

Nota Técnica 64527

Data de conclusão: 14/02/2022 18:50:38

Paciente

Idade: 72 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Santo Ângelo/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 1ª Vara Federal de Santo Ângelo

Tecnologia 64527-A

CID: I10 - Hipertensão essencial (primária)

Diagnóstico: Hipertensão Essencial

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: OLMESARTANA MEDOXOMILA

Via de administração: VO

Posologia: Olmesartana Medoxomila 20 mg, 1 cp 1 vez ao dia

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

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: OLMESARTANA MEDOXOMILA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: o SUS tem diversos medicamentos para tratamento da HAS disponíveis. Da mesma classe farmacológica da olmesartana, está disponível a losartana. Existem ainda exemplares das principais classes farmacológicas para o tratamento da HAS no SUS: IECA, diuréticos tiazídicos, ARA-II, BCC e betabloqueadores.

Existe Genérico? Sim

Existe Similar? Sim

Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar: Vide a tabela do CMED

Custo da Tecnologia

Tecnologia: OLMESARTANA MEDOXOMILA

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: OLMESARTANA MEDOXOMILA

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: OLMESARTANA MEDOXOMILA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A olmesartana é um fármaco da classe dos ARA-II porque seu mecanismo de ação envolve a inibição do eixo hormonal renina-angiotensina-aldosterona, o que promove, em última análise, vasodilatação, diminuição da retenção do sódio e água e redução dos níveis da pressão arterial (PA) [\(4–7\)](#). Está indicado para o tratamento da HAS e também para outras doenças cardiovasculares como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca e doença renal crônica.

Ensaio clínico randomizado, multicêntrico, realizado nos Estados Unidos, avaliou 588 pacientes hipertensos, sem uso de outras medicações para a hipertensão, para tratamento com olmesartana (20 mg), losartana (50 mg), valsartana (80 mg) e irbesartana (150 mg) [\(8\)](#). O desfecho primário foram níveis pressóricos após oito semanas de tratamento aferidos através da monitorização ambulatorial de pressão arterial com aparelhos automáticos. Neste estudo, a olmesartana foi mais eficaz na redução da pressão arterial diastólica e foi equivalente na redução da pressão arterial sistólica aos outros anti-hipertensivos, para as doses estudadas, com a diferença na PA média variando de 1,5 mmHg a 3 mmHg (dependendo do fármaco com o qual foi comparado). Apesar desse resultado, este estudo tem certas limitações que dificultam sua aplicação diretamente ao caso em tela. A primeira delas é que não houve comparação com outros fármacos anti-hipertensivos (como os inibidores da ECA, por exemplo). Além disso, as doses utilizadas não foram as doses máximas dos medicamentos, havendo espaço para otimização do controle da HAS com aumento da dose em pacientes que não atingiram o alvo do tratamento. Outro ponto importante é que o estudo não foi desenhado para avaliar desfechos cardiovasculares maiores.

Nessa linha, diretrizes atuais sugerem o tratamento combinado com dois anti-hipertensivos de classes diferentes quando os níveis da pressão arterial sistólica e diastólica estão, respectivamente, 20 mmHg e 10 mmHg acima do alvo [\(3,4\)](#). No caso de indicada inicialmente monoterapia (tratamento com um só fármaco), deve ser considerada posteriormente a associação de fármaco de outra classe caso o risco cardiovascular seja elevado e/ou não tenha havido sucesso no controle pressórico com o primeiro medicamento. As classes farmacológicas iniciais (dentro os IECA, ARA-II, BCC e diuréticos tiazídicos e, em situações especiais, os betabloqueadores) devem ser escolhidas conforme as características do paciente, seu perfil de benefícios e efeitos adversos, não havendo superioridade absoluta de uma classe farmacológica sobre outra na redução global de eventos cardiovasculares e óbitos. As diretrizes também não se posicionam sobre superioridades de algum fármaco dentro da classe dos ARA-II, sendo considerados igualmente eficazes.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: qualidade de vida, melhora de parâmetros laboratoriais e redução de eventos adversos

