos de ação para otimizar o controle da doença em pacientes complexos.(ANVISA, 2025)

4. Ezetimiba

O Ezetimiba, um inibidor da absorção de colesterol, não é padronizado para distribuição no SUS. Importante ressaltar que o ezetimiba, embora não padronizado para o tratamento da dislipidemia, está em **nova análise pela CONITEC desde 10/02/2025**, especificamente para a **redução do risco cardiovascular em indivíduos com alto e muito alto risco cardiovascular** (Figura 1). Para o tratamento da dislipidemia, não há nova demanda ou avaliação em curso para o ezetimiba.

Figura 1:



<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNmI4NTA5YzgtYjNkOS00ZGRkLTkyMzctMTVIYWIyM2RjNDdlIiwidCI6IjIhNTU0YWQzLW11MmItNDg2Mi1hMzZmLTg0ZDg5MWU1YzcuNSJ9>

A CONITEC, em sua avaliação de 2018 (Relatório nº 403/2018 e Portaria SCTIE/MS nº 71/2018), deliberou pela **não incorporação da ezetimiba para o tratamento de dislipidemias no SUS**. O principal motivo, conforme o PCDT de Dislipidemia (2019), foi que "a análise de custo-efetividade não se mostrou favorável em relação às tecnologias disponíveis".

No entanto, a eficácia da ezetimiba em reduzir o LDL-colesterol, especialmente em combinação com estatinas, é amplamente reconhecida. Revisões sistemáticas e metaanálises corroboram que a ezetimiba, adicionada a estatinas ou em monoterapia, demonstra reduzir os níveis de LDL-colesterol e eventos cardiovasculares.(ZHAN et al., 2018) O estudo IMPROVE-IT, por exemplo, demonstrou que a adição de ezetimiba à sinvastatina proporcionou uma redução adicional no risco de eventos cardiovasculares ateroscleróticos (em desfecho secundário composto).(CANNON et al., 2015) Estudos mais recentes reforçam que a iniciação precoce de ezetimiba após infarto do miocárdio está associada a proteção contra eventos cardiovasculares subsequentes, incluindo morte, IAM e AVC.(LEOSDOTTIR et al., 2025)



O Manual da SOCERJ (2025) e as Diretrizes da SBD (2023) enfatizam o controle rigoroso da dislipidemia em pacientes com DM2 e alto risco cardiovascular, sendo a ezetimiba uma ferramenta importante para atingir metas de LDL-c mais baixas, especialmente em pacientes com eventos cardiovasculares prévios e IAM como a autora. A não incorporação da ezetimiba para dislipidemia, dada a sua eficácia comprovada em cenários de alto risco e sua importância para atingir metas terapêuticas agressivas de LDL-c, pode ser considerada uma lacuna na assistência farmacêutica. (BERTOLUCI, 2023; BANDEIRA; MOREIRA, 2025)

5. Trimetazidina (Neovangy MR)

O dicloridrato de trimetazidina, substância ativa do Neovangy MR 35 mg, é um medicamento indicado no tratamento da cardiopatia isquêmica e na insuficiência cardíaca de causa isquêmica em pacientes que utilizam outros medicamentos concomitantes para o tratamento desta doença. (ANVISA, 2024) O dicloridrato de trimetazidina **não pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (2024)**, que contempla os medicamentos e insumos disponíveis no SUS.

Sem demanda e análise pela CONITEC para incorporação da trimetazidina ao SUS para tratamento de angina pectoris ou para outras condições clínicas.

A Trimetazidina atua melhorando o metabolismo energético das células miocárdicas, visando reduzir a isquemia miocárdica, a frequência de crises de dor anginosa e aumentar a tolerância ao exercício. Diferente de outras terapias, a Trimetazidina não afeta a frequência cardíaca, a pressão arterial ou o fluxo coronariano, o que a torna uma opção valiosa como terapia adjuvante. (CESAR et al., 2014; ANVISA, 2024) Estudos clínicos controlados e diretrizes internacionais recentes demonstram que a trimetazidina, quando usada como terapia adjuvante, reduz a frequência de crises de angina, melhora a tolerância ao esforço e não afeta parâmetros hemodinâmicos como frequência cardíaca ou pressão arterial. Esses benefícios estão refletidos nas recomendações da Diretriz Europeia de 2020, bem como em estudos de prática clínica como o V-GOOD Trial. (KNUUTI et al., 2020) Evidência clínica nacional recente está representada no **V-GOOD Observational Study**, realizado no Brasil, com pacientes diagnosticados com síndrome coronariana crônica. O estudo avaliou o uso da formulação de liberação prolongada da trimetazidina



