

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** Única

**COMARCA:** Guarani

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2025.0008943

**IDADE:** 77 anos

**Sexo:** feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** I50

**PEDIDO DA AÇÃO:** Dapagliflozina 10 mg

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Como opção de terapêutica farmacológica específica para o tratamento das morbidades apresentadas pela paciente.

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

- O tratamento efetivo para a paciente seria o uso do medicamento pleiteado?

**R.:** No SUS, a Conitec restringiu o uso da dapagliflozina dentro do contexto do tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca (IC), somente para os pacientes adultos com insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida ( $FEVE \leq 40\%$ ), 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.

Porém, os guidelines atuais, incluem os iSGLT2 para o tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP), porém com um grau de recomendação mais fraco (classe IIb) em relação ao da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) (classe I).

Novos algoritmos incorporaram o uso da dapagliflozina no tratamento da IC, independente da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), ou seja, recomendam o uso da dapagliflozina também para pacientes com fração de ejeção levemente reduzida ou preservada (fração de ejeção ventricular esquerda superior a 40%).

*“Meta-análise de cinco ensaios clínicos randomizados, incluindo*

***DELIVER mostrou que os inibidores de SGLT2 reduziram o risco de morte cardiovascular e hospitalizações por IC em uma ampla gama de pacientes com IC, apoiando seu papel como terapia fundamental para IC, independentemente da fração de ejeção ou do ambiente de tratamento”.***

<https://soces.org.br/revista/pdfjs/web/viewer.html?arquivo=57d32e7bfe23ae45bfbbad1f2ba7c5a4.pdf&edicoes=1>

No caso em tela, embora a paciente não preencha os requisitos técnicos impostos pela CONITEC, a prescrição do uso adicional da dapagliflozina por tempo indeterminado está em conformidade com as diretrizes técnicas atuais das sociedades de cardiologia.

- Qual é o princípio ativo do medicamento pleiteado?

**R.: Dapagliflozina.**

- Existe outro medicamento com o mesmo princípio ativo fornecido pelo SUS?

**R.: Para o contexto do tratamento da IC, a dapagliflozina está disponível no SUS para o tratamento farmacológico de pacientes adultos com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ( $FEVE \leq 40\%$ ), 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.**

**A dapagliflozina está também disponível para tratamento de pacientes adultos com doença renal crônica em uso de terapia padrão, e para o tratamento de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) com necessidade de segunda intensificação de tratamento e alto risco para desenvolver doença cardiovascular (DCV) ou com DCV já estabelecida e idade entre 40-64 anos.**

**E mais recentemente a dapagliflozina foi também incorporada para o tratamento de pacientes adultos com doença renal crônica em uso de terapia padrão.**

- Existe outro medicamento/tratamento não mencionado nos relatórios médicos que deveria ser empregado antes da utilização do medicamento pleiteado?

R.: Consta no relatório médico apresentado, que foram prescritas outras medidas, mas que essas medidas não foram eficazes.

A dapagliflozina, inicialmente utilizada como antidiabético oral no tratamento do diabetes mellitus tipo 2, passou a ser reconhecida por efeitos que ultrapassam o controle glicêmico. Evidências recentes demonstram redução da progressão da doença renal, desaceleração da perda da taxa de filtração glomerular estimada e diminuição de eventos relacionados à insuficiência cardíaca, inclusive em indivíduos sem diabetes.<sup>17</sup>

A dapagliflozina é indicada no manejo de proteção cardiorrenal de pacientes coronariopatas submetidos a angioplastia, agindo na prevenção de agravamentos da insuficiência cardíaca e eventos renais. Não há contraindicação absoluta apenas pela idade avançada, exige-se cautela e monitoramento regular da função renal.

### **III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca e coronariopatia submetida a angioplastia em junho/2024, que se encontra em tratamento poli farmacológico, tendo sido prescrito o uso adicional, contínuo e por tempo indeterminado de dapagliflozina 10 mg/dia.

A **Insuficiência Cardíaca (IC)** continua sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. O diagnóstico da 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 cardiotóxica 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 da 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 ( $FEVE \leq 40\%$ ).

Considerando a (FEVE), a classificação atual da insuficiência cardíaca é:

- IC com FE reduzida (ICFER): quando a FE é  $\leq 40\%$ , 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 há FE entre 41 e 49% e evidência de aumento das pressões de enchimento ventricular;
- IC com FE preservada (ICFEP): quando há  $FE \geq 50\%$  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

|                   |                                                                                                                                                                                 |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Classe I</b>   | Sem limitação de atividade física. A atividade física comum não causa falta de ar, fadiga ou palpitações indevidas.                                                             |
| <b>Classe II</b>  | Ligeira limitação da atividade física. Confortável em repouso, mas a atividade física comum resulta em falta de ar, fadiga ou palpitações.                                      |
| <b>Classe III</b> | Limitação acentuada da atividade física. Confortável em repouso, mas atividades menos comuns resultam em falta de ar, fadiga ou palpitações.                                    |
| <b>Classe IV</b>  | 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 Insuficiência Cardíaca 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 Antagonista dos receptores da angiotensina II (ARA II) 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  $> 30$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> e o potássio sérico for  $< 5,0$  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) SGLT2i - inibidores do cotransportador de sódio-glicose-2:

Em pacientes com ICFeR 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.