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

Conclusão

Tecnologia: OLMESARTANA MEDOXOMILA

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Não há evidências de que a olmesartana é superior em relação aos outros anti-hipertensivos considerados de primeira escolha para o manejo da HAS disponibilizados pelo SUS, incluindo a losartana (fármaco da mesma classe da olmesartana). Ratifica-se, portanto, que o caso em tela não esgotou as opções medicamentosas disponibilizadas pelo SUS.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. [Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis. Hypertension. 2010;55\(2\):399–407.](#)
2. [Malachias MVB. 7th Brazilian guideline of arterial hypertension: presentation. Arq Bras Cardiol. 2016;107\(3\):XV–XIX.](#)
3. [Malachias M, Gomes M, Nobre F, Alessi A, Feitosa A, Coelho E. 7th Brazilian guideline of arterial hypertension: chapter 2-diagnosis and classification. Arq Bras Cardiol. 2016;107\(3\):7–13.](#)
4. [Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology \(ESC\) and the European Society of Hypertension \(ESH\). Eur Heart J. 2018;39\(33\):3021–104.](#)
5. [Fuchs FD, Fuchs, Pires. Essentials of hypertension. Springer; 2018.](#)
6. [Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. 2016;387\(10022\):957–67.](#)
7. [Burnier M, Brunner H. Angiotensin II receptor antagonists. The Lancet. 2000;355\(9204\):637–45.](#)
8. [Oparil S, Williams D, Chrysant SG, Marbury TC, Neutel J. Comparative efficacy of olmesartan, losartan, valsartan, and irbesartan in the control of essential hypertension. J Clin Hypertens. 2001;3\(5\):283–318.](#)
9. [National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management. \[Internet\]. 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>](#)
10. [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health \(CADTH\). Angiotensin II Receptor Blockers: A Comparative Effectiveness Review. \[Internet\]. 2010. Disponível em: <https://www.cadth.ca/angiotensin-ii-receptor-blockers-comparative-effectiveness-review>](#)

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS-UFRGS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Segundo laudo médico, a paciente apresenta os diagnósticos de hipertensão essencial, distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e diabetes mellitus não-

insulino-dependente. Pleiteia recebimento de olmesartana medoxomila+hidroclorotiazida (prescrito como Benicar®), rosuvastatina e também AAS (prescrito como Somalgin Cardio®). A presente nota técnica versará sobre o uso de olmesartana, e os demais fármacos serão abordados em nota ou manifestação específica. O laudo cita apenas os CIDs e a prescrição dos fármacos, não apresentando outras informações.

É digno de nota que, em processo, entende-se que a parte autora recebeu prescrição do uso da combinação de olmesartana medoxomila 20 mg e hidroclorotiazida 25 mg em um mesmo comprimido. Tendo em vista que a hidroclorotiazida está disponível no SUS e que há evidência de alta qualidade indicando que o uso de pílulas que combinam dois medicamentos (polipílula) não oferece benefício significativo na redução dos níveis pressóricos ou dos efeitos adversos (1), optou-se pela elaboração da presente nota técnica acerca da utilização de olmesartana (não disponível no SUS) para controle de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

A HAS é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados de pressão arterial de maneira sustentada (2-4). É um dos principais fatores de risco para o derrame e outras doenças cardiovasculares (infarto, insuficiência renal crônica, perda de visão, doenças das válvulas cardíacas, doenças da aorta e artérias periféricas) (5), e seu controle adequado é um dos pilares na prevenção secundária da doença cerebrovascular (3,5). Uma redução de 10 mmHg na pressão arterial sistólica ou de 5 mmHg na pressão arterial diastólica está associada com reduções significativas de 10 a 15% na mortalidade por todas as causas, 35% dos AVCs, 20% dos infartos e 40% da incidência de insuficiência cardíaca (4,6). As diretrizes de manejo da HAS concordam que o tratamento da HAS envolve medidas não-farmacológicas (como dieta hipossódica e exercício físico) associado a tratamento farmacológico (3,4). Os medicamentos de escolha como tratamento inicial são das classes dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), diuréticos tiazídicos, antagonistas do receptor da angiotensina II (ARA-II) e bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) e, em alguns casos específicos, os betabloqueadores.

