Nota Técnica 511917

Data de conclusão: 12/05/2026 09:53:44

Paciente

Idade: 71 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Rolim de Moura/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: Juizado Especial de Rolim de Moura

Tecnologia 511917

CID: I20 - Angina pectoris

Diagnóstico: angina pectoris

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: angioplastia coronária com implante de stent

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: angioplastia coronária com implante de stent

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: N/A.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: angioplastia coronária com implante de stent

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: angioplastia coronária com implante de stent

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O tratamento da doença arterial coronariana crônica (DAC) baseia-se prioritariamente em terapia médica otimizada (TMO), incluindo fármacos antianginosos, estatinas em dose alta, controle rigoroso de pressão arterial e glicemia, além de mudanças no estilo de vida. As diretrizes do American College of Cardiology e da European Society of Cardiology recomendam a TMO como primeira linha para redução de sintomas e eventos cardiovasculares, reservando a revascularização para casos de angina refratária ou anatomia de alto risco (4, 5).
O estudo COURAGE foi um ensaio clínico randomizado que comparou duas estratégias iniciais para o tratamento da doença arterial coronariana crônica: PCI associada à TMO versus TMO isolada. Foram incluídos 2.287 pacientes com angina estável ou isquemia documentada e pelo menos uma estenose coronariana ?70% (ou ?80% em casos de angina sem teste de esforço), todos com anatomia coronariana adequada para PCI. O desfecho primário foi mortalidade por todas as causas ou infarto do miocárdio não fatal. Após mediana de 4,6 anos de seguimento, não houve diferença significativa entre os grupos: evento primário ocorreu em 19,0% no grupo PCI versus 18,5% no grupo TMO (HR: 1,05; IC 95%: 0,87–1,27; p=0,62). Os desfechos secundários, como morte, infarto, AVC e hospitalização por síndrome coronariana aguda, também foram semelhantes entre os grupos. A PCI proporcionou melhora mais rápida dos sintomas de angina e da qualidade de vida nos primeiros meses, mas esse benefício não se manteve além de 3 anos. O grupo PCI necessitou de menos revascularizações subsequentes no primeiro ano (21% vs 33%, p<0,001) e pode reduzir o uso de antianginosos. No entanto, a redução da isquemia observada com PCI não se traduziu em menor incidência de eventos clínicos maiores. Ambos os grupos receberam TMO intensiva, incluindo antiagregantes, estatinas, betabloqueadores, inibidores do sistema renina-angiotensina, nitratos e intervenções de estilo de vida, com metas rigorosas para LDL (<70 mg/dL), pressão arterial (<130/85 mmHg), cessação do tabagismo e atividade física (6).
O estudo ISCHEMIA foi um ensaio clínico multicêntrico, randomizado, que avaliou 5.179 pacientes com doença arterial coronariana crônica, isquemia moderada ou grave em teste não invasivo e fração de ejeção ?35%. Pacientes com lesão de tronco de coronária esquerda >50%, angina inaceitável, insuficiência renal avançada ou infarto recente foram excluídos. Após exclusão de doença de tronco por angiotomografia, os participantes foram randomizados para estratégia invasiva (cateterismo e revascularização, se apropriado, mais terapia médica otimizada) ou estratégia conservadora (terapia médica otimizada, com cateterismo/revascularização apenas se falha clínica). O desfecho primário foi composto por

morte cardiovascular, infarto do miocárdio, hospitalização por angina instável, insuficiência cardíaca ou parada cardíaca ressuscitada. Após mediana de 3,2 anos, não houve diferença significativa na incidência do desfecho primário entre as estratégias: 16,4% no grupo invasivo versus 18,2% no grupo conservador (HR 0,93; IC 95% 0,80–1,08). Não houve diferença em mortalidade total ou cardiovascular, nem em infarto do miocárdio não fatal. A estratégia invasiva resultou em maior incidência de infarto periprocedimento, mas menor incidência de infarto espontâneo ao longo do seguimento. O benefício sintomático foi mais evidente em pacientes com angina frequente ao início do estudo; em pacientes assintomáticos, o benefício foi mínimo. Aproximadamente 26% das revascularizações foram realizadas por cirurgia. Subanálises não identificaram subgrupos (por exemplo, doença multivascular, isquemia severa, acometimento de DA proximal) com benefício prognóstico da estratégia invasiva. O estudo reforça que a terapia médica otimizada é o tratamento inicial padrão para DAC crônica com isquemia moderada/grave, reservando revascularização para sintomas refratários (7).