(80 mg, 1x/dia), observando redução significativa na frequência de angina (de 3,1 para 0,7 episódios por semana), aumento da tolerância ao esforço físico, diminuição do uso de nitratos sublinguais e alta adesão ao tratamento (mais de 97%).(GOWDAK et al., 2025)

A paciente apresenta doença arterial coronariana grave (CID 10: I25.0) e histórico de IAM, indicando a relevância da Trimetazidina em seu esquema terapêutico para o manejo da angina e da isquemia, conforme a prescrição.

6. Pressat® 5 mg - besilato de anlodipino

O besilato de anlodipino **pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2024** e é disponibilizado através do Programa Farmácia Popular do Brasil (Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004).]. Dessa forma, por ser um medicamento já incorporado e acessível por meio dos programas do SUS, **não carece de parecer ou judicialização para o seu fornecimento.**

7. Benicar HCT® - olmesartana + hidroclorotiazida

A olmesartana isolada **não está incorporada** ao Sistema Único de Saúde (SUS), tampouco na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME 2024), e não há protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional que a padronize, inclusive em associação com diuréticos. No entanto, a prescrição da associação olmesartana + hidroclorotiazida pode ser clinicamente justificada em pacientes com hipertensão resistente ou de difícil controle, especialmente aqueles com múltiplas comorbidades cardiovasculares, como é o caso da paciente em questão. A paciente já utilizou losartana e enalapril, medicamentos padronizados, sem sucesso no controle pressórico, conforme registrado nos autos.

A eficácia da combinação de antagonistas da angiotensina II com diuréticos tiazídicos está respaldada em diretrizes internacionais, como a da European Society of Hypertension/European Society of Cardiology, que reconhecem a superioridade das associações fixas na adesão e eficácia terapêutica em comparação ao uso de monocomponentes isolados. A paciente tem uma extensa lista de medicamentos e opções em associação podem melhorar a adesão ao tratamento.(WILLIAMS et al., 2018) Diante da hipertensão refratária ao tratamento padronizado, da presença de comorbidades graves e da ineficácia documentada de terapias prévias disponíveis no SUS, a utilização da



associação (olmesartana + hidroclorotiazida) configura-se como uma alternativa clinicamente adequada, segura e respaldada por evidências, embora não esteja padronizada no SUS.

8. Sustrate® - propatilnitrato

O propatilnitrato é um medicamento indicado no tratamento de episódios agudos na angina pectoris e para prevenção de crise aguda de angina produzida por exercícios em pacientes com insuficiência coronariana crônica. O propatilnitrato **não pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (2024)**, que contempla os medicamentos e insumos disponíveis no SUS. Não existe até o momento demanda e não foi avaliado pela CONITEC.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, em suas diretrizes de 2021 sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio, reconhece o papel dos nitratos no manejo da angina e da isquemia, sendo utilizados para alívio dos sintomas. Embora essas diretrizes não mencionem especificamente o propatilnitrato, elas reconhecem o papel dos nitratos no manejo da angina. (NICOLAU et al., 2021)

A prescrição do propatilnitrato para a paciente se justifica pelo seu diagnóstico de doença arterial coronariana grave com histórico de infarto agudo do miocárdio, condição clínica em que o controle da angina e a prevenção de crises isquêmicas são essenciais. A utilização de nitratos, ainda que não padronizados no SUS, representa uma estratégia reconhecida e eficaz para o alívio sintomático, especialmente quando associada a outros agentes antianginosos em pacientes com angina crônica estável ou instável, como é o caso da paciente.

9. Bisoprolol 5 mg (Besilato de Bisoprolol)

O medicamento bisoprolol nas doses de 1,25 mg e 2,5 mg é indicado no tratamento de insuficiência cardíaca crônica estável com função ventricular sistólica esquerda reduzida, em adição a inibidores da ECA, diuréticos e, opcionalmente, glicosídeos cardíacos.]. Já nas doses de 5 mg e 10 mg, o bisoprolol é indicado para o tratamento da hipertensão;



doença cardíaca coronariana (angina pectoris); e insuficiência cardíaca crônica estável com função ventricular sistólica esquerda reduzida, também em adição a inibidores da ECA, diuréticos e, opcionalmente, glicosídeos cardíacos.].

