

Nota Técnica 26886

Data de conclusão: 11/02/2021 11:30:33

Paciente

Idade: 53 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Santo Ângelo/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: -

Vara/Serventia: 1ª Vara Federal de Santo Ângelo

Tecnologia 26886

CID: E10.3 - Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações oftálmicas

Diagnóstico: Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações oftálmicas.

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudos médicos e laudos de exames laboratoriais.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: CLORIDRATO DE METFORMINA;FOSFATO DE SITAGLIPTINA

Via de administração: ORAL

Posologia: Sitagliptina + metformina 100/100mg tomar 1cp de manhã. Uso contínuo.

Uso contínuo? Sim

Duração do tratamento: (Indeterminado)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: CLORIDRATO DE METFORMINA;FOSFATO DE SITAGLIPTINA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Para o tratamento do DM2, o SUS também disponibiliza os seguintes medicamentos: metformina, glibenclamida, gliclazida, insulina NPH e insulina regular [\(8\)](#).

Existe Genérico? -

Existe Similar? -

Custo da Tecnologia

Tecnologia: CLORIDRATO DE METFORMINA;FOSFATO DE SITAGLIPTINA

Laboratório: MERCK SHARP & DOHME FARMACEUTICA LTDA

Marca Comercial: Janumet XR®

Apresentação: CLORIDRATO DE METFORMINA;FOSFATO DE SITAGLIPTINA (100,0 + 1000,0) MG COM REV LIB PROL CT FR PLAS PEAD OPC X 30

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: 155,51

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: CLORIDRATO DE METFORMINA;FOSFATO DE SITAGLIPTINA

Dose Diária Recomendada: VER POSOLOGIA*

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: LISTA DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS - ANVISA

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: CLORIDRATO DE METFORMINA;FOSFATO DE SITAGLIPTINA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O fármaco pleiteado no processo é uma associação de metformina e sitagliptina. A sitagliptina é um fármaco pertencente à classe dos inibidores da dipeptidil peptidase-4 (DPP-4). Esta enzima é a responsável pela quebra das incretinas endógenas (GLP-1 e GIP), que são hormônios liberados pelo intestino ao longo do dia e seus níveis aumentam em resposta a uma refeição. As incretinas são parte de um sistema endógeno envolvido na regulação fisiológica da homeostase da glicose. Quando as concentrações sanguíneas de glicose estão normais ou elevadas, o GLP-1 e o GIP aumentam a síntese e a liberação de insulina pelas células β -pancreáticas, entre outras ações que vão resultar em diminuição da glicose plasmática (9).

A associação desses dois fármacos em um único comprimido não foi testada em estudos clínicos, entretanto foi demonstrada a bioequivalência deste medicamento com os comprimidos de sitagliptina e cloridrato de metformina coadministrados. Dessa forma, para avaliação da eficácia do fármaco pleiteado serão citados estudos em que a sitagliptina foi adicionada ao tratamento com metformina, uma vez que essa é a primeira linha no tratamento do DM tipo 2 e está amplamente disponível no SUS.

Em um ensaio clínico randomizado, com 24 semanas de duração, 701 pacientes com DM tipo 2 inadequadamente controlado com metformina (média HbA1c 8,0%) foram randomizados para sitagliptina 100 mg por dia ou placebo (10). o tratamento com sitagliptina levou a reduções significativas em comparação com o placebo na HbA1c (-0,65%), glicose plasmática em jejum e glicose pós-prandial de 2 horas. Além disso, uma proporção significativamente maior de pacientes atingiu o alvo do controle glicêmico proposto no estudo (HbA1c <7%) com sitagliptina (47,0%) vs. placebo (18,3%). Não houve aumento do risco de hipoglicemia ou efeitos adversos gastrointestinais com sitagliptina em comparação com placebo. O peso corporal diminuiu de forma semelhante com sitagliptina e placebo.

Um segundo estudo comparou a adição de sitagliptina ou glipizida (uma sulfonilureia, classe medicamentosa disponível no SUS) em 1.172 pacientes com DM tipo 2 sem controle adequado em monoterapia com metformina (11). A duração deste estudo foi de 52 semanas. O desenho do estudo foi de não inferioridade, utilizando a variação da HbA1c como desfecho primário. Ambos os grupos de tratamento tiveram uma queda semelhante na HbA1c em 52 semanas (-0,67%), confirmando a não inferioridade. As proporções de pacientes que atingiram o alvo glicêmico (HbA1c <7%) foram de 63% (sitagliptina) e 59% (glipizida). Em relação aos efeitos adversos, os pacientes em uso de glipizida apresentaram uma taxa maior de hipoglicemias (32 vs. 5%. $P<0,001$) e maior ganho de peso (diferença entre os tratamentos de 2,5 kg).

Em relação à prevenção de complicações crônicas do DM tipo 2, os inibidores da DPP-4 não reduziram nem aumentaram os eventos cardiovasculares (ou o desenvolvimento ou progressão da doença renal). No estudo de segurança cardiovascular da sitagliptina, 14.671 pacientes com DM tipo 2 não controlada e doença cardiovascular estabelecida foram randomizados para adicionar sitagliptina ou placebo ao tratamento do DM tipo 2 (12). Este estudo é um ensaio clínico randomizado, de não inferioridade, com objetivo principal de avaliar se a sitagliptina seria segura do ponto de vista cardiovascular. Este estudo faz parte de uma exigência regulatória da Food and Drug Administration (FDA), agência americana que regula a aprovação

de medicamentos. O desfecho primário foi um combinado de morte por causa cardiovascular, IAM ou AVC não fatal e ocorreu em 839 pacientes no grupo da sitagliptina (11,4%) e 851 pacientes no grupo do placebo (11,6%). Durante um acompanhamento médio de três anos, houve uma pequena diferença nos níveis de HbA1c (diferença média da sitagliptina vs. placebo de -0,29%). As taxas de hospitalização por insuficiência cardíaca não diferiram entre os dois grupos (razão de risco, 1,00; IC de 95%, 0,83-1,20; P = 0,98). Não houve diferenças significativas entre os grupos nas taxas de pancreatite aguda (P = 0,07) ou câncer pancreático (P = 0,32).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Ver benefícios no item anterior.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: CLORIDRATO DE METFORMINA;FOSFATO DE SITAGLIPTINA

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: O uso da sitagliptina em associação com a metformina no tratamento do DM tipo 2 tem a capacidade de reduzir a HbA1c em cerca de 0,6% em comparação com o placebo e de maneira equivalente em comparação com outros fármacos para tratamento de DM2 (incluindo as sulfoniluréias, disponíveis no SUS). Além disso, não há evidência científica que demonstre redução das complicações crônicas do DM com o uso da classe dos inibidores da DPP-4.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

- Referências bibliográficas:**
1. [Weinert LS, Leitão CB, Schmidt MI, Schaan B. Diabetes Mellito: Diagnóstico e Tratamento. In: Duncan BD, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 8 setembro 2015. p. 905–19.](#)
 2. BRASIL. Ministério da Saúde. [Vigitel: o que é, como funciona, quando utilizar e resultados. 2019 Disponível em : https://saude.gov.br/saude-de-a-z/vigitel](#)
 3. [American Diabetes Association. 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. Diabetes Care. 2019 Jan 1;42\(Supplement 1\):S61–70.](#)
 4. [Sanghani NB, Parchwani DN, Palandurkar KM, Shah AM, Dhanani JV. Impact of lifestyle modification on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. Indian J Endocrinol Metab. 2013 Nov;17\(6\):1030–9.](#)
 5. [Wing RR, Blair EH, Bononi P, Marcus MD, Watanabe R, Bergman RN. Caloric restriction per se is a significant factor in improvements in glycemic control and insulin sensitivity during weight loss in obese NIDDM patients. Diabetes Care. 1994 Jan;17\(1\):30–6.](#)
 6. [Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019 - 2020. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf](#)
 7. [American Diabetes Association. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care. 2020 Jan;43\(Suppl 1\):S98–110.](#)
 8. BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Novas Tecnologias no SUS (CONITEC).

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/Relatorio_PCDT_Diabetes_Melito_Tipo_2_CP_33_2020.pdf

9. Kopacek C, Schaan BD, Gomez R, Caletti G, Scheffel RS. Farmacologia do Diabetes. In: Gomez R, Torres IL. Farmacologia Clínica. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

10. Charbonnel B, Karasik A, Liu J, Wu M, Meininger G, Sitagliptin Study 020 Group. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone. Diabetes Care. 2006;29(12):2638.

11. Nauck MA, Meininger G, Sheng D, Terranella L, Stein PP, Sitagliptin Study 024 Group. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared with the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. Diabetes Obes Metab. 2007;9(2):194.

12. Green JB, Bethel MA, Armstrong PW, Buse JB, Engel SS, Garg J, Josse R, Kaufman KD, Koglin J, Korn S, Lachin JM, McGuire DK, Pencina MJ, Standl E, Stein PP, Suryawanshi S, Van de Werf F, Peterson ED, Holman RR, TECOS Study Group. Effect of Sitagliptin on Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2015;373(3):232.

13. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Sitagliptin phosphate. Disponível em <https://www.cadth.ca/sitagliptin-phosphate-14>

14. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). [New Drugs for Type 2 Diabetes: Second-Line Therapy — Science Report. Ottawa \(ON\): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2018.](#)

15. Scottish Medicines Consortium (SMC). Sitagliptin (Januvia). Disponível em <https://www.scottishmedicines.org.uk/medicines-advice/sitagliptin-plus-metformin-janumet-501000-abbreviatedsubmission-62710/>

NatJus Responsável: NAT-jus/JFRS

Instituição Responsável: TelessaúdeRS-UFRGS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: A parte autora apresenta laudos médicos informando ser portador de diabetes mellito (DM). Para tratamento desta doença vem em uso da associação de metformina com sitagliptina, metformina sem a associação, empagliflozina, pioglitazona, dulaglutida, insulina glargina, insulina lispro. Ainda segundo o laudo anexado ao processo o paciente já fez uso de glimepirida, glibenclamida e gliclazida, porém estes foram suspensos por episódios frequentes de hipoglicemia. Pelas receitas médicas anexadas ao processo ainda vemos que o paciente tem prescrito os seguintes medicamentos: ciprofibrato, enalapril e sinvastatina. Anexado ao processo também está um exame de hemoglobina glicada datado de outubro de 2020, com resultado de 10,8% denotando um controle inadequado da doença (ao contrário do que está afirmado no laudo médico). Como complicação da DM, apresenta retinopatia diabética com edema macular em ambos os olhos. Esta nota técnica será acerca da solicitação do medicamento sitagliptina, solicitado em associação com metformina (esta última disponível no SUS).

O DM2 é uma doença crônica que se caracteriza por um estado de resistência insulínica associado à deficiência relativa de insulina, acarretando em hiperglicemia. Seu diagnóstico pode ser feito através de aferição de glicemia de jejum (≥ 126 mg/dL), hemoglobina glicada ($\geq 6,5\%$), teste de tolerância oral à glicose (≥ 200 mg/dL) ou de dosagem de glicose plasmática aleatória (≥ 200 mg/dL) associada a sintomas específicos (1). Segundo dados coletados em

2019 pelo VIGITEL, estima-se que o Brasil tenha 7,5% da sua população adulta diagnosticada com esta doença (2). As complicações deste estado hiperglicêmico envolvem danos micro (neuropatia, nefropatia, retinopatia) e macrovasculares (doença coronariana, acidente vascular encefálico, doença arterial periférica), podendo levar à perda visual, à doença renal crônica e a amputações (1). O objetivo do tratamento do DM2 é minimizar os eventos de hiperglicemia com finalidade de reduzir a instalação destas complicações crônicas. A monitorização do tratamento é realizada pela dosagem da hemoglobina glicada (HbA1c), que guarda correlação com a média de glicemia dos últimos 3 meses. De forma geral, a meta do tratamento é atingir níveis de HbA1c próximos de 7%, podendo esse alvo variar conforme idade, risco de hipoglicemia e complicações crônicas já estabelecidas (3).

O tratamento do DM2 envolve abordagem multidisciplinar pela necessidade de instituição de terapia medicamentosa, de acompanhamento nutricional e realização de práticas de atividade física. A prática regular de atividade física e a rotina de uma dieta bem equilibrada são capazes de gerar impacto nos níveis glicêmicos de forma muito similar à algumas terapêuticas farmacológicas isoladamente, sendo cruciais no tratamento (4,5). Sobre o manejo medicamentoso, existem diversas classes de fármacos disponíveis para o manejo do DM2. A metformina é sempre a droga preferencial para manejo inicial e deve ser sempre mantida, a não ser que haja alguma contraindicação formal ao seu uso. Outros antidiabéticos podem ser associados ao esquema de tratamento se necessário, sempre levando em consideração se existem complicações do DM2 já estabelecidas ou alto risco de desenvolvimento destas complicações, se existe risco de hipoglicemia, se existe necessidade de produzir impacto neutro no peso corporal e se o custo é compatível com a manutenção do tratamento. O uso de insulina deve ser considerado quando existirem sintomas catabólicos, níveis elevados de HbA1c (>10%) ou em associação com as medidas terapêuticas descritas acima (6,7).