O BARI 2D, focado em pacientes diabéticos, mostrou que revascularização (PCI ou cirurgia) não melhora sobrevida em relação à TMO, embora cirurgia possa ser superior à PCI em casos de doença multivascular. O BARI 2D também utilizou o critério de estenose ?50% em pelo menos uma artéria coronária, sem exigir >70% (8).

O estudo REVIVED-BCIS2 foi um ensaio clínico randomizado, multicêntrico, aberto, que incluiu 700 pacientes com disfunção ventricular esquerda (fração de ejeção ?35%) e doença arterial coronariana extensa (British Cardiovascular Intervention Society Jeopardy Score ?6), além de viabilidade miocárdica em pelo menos quatro segmentos disfuncionais irrigados por vasos com lesões graves e passíveis de revascularização por angioplastia. Os pacientes foram randomizados para PCI associada à TMO ou TMO isolada, com seguimento mediano de 3,4 anos. O desfecho primário foi composto por morte por todas as causas ou hospitalização por insuficiência cardíaca. Não houve diferença significativa entre os grupos: o evento primário ocorreu em 107 de 295 pacientes do grupo PCI e 114 de 315 do grupo TMO (hazard ratio 0,99; IC 95%: 0,78–1,27). Não houve benefício da PCI em mortalidade, hospitalização por insuficiência cardíaca, melhora da função ventricular ou qualidade de vida. A extensão de viabilidade miocárdica não modificou o efeito da PCI, enquanto maior quantidade de miocárdio não viável associou-se a pior prognóstico. Análises adicionais mostraram que nem a revascularização anatômica completa nem a guiada por viabilidade foram associadas a melhor sobrevida livre de eventos em relação à TMO isolada. O estudo reforça que, em pacientes com disfunção ventricular isquêmica avançada e viabilidade miocárdica, a adição de PCI à TMO não melhora desfechos clínicos relevantes (9).

O estudo FAME 2 foi um ensaio clínico randomizado que avaliou pacientes com doença arterial coronariana estável e pelo menos uma estenose com FFR ?0,80. Foram incluídos 888 pacientes, randomizados para PCI guiada por FFR associada à TMO (n=447) ou TMO isolada (n=441). O seguimento mediano foi de 11,2 anos. O desfecho primário composto (morte, infarto do miocárdio ou revascularização urgente) ocorreu em 33,6% dos pacientes do grupo PCI e 41,3% do grupo terapia médica (win ratio 1,25; IC 95%: 1,01–1,56; p=0,043). A superioridade da PCI foi devida principalmente à redução de revascularizações urgentes (win ratio 4,57; IC 95%: 2,53–8,24). Não houve diferença significativa em mortalidade por todas as causas (win ratio 0,88; IC 95%: 0,66–1,17) ou infarto do miocárdio isoladamente (win ratio 1,50; IC 95%: 0,98–2,31) entre os grupos ao longo do seguimento. A análise de longo prazo confirmou que a PCI guiada por FFR reduz eventos compostos, mas esse benefício é impulsionado quase exclusivamente pela diminuição de revascularizações urgentes, sem impacto significativo em mortalidade ou infarto. Esses achados reforçam que, em pacientes com DAC estável e lesões hemodinamicamente significativas, a PCI guiada por FFR pode ser considerada para reduzir intervenções urgentes, mas não altera o risco de morte ou infarto. Os pacientes que não

preenchiam critério de isquemia por FFR foram incluídos em um registro e a melhor terapia médica disponível sozinha resultou em um excelente desfecho, independentemente da aparência angiográfica das estenoses (10).
Portanto, a evidência atual indica que a TMO é fundamental e suficiente para a maioria dos pacientes com DAC crônica, reservando revascularização para casos selecionados com sintomas refratários ou anatomia de alto risco.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Cateterismo cardíaco com angioplastia coronária	Honorários, taxas, materiais, medicamentos e eOPME implante de stent farmacol[ogico na coronária direita	1	R$ 24.000,00	R$ 24.000,00
Total				R$ 24.000,00