Além dos quatro grupos acima, a associação de diurético está indicada para melhora dos sintomas de congestão quando necessário.

**Dapagliflozina 10 mg** (inibidor do cotransportador de sódio-glicose-2



(SGLT2i): 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 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”.*<sup>12</sup>

A indicação do uso adicional da dapagliflozina para o tratamento poli farmacológico da insuficiência cardíaca está previsto nas diretrizes técnicas atuais da Sociedade Brasileira de Cardiologia, do American College of Cardiology e American Heart Association de 2022.

A dapagliflozina está disponível na rede pública (SUS) sob protocolo, para o tratamento poli farmacológico da diabetes mellitus tipo 2 e da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e da doença renal crônica. O medicamento está contemplado através do componente especializado de assistência farmacêutica, no grupo 2. Constam no grupo 2 os medicamentos



para os quais o financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação é responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

No caso concreto, a indicação do uso da dapagliflozina 10 mg/dia para o tratamento poli farmacológico da paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, e doença coronariana submetida a angioplastia está em conformidade com as diretrizes técnicas atuais.

Faz-se necessário ressaltar que a nota técnica tem por finalidade responder de forma preliminar a uma questão clínica sobre potenciais efeitos de uma tecnologia em saúde, para uma determinada condição. Para tanto, é realizada análise documental, dos fundamentos científicos e avaliação em tese da questão posta. Portanto, a conclusão “favorável” ou “desfavorável” diz respeito tão somente às evidências científicas atualizadas sobre a metodologia em foco e à indicação do seu custeio pelo poder público ou saúde suplementar, levando em consideração as opções disponíveis.

A afirmação de imprescindibilidade ou não de determinado tratamento em detrimento de outro, requer avaliação completa individualizada contextualizada. Caso o juízo entender necessária uma avaliação complementar no decorrer do processo, há a possibilidade / indicação de realização de perícia médica.

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

- 1) RENAME 2024.
- 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](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-](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)

[1.amazonaws.com/diretrizes/Pocket%20Books/2019/Diretriz%20Brasileira%20de%20Insufici%C3%Aancia%20Card%C3%ADaca%20Cr%C3%B4nica%20e%20Aguda.pdf](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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0296\\_09\\_04\\_2020.html](https://bvsms.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\\_PeptideosNatriuretricos](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2018/Relatorio_PeptideosNatriuretricos)

B\_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) Relatório de Recomendação nº 734 – CONITEC. Junho/2022. Dapagliflozina para o tratamento adicional de pacientes adultos com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ( $FEVE \leq 40\%$ ), 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](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1382310/20220711_relatorio_734_dapagliflozina_ic.pdf)

12) Portaria SCTIE Nº 16, de 29 de abril de 2020. *“Torna pública a decisão de incorporar a dapagliflozina para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2 e de não incorporar a empagliflozina para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS”*.

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-16-de-29-de-abril-de-2020-254919928>

13) Relatório de Recomendação Nº 802. Brasília, DF | Março de 2023. Dapagliflozina para pacientes com diabetes melito tipo 2 (DM2) com necessidade de segunda intensificação de tratamento e alto risco para desenvolver doença cardiovascular (DCV) ou com DCV já estabelecida e idade entre 40-64 anos.

[https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/20230405_Relatorio_820_dapagliflozina_final.pdf)

[br/midias/relatorios/2023/20230405\\_Relatorio\\_820\\_dapagliflozina\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/20230405_Relatorio_820_dapagliflozina_final.pdf)

14) Portaria SECTICS/MS Nº 9, de 4 de abril de 2023: Torna pública a decisão

de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a dapagliflozina para o tratamento de diabetes melito tipo 2 (DM2) em pacientes com necessidade de segunda intensificação de tratamento e alto risco para desenvolver doença cardiovascular (DCV) ou com DCV já estabelecida e idade entre 40-64 anos, conforme Protocolo Clínico do Ministério da Saúde.

15) KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.

<https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>

16) Portaria SCTIE/MS Nº 106, de 26 de setembro de 2022. Decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a dapagliflozina para o tratamento de adultos com doença renal crônica em uso de terapia padrão no SUS, conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde

[https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2022/20220927_portaria_106.pdf/@@display-file/file)

[br/midias/relatorios/portaria/2022/20220927\\_portaria\\_106.pdf/@@display-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2022/20220927_portaria_106.pdf/@@display-file/file)  
[file/file](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2022/20220927_portaria_106.pdf/@@display-file/file)

17) Dapagliflozina como Estratégia de Proteção Cardiorrenal na Doença Renal Crônica e na Insuficiência Cardíaca. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. São Paulo, v. 12, n. 6, jun. 2026. ISSN: 2675-3375. doi.org/10.51891/rease.v12i6.27718

<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/27718/17724>

18) Dapagliflozina na Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Levemente Reduzida ou Preservada – DELIVER.

<https://soces.org.br/revista/pdfs/web/viewer.html?arquivo=57d32e7bfe23ae45bfbbad1f2ba7c5a4.pdf&edicoes=1>

#### **V – DATA:**

24/06/2026

NATJUS – TJMG