Tecnologia 64527-B

CID: E78 - Distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e outras lipidemias

Diagnóstico: Distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e outras lipidemias

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: ROSUVASTATINA CÁLCICA

Via de administração: VO

Posologia: rosuvastatina 10 mg, 1 cp 1 vez ao dia

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

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: ROSUVASTATINA CÁLCICA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: o SUS oferece diversas estatinas (atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina e sinvastatina).

Existe Genérico? Sim

Existe Similar? Sim

Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar: Vide a tabela do CMED

Custo da Tecnologia

Tecnologia: ROSUVASTATINA CÁLCICA

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: 27,54

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: ROSUVASTATINA CÁLCICA

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: ROSUVASTATINA CÁLCICA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A rosuvastatina é um medicamento da classe das estatinas, sendo considerada de moderada a alta potência, dependendo da dose utilizada (1,5). Seu mecanismo de ação envolve a redução da síntese do colesterol e a diminuição dos níveis do LDL-C (8), acarretando, em última análise, redução do risco cardiovascular.

As Diretrizes Brasileiras de Dislipidemia (1) e o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (5) dividem as estatinas conforme sua potência e o efeito esperado na redução do LDL-C, conforme tabela reproduzida abaixo:

	BAIXA POTÊNCIA	MODERADA POTÊNCIA	ALTA POTÊNCIA
REDUÇÃO ESPERADA DO LDL-C	< 30%	30 - 49%	> 50%
MEDICAMENTO	ELovastatina 20	Lovastatina 40	Atorvastatina 40-80
DOSE (mg)	Sinvastatina 10	Sinvastatina 20-40	Rosuvastatina 20-40
	Pravastatina 10-20	Pravastatina 40-80	Sinvastatina
	Fluvastatina 20-40	Fluvastatina 80	40/ezetimiba 10
	Pitavastatina 1	Pitavastatina 2-4	
		Atorvastatina 10-20	
		Rosuvastatina 5-10	

Adaptada de (1).

A rosuvastatina é uma estatina considerada de alta potência, porém amplamente estudada na prevenção primária de doença cardiovascular (uso em pacientes com fatores de risco para doença cardiovascular, mas que nunca apresentaram previamente IAM, AVC ou outros eventos cardiovasculares). Ensaio clínico randomizado (denominado JUPITER), duplo cego, controlado por placebo, internacional e multicêntrico incluiu 17.802 homens acima de 50 anos e mulheres com idade superior a 60 anos, sem história cardiovascular prévia. Os pacientes foram randomizados em dois grupos: rosuvastatina 20 mg ao dia (n=8.901) ou placebo (n=8.901). O desfecho principal foi evento cardiovascular, como IAM não-fatal, AVC não-fatal, hospitalização por angina instável, realização de procedimento de revascularização e óbito decorrente de evento cardiovascular. Após seguimento médio de dois anos, foi observada redução de eventos cardiovasculares no grupo em uso de rosuvastatina comparado ao placebo (Razão de chances [OR, do inglês odds ratio] 0,56 IC95% 0,46 a 0,68; P<0,001). Houve, contudo, aumento na incidência de diabetes no grupo do tratamento com rosuvastatina (270 vs. 216, P=0,01) (9).

