

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

### 18. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA

(Revisão) Soc. Brasileira Neurocirurgia

1. Cobertura obrigatória quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- a. Pacientes com doença de Parkinson, refratários ao tratamento medicamentoso, que apresentem função motora preservada ou residual no membro superior;
- b. Pacientes maiores de 8 anos, com distonia primária refratária ao tratamento medicamentoso.
- c. Pacientes com epilepsia refratária aos medicamentos, que tenham já sido submetidos a procedimentos ressectivos sem sucesso, ou nos quais não haja indicação de ressecções corticais.
- d. Pacientes com tremor não-Parkinsoniano,

## Propostas da Abramge

### 18. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA

1.

Cobertura obrigatória quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- a. Pacientes com doença de Parkinson, refratários ao tratamento medicamentoso, sem outra doença neurológica ou psiquiátrica associada que apresentem função motora preservada ou residual no membro superior;
- b. Pacientes maiores de 8 anos, com distonia primária refratária ao tratamento medicamentoso.
- c. Pacientes com epilepsia refratária aos medicamentos, que tenham já sido submetidos a procedimentos ressectivos sem sucesso, ou nos quais não haja indicação de ressecções corticais.
- d. Pacientes com tremor não-Parkinsoniano incapacitante e severo e com desabilitação funcional que interfira nas atividades diárias, refratários ao tratamento medicamentoso (à maior dose tolerada da medicação), que apresentem função motora preservada ou residual no membro superior;
- e. ~~Pacientes portadores de depressão refratária, já submetidos a tratamentos não invasivos disponíveis, e que permaneçam com quadro depressivo incapacitante.~~
- f. ~~Pacientes portadores de transtorno obsessivo-compulsivo, refratários aos tratamentos não invasivos, e~~

### DUT atual (Anexo II da RN 211)

refratários ao tratamento medicamentoso, que apresentem função motora preservada ou residual no membro superior;

- e. Pacientes portadores de depressão refratária, já submetidos a tratamentos não invasivos disponíveis, e que permaneçam com quadro depressivo incapacitante.
- f. Pacientes portadores de transtorno obsessivo-compulsivo, refratários aos tratamentos não-invasivos, e que permaneçam com sintomas incapacitantes.

Referência:?????

### Propostas da Abramge

que permaneçam com sintomas incapacitantes.

### Referências Bibliográficas

1. The Deep-Brain Stimulation for Parkinson's Disease Study Group. Deep-brain stimulation of the subthalamic nucleus or the pars interna of the globus pallidus in Parkinson's disease. *New England Journal of Medicine* 2001; 345: 956-963
2. Vesper J, Chabardes S, Fraix V, Sunde N, Ostergaard K, The Kinetra Study Group. Dual channel deep brain stimulation system (Kinetra) for Parkinson's disease and essential tremor: a prospective multicentre open label clinical study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2002; 73: 275-280
- 3 . Putzke JD, Wharen RE Jr., Obwegeser AA et al. (2004) Thalamic deep brain stimulation for essential tremor: recommendations for long-term outcome analysis.[see comment]. *Canadian Journal of Neurological Sciences* 31: 333–342.
4. Lee JY, Kondziolka D (2005) Thalamic deep brain stimulation for management of essential tremor.[see comment]. *Journal of Neurosurgery* 103: 400–3.
5. Deep brain stimulation for tremor and dystonia (excluding Parkinson's disease) (interventional procedures overview) – NICE Guidance 25 April 2006 updated at 07 February 2011
6. Interventional procedure overview of deep brain stimulation in Parkinson's disease, April 2003. NICE Guidance updated at 31 January 2011

DUT atual (Anexo II da RN 211)

Propostas da Abramge

19. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR (Revisão)

Soc. Brasileira Neurocirurgia

- 1- Cobertura obrigatória para pacientes adultos com dor crônica de origem neuropática com duração mínima de 6 meses, nos quais houve falha dos métodos conservadores do tratamento da dor.

Referência:?????

19. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR

- 2- 1- Cobertura para pacientes adultos com dor crônica de origem neuropática (Síndrome pos-laminectomia e na Síndrome Dolorosa Complexa Regional tipo I), que não apresentam melhora da dor em pelo menos 50% no score VAS (escala analógica visual) e que não respondem ao tratamento convencional (medicamentoso ou não [fisioterapia, psicoterapia, acupuntura...]), por um período mínimo de 6 meses, e após uma avaliação por uma equipe multidisciplinar com experiência em avaliação da dor crônica.

Critérios de exclusão:

- a. Pacientes com dor de origem isquêmica (angina refratária e isquemia crônica grave de membros inferiores)
- b. Pacientes com dor crônica de outras etiologias que não as listadas

Referência Bibliográfica

- 1- Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Neuroestimulação medular na dor crônica - 2012 -

**20. IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO)**

**(Revisão) Soc. Brasileira de Neurocirurgia**

a.1. Cobertura obrigatória quando preenchidos os seguintes critérios:

- a) Dor nociceptiva rebelde aos tratamentos farmacológicos (com analgésicos comuns e AINES), fisiátrico e psiquiátrico; com melhora com uso prolongado de opióides administrados por via sistêmica em tratamento prévio,

**20. IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO)**

a.1.1. Cobertura obrigatória quando preenchidos os seguintes critérios:

- a) Dor crônica que resulta em interferência significativa nas atividades diárias e qualidade de vida em geral, sem resposta aos tratamentos farmacológicos (com analgésicos comuns e AINES), fisiátrico e psiquiátrico; com contra-indicação aos opióides orais (efeitos adversos que inviabilizariam a administração sistêmica do medicamento) e melhora comprovada com uso prolongado de opióides administrados por via sistêmica em tratamento prévio, e melhora comprovada com a infusão de opióides no compartimento epidural raquidiano durante pelo menos 2 semanas.

### DUT atual (Anexo II da RN 211)

acompanhada de rescidiva ou adversidades (efeitos adversos que inviabilizariam a