O bisoprolol não pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (2024), que contempla os medicamentos e insumos disponíveis no SUS. Não existe até o momento demanda e não foi avaliado pela CONITEC.

O bisoprolol é um betabloqueador seletivo de receptores β 1-adrenérgicos, amplamente utilizado no tratamento da hipertensão arterial sistêmica, angina estável e insuficiência cardíaca crônica com disfunção sistólica. É indicado também como medida de prevenção secundária após infarto agudo do miocárdio em pacientes com risco cardiovascular elevado.

As diretrizes da European Society of Cardiology de 2023 para o manejo de doença cardiovascular em pacientes com diabetes, recomendam os betabloqueadores para pacientes com síndrome coronariana crônica, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada e pós-infarto do miocárdio.(MANCIA et al., 2023) A Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2021 sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST, classifica os betabloqueadores, incluindo o bisoprolol, como fármacos anti-isquêmicos de primeira linha na fase aguda.(NICOLAU et al., 2021)

No caso da paciente, com histórico de IAM, hipertensão arterial sistêmica e doença coronariana grave, a escolha por um betabloqueador como o bisoprolol é clinicamente adequada. Ele contribui para a redução da demanda miocárdica por oxigênio, prevenção de arritmias e controle da pressão arterial, especialmente quando associado a outras medicações cardioprotetoras.

10. Clopidogrel

O clopidogrel 75 mg pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2024 e está padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o tratamento das Síndromes Coronarianas



Agudas. Dessa forma, por ser um medicamento já incorporado e amplamente acessível no SUS, não carece de parecer técnico ou judicialização para seu fornecimento.

11. AAS® 100 mg – ácido acetilsalicílico

O medicamento ácido acetilsalicílico está padronizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), nas apresentações de 100 mg e 500 mg (comprimido). Além de integrar a RENAME 2024, também compõe REME RJ (Deliberação 501/CIB/13, de 27 de novembro de 2013). Dessa forma, trata-se de medicamento amplamente acessível no SUS, não sendo necessária judicialização para seu fornecimento.

12. Atorvastatina® 40 mg – atorvastatina cálcica

A atorvastatina cálcica 40 mg está incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), conforme consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2024. Também integra o elenco da REMUME-RJ, não sendo necessária judicialização para seu fornecimento.

13. Puran T4 - levotiroxina sódica

A levotiroxina sódica está incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2024, sendo padronizada no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Dessa forma, trata-se de medicamento amplamente acessível nas Unidades Básicas de Saúde e não carece de judicialização para seu fornecimento.

14. Glifage XR® – cloridrato de metformina 500 mg

O cloridrato de metformina, inclusive em formulações de liberação prolongada, está incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), conforme estabelecido na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2024. Dessa forma, trata-se de medicamento padronizado e amplamente acessível nas Unidades Básicas de Saúde, não sendo necessária judicialização para seu fornecimento.



15. Gliclazida MR® – gliclazida 60 mg

A gliclazida, na formulação de liberação modificada (MR), está padronizada no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), conforme consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2024. Sendo assim, é um medicamento de acesso garantido pelas Unidades Básicas de Saúde, não havendo necessidade de judicialização para sua obtenção.

16. Conclusão

No presente caso, observa-se que parte dos medicamentos prescritos à paciente encontra-se incorporada ao SUS, sendo acessível via Componente Básico ou Especializado da Assistência Farmacêutica. Contudo, para os fármacos não padronizados, a negativa de fornecimento com base apenas na ausência de registro na RENAME ou de avaliação pela CONITEC configura afronta aos princípios constitucionais do SUS, especialmente quando há prescrição fundamentada, laudos clínicos, falha terapêutica prévia e respaldo em evidências científicas. Assim, diante da presença de comorbidades graves, do histórico de falhas terapêuticas com medicamentos padronizados e da justificativa técnica para o uso de medicamentos não incorporados, entende-se que a negativa administrativa viola os parâmetros fixados nos Temas 6 e 1234 do STF, especialmente no que tange à ilegalidade da omissão da CONITEC (Tema 6, item “a”) e à excepcionalidade justificada diante da ineficácia das diretrizes oficiais (Tema 1234).