Em relação ao efeito farmacológico das diferentes estatinas, existem poucos estudos que comparam diretamente uma com a outra. Estudo japonês comparou pitavastatina 2 mg, rosuvastatina 2,5 mg e atorvastatina 10 mg, e demonstrou eficácia semelhante na redução do LDL entre as três alternativas, bem como perfil de efeitos adversos semelhante (14). O estudo SATURN, publicado em 2011, comparou a rosuvastatina com atorvastatina na redução das placas de aterosclerose nas artérias coronárias, e não demonstrou superioridade da rosuvastatina. Entretanto, este estudo não foi desenhado para avaliar a redução de eventos

cardiovasculares (15). Metanálise na prevenção secundária de eventos cardiovasculares com mais de 82 mil pacientes avaliou vários exemplares das estatinas e demonstrou uma redução de mortalidade por todas as causas de 12% nos pacientes tratados com estatinas (RR 0,88 IC95% 0,81 a 0,96). Comparação indireta, através de metanálise em rede, não demonstrou maior eficácia da rosuvastatina em relação às outras estatinas na diminuição de morte ou eventos cardiovasculares maiores (16).

A referida classe farmacológica apresenta como principais efeitos adversos dores musculares em aproximadamente 12% dos pacientes (1,17) ou alterações laboratoriais em exames que avaliam dano muscular e no fígado (18). Pode ainda aumentar a incidência de diabetes, achado mais comum com estatinas de alta potência, em comparação com moderada e baixa potência (19).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: redução do LDL-C e prevenção de eventos cardiovasculares (AVC, IAM e morte cardiovascular), sem evidência de superioridade frente aos demais representantes da mesma classe farmacológica.

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

Conclusão

Tecnologia: ROSUVASTATINA CÁLCICA

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Não há evidência de benefício clínico ou de custo-efetividade da rosuvastatina em relação às outras estatinas disponíveis no SUS, seja na prevenção primária ou secundária de eventos cardiovasculares. Os efeitos benéficos da rosuvastatina poderiam ser obtidos com a prescrição de outra estatina disponível no SUS, na sua dose equivalente, conforme as evidências atuais.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. [Faludi AA, Izar MC de O, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune A Neto, et al. Arq Bras Cardiol. 2017 Jul;109\(2 Supl 1\):1–76.](#)
2. [CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SU. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite \[Internet\]. 2019 \[citado em 07 de maio de 2021\]. Disponível em: \[http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatrio_PCDT_Dislipidemia.pdf\]\(http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatrio_PCDT_Dislipidemia.pdf\)](#)
3. [World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. World Health Organization; 2002. 248 p.](#)
4. [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health \(CADTH\). Comparative Effectiveness of Rosuvastatin Versus Other Statins: A Review of Clinical Effectiveness \[Internet\]. 2011 \[citado em 07 de maio de 2021\]. Disponível em: \[https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/feb-2011/L0247-Rosuvastatin_final.pdf\]\(https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/feb-2011/L0247-Rosuvastatin_final.pdf\)](#)
5. [Overview | Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification | Guidance | NICE. \[cited 2021 May 7\]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg181>](#)

6. [Mills EJ, O'Regan C, Eyawo O, Wu P, Mills F, Berwanger O, et al. Intensive statin therapy compared with moderate dosing for prevention of cardiovascular events: a meta-analysis of >40 000 patients. Eur Heart J. 2011 Jun;32\(11\):1409–15.](#)
7. [Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study \(4S\). Lancet. 1994 Nov 19;344\(8934\):1383–9.](#)
8. [Vaughan CJ, Gotto AM Jr, Basson CT. The evolving role of statins in the management of atherosclerosis. J Am Coll Cardiol. 2000 Jan;35\(1\):1–10.](#)
9. [Ridker PM, Danielson E, Fonseca FAH, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJP, et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. N Engl J Med. 2008 Nov 20;359\(21\):2195–207.](#)
10. [Schwartz GG, Olsson AG, Ezekowitz MD, Ganz P, Oliver MF, Waters D, et al. Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes: the MIRACL study: a randomized controlled trial. JAMA. 2001 Apr 4;285\(13\):1711–8.](#)
11. [LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, Shear C, Barter P, Fruchart J-C, et al. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. N Engl J Med. 2005 Apr 7;352\(14\):1425–35.](#)
12. [Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, Rader DJ, Rouleau JL, Belder R, et al. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. N Engl J Med. 2004 Apr 8;350\(15\):1495–504.](#)
13. [Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2019 Jun 18;139\(25\):e1082–143.](#)
14. [Saku K, Zhang B, Noda K, PATROL Trial Investigators. Randomized head-to-head comparison of pitavastatin, atorvastatin, and rosuvastatin for safety and efficacy \(quantity and quality of LDL\): the PATROL trial. Circ J. 2011 Apr 15;75\(6\):1493–505.](#)
15. [Nicholls SJ, Ballantyne CM, Barter PJ, Chapman MJ, Erbel RM, Libby P, et al. Effect of two intensive statin regimens on progression of coronary disease. N Engl J Med. 2011 Dec 1;365\(22\):2078–87.](#)
16. [Zhong P, Wu D, Ye X, Wu Y, Li T, Tong S, et al. Secondary prevention of major cerebrovascular events with seven different statins: a multi-treatment meta-analysis. Drug Des Devel Ther. 2017 Aug 30;11:2517–26.](#)
17. [Ganga HV, Slim HB, Thompson PD. A systematic review of statin-induced muscle problems in clinical trials. Am Heart J. 2014 Jul;168\(1\):6–15.](#)
18. [Björnsson E, Jacobsen EI, Kalaitzakis E. Hepatotoxicity associated with statins: reports of idiosyncratic liver injury post-marketing. J Hepatol. 2012 Feb;56\(2\):374–80.](#)
19. [Preiss D, Seshasai SRK, Welsh P, Murphy SA, Ho JE, Waters DD, et al. Risk of incident diabetes with intensive-dose compared with moderate-dose statin therapy: a meta-analysis. JAMA. 2011 Jun 22;305\(24\):2556–64.](#)

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS-UFRGS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Segundo laudo médico, a paciente apresenta os diagnósticos de hipertensão essencial, distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e diabetes mellitus não-insulino-dependente. Pleiteia recebimento de olmesartana medoxomila+hidroclorotiazida

(prescrito como Benicar®), rosuvastatina e também AAS (prescrito como Somalgin Cardio®). A presente nota técnica versará sobre o uso de olmesartana, e os demais fármacos serão abordados em nota ou manifestação específica. O laudo cita apenas os CIDs e a prescrição dos fármacos, não apresentando outras informações.

A hipercolesterolemia ou dislipidemia é fator de risco cardiovascular para aterosclerose, fortemente associada a infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e mortalidade [\(1,2\)](#). Dados da Organização Mundial da Saúde demonstram que até 40% da população mundial pode ter níveis elevados de colesterol e cerca de 30% das doenças cardiovasculares podem ser atribuídas à dislipidemia [\(3\)](#). O uso de fármacos que diminuem os níveis de colesterol total - particularmente, o nível de colesterol contido nas partículas de LDL (LDL-C) (popularmente denominado “colesterol ruim”) - é a principal estratégia terapêutica para o tratamento da dislipidemia e, com isso, redução do risco cardiovascular [\(1,2,4\)](#). A classe farmacológica das estatinas, na qual se inclui a rosuvastatina, é a de escolha para o tratamento da dislipidemia, em conjunto com terapia nutricional e exercícios físicos [\(5\)](#), com efeito comprovado na redução do LDL e de eventos cardiovasculares em ensaios clínicos e metanálises [\(6,7\)](#).

As Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias recomendam que, no tratamento desta doença, deve ser utilizada a estatina que estiver disponível, já que todas elas foram capazes de reduzir mortes e/ou eventos cardiovasculares em estudos clínicos [\(1\)](#). O National Institute for Health and Care Excellence (NICE), do sistema de saúde britânico, indica atorvastatina 20 mg para uso para a prevenção primária (pacientes que nunca apresentaram um evento cardiovascular prévio, como infarto ou AVC) e atorvastatina 80 mg para uso para prevenção secundária (pacientes que já apresentaram eventos cardiovasculares prévios) [\(5\)](#). A Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) afirma que a rosuvastatina apresenta eficácia e perfil de efeitos adversos semelhantes às outras estatinas [\(4\)](#).