* Com base no valor estipulado da causa, por não ter sido identificado orçamento nos documentos anexados ao processo.
Não existe uma base oficial para consulta de valores de referência para a realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos. Portanto, a tabela acima foi construída a partir do orçamento juntado pela parte para realização do procedimento pleiteado na rede privada.
A critério de comparação, de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), o procedimento angioplastia coronariana, classificado como de Alta Complexidade, prevê reembolso de R$ 988,48 para o Serviço Hospitalar e R$ R$ 997,72 para o Serviço Profissional no âmbito do sistema público de saúde. Esses valores não necessariamente refletem os custos do procedimento, mas indicam sua disponibilidade no SUS.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: não espera-se benefício clínico no caso em tela (lesão moderada sem evidência de isquemia em território coronariano correspondente), apenas os riscos do procedimento.

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

Conclusão

Tecnologia: angioplastia coronária com implante de stent

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: As evidências atuais demonstram que em pacientes com estenoses coronarianas moderadas e não funcionalmente significativas, o tratamento conservador com otimização da terapia médica proporciona desfecho clínico equivalente ou superior ao da revascularização percutânea, não havendo benefício adicional da angioplastia nesse contexto.
No caso em tela, pode-se entender como anatomia de alto risco, pelo fato da vascularização colateral oriunda da coronária direita ser também responsável pela vascularização de ramos do sistema esquerdo. No entanto, à luz dos elementos disponibilizados no autos, o quadro não configura síndrome coronariana aguda e não atende aos critérios formais para instabilidade

clínica (11).
Ainda, a ausência de negativa administrativa é fator que deve ser considerado. Conforme documento anexado (ID 135870877 - Pág. 1), verifica-se que tal procedimento já foi devidamente solicitado, em data recente (20/04/2026), não sendo identificados documentos informando o ciclo regulatório no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, a priorização individual do paciente por via judicial, sem conhecimento da fila e dos critérios clínicos aplicados aos demais usuários, pode configurar desorganização do acesso equitativo aos serviços públicos de saúde, em desacordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS, caracterizando potencial uso inadequado da via judicial para sobreposição à regulação administrativa já estabelecida.
Dessa forma, e considerando a melhor evidência científica disponível, ausência de situação de urgência e a ausência de negativa do ente público, resta parecer desfavorável ao provisionamento judicial do procedimento solicitado.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. Ford TJ, Corcoran D, Berry C. Stable coronary syndromes: pathophysiology, diagnostic advances and therapeutic need. Heart Br Card Soc. fevereiro de 2018;104(4):284–92.
2. Nicolau JC, Filho GSF, Petriz JL, Furtado RH de M, Précoma DB, Lemke W, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Arq Bras Cardiol. 15 de julho de 2021;117(1):181–264.
3. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J. 2020;41(3):407-477.
4. Virani SS, Newby LK, Arnold SV, et al. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA guideline for the management of patients with chronic coronary disease: a report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2023.
5. Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, Rossello X, Adamo M, Ainslie J, et al. 2024 ESC guidelines for the management of chronic coronary syndromes: developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC), endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024;45(36):3415–3537. doi:10.1093/eurheartj/ehae177.
6. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, Knudtson M, Dada M, Casperson P, Harris CL, Chaitman BR, Shaw L, Gosselin G, Nawaz S, Title LM, Gau G, Blaustein AS, Booth DC, Bates ER, Spertus JA, Berman DS, Mancini GBJ, Weintraub WS; COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. N Engl J Med. 2007 Apr 12;356(15):1503–1516. doi:10.1056/NEJMoa070829
7. Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, Bangalore S, O'Brien SM, Boden WE, et al. Initial invasive or conservative strategy for stable coronary disease. N Engl J Med. 2020;382(15):1395–1407. doi:10.1056/NEJMoa1915922.
8. Frye RL, August P, Brooks MM, Hardison RM, Kelsey SF, et al. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. N Engl J Med. 2009;360(24):2503–2515. doi:10.1056/NEJMoa0805796.
9. Perera D, Clayton T, O'Kane PD, Greenwood JP, Weerackody R, et al. Percutaneous revascularization for ischemic left ventricular dysfunction. N Engl J Med. 2022;387:1351–1360. doi:10.1056/NEJMoa2206606.

10. De Bruyne B, Pijls NHJ, Kalesan B, Barbato E, Tonino PAL, et al. Fractional flow reserve–guided PCI versus medical therapy in stable coronary disease. N Engl J Med. 2012;367:991–1001. doi:10.1056/NEJMoa1205361.
11. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, **et al.** 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2023;44:3720–3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo médico anexado aos autos (ID 135870881 - Pág. 1) a parte autora é portadora de Doença Arterial Coronariana (DAC), com sintomas de dispneia aos mínimos esforços (CCS III) e dor torácica. Realizou cateterismo coronariano (ID 135870875 - Pág. 1-3) em 17/04/2024 mostrando tronco da coronária esquerda livre de lesões, artéria coronária esquerda ocluída no seu segmento médio, artéria circunflexa livre de lesões (1º ramo marginal com lesão de 70%) e artéria coronária direita com lesão de 80% em seu segmento médio (ramo ventricular posterior com lesão de 60% no segmento médio). Segundo a receita anexada aos autos (ID 135870882 - Pág. 2), faz uso da associação de AAS e clopidogrel, bem como Rosuvastatina. No mesmo documento, informa-se “manter as demais medicações”, o que sugere que o autor faz uso de outras medicações, mas não temos informações detalhadas sobre quais seriam. Foi apresentada documentação (ID 135870877 - Pág. 1) de encaminhamento para novo cateterismo, datado de 20/04/2026, com vista a angioplastia coronariana, no entanto sem ser apresentada negativa administrativa ou mesmo que o paciente tenha sido regulado para tal. Neste contexto, pleiteia-se por via jurisdicional a realização de novo cateterismo cardíaco e de angioplastia coronariana com implante de stent farmacológico.
A DAC, ou cardiopatia isquêmica, se caracteriza por obstrução nas artérias coronárias por placas de aterosclerose (1). Atualmente, é a principal causa de óbitos no Brasil e no mundo. Suas principais manifestações clínicas são a angina (que tipicamente se manifesta com dor no peito aos esforços físicos) e o infarto agudo do miocárdio (IAM) (1,2). Angina pectoris (chamada também somente de angina) é o termo usado quando a dor ou desconforto no peito descrita pelo paciente é atribuível à isquemia miocárdica (1,2). A angina pode ser "estável", quando trata-se de sintoma que ocorre de forma previsível e reprodutível em um certo nível de esforço, havendo alívio com repouso ou nitroglicerina. O termo "síndrome coronariana aguda" se refere a pessoas com angina instável ou com infarto agudo do miocárdio, e essas condições exigem avaliação imediata em ambiente hospitalar (2).
O tratamento da cardiopatia isquêmica envolve manter hábitos de vida saudáveis, tratamento médico otimizado englobando o uso de medicamentos antiplaquetários, medicamentos destinados ao controle do colesterol, hipertensão, diabetes e outros fatores de risco e, em alguns casos, procedimentos de revascularização miocárdica através de angioplastia de artérias coronárias com implante de stent (PCI) ou cirurgia de revascularização miocárdica com pontes de mamária e safena (2,3).