REFERÊNCIAS

ANVISA. *Bula NEOVANGY MR*. Disponível em:

<<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=102351272>>. Acesso em: 5 jun. 2025.

ANVISA. *Bula Glyxambi*. Disponível em:

<<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=103670176>>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BANDEIRA, B.; MOREIRA, R. O. (ed.). *Manual de Diabetes e Doença Cardiovascular*. Rio de Janeiro, RJ: Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2025.

BERTOLUCI, M. C. *Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes*. 2023. ed. São Paulo, SP: L3 Soluções em tecnologia Ltda, 2023.



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



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

CANNON, C. P. et al. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. *New England Journal of Medicine*, v. 372, n. 25, p. 2387–2397, 18 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1410489>>. Acesso em: 5 jun. 2025. CESAR, L. et al. Guideline For Stable Coronary Artery Disease. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 103, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014003100001>. Acesso em: 5 jun. 2025.

GOWDAK, L. H. W. et al. Effectiveness and Tolerability of Trimetazidine 80 Mg Once Daily in Patients with Chronic Coronary Syndrome in Brazil: The V-GOOD Observational Study. *Cardiology and Therapy*, v. 14, n. 2, p. 249–265, jun. 2025. Disponível em: <<https://link.springer.com/10.1007/s40119-025-00405-9>>. Acesso em: 5 jun. 2025. KNUUTI, J. et al. 2019 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Chronic Coronary Syndromes. *European Heart Journal*, v. 41, n. 3, p. 407–477, 14 jan. 2020. Disponível em: <<https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137>>. Acesso em: 5 jun. 2025.

LEOSDOTTIR, M. et al. Early Ezetimibe Initiation After Myocardial Infarction Protects Against Later Cardiovascular Outcomes in the SWEDEHEART Registry. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 85, n. 15, p. 1550–1564, abr. 2025. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109725003596>>. Acesso em: 5 jun. 2025.

LYRA, R. et al. Manejo da terapia antidiabética no DM2. Em: BERTOLUCI, M. C. et al. (Ed.). *Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes*. 2024. ed. [s.l.] Conectando Pessoas, 2024.

MANCIA, G. et al. 2023 ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *Journal of Hypertension*, v. 41, n. 12, p. 1874, dez. 2023. Disponível em: <https://journals.lww.com/jhypertension/fulltext/2023/12000/2023_esh_guidelines_for_the_management_of_arterial.2.aspx>. Acesso em: 22 maio. 2025.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Empagliflozina e dapagliflozina para o tratamento do diabetes melito tipo 2*, 28 fev. 2024b. . Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/d/diabete-melito-tipo-2/@@download/file>>.

NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes Da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Angina Instável



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



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

e Infarto Agudo Do Miocárdio Sem Supradesnível Do Segmento ST – 2021. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 117, n. 1, p. 181–264, 15 jul. 2021. Disponível em: <<https://abccardiol.org/article/diretrizes-da-sociedade-brasileira-de-cardiologia-sobre-anginainstavel-e-infarto-agudo-do-miocardio-sem-supradesnivel-do-segmento-st-2021/>>.

Acesso em:

5 jun. 2025.

WILLIAMS, B. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *European Heart Journal*, v. 39, n. 33, p. 3021–3104, 1 set. 2018. Disponível em:

<<https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>>. Acesso em: 5 jun. 2025.

ZHAN, S. et al. Ezetimibe for the Prevention of Cardiovascular Disease and All-Cause Mortality Events. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2018, n. 11, 19 nov. 2018.

Disponível em: <<https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012502.pub2>>. Acesso em: 5 jun. 2025.

ZINMAN, B. et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes.

New England Journal of Medicine, v. 373, n. 22, p. 2117–2128, 26 nov. 2015. Disponível em:

<<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1504720>>. Acesso em: 5 jun. 2025.

Rio de Janeiro, 05/06/2025

Alessandra de Souza

CRF-RJ 11335 Mat.

999812351

alessandra.souza@defensoria.rj.def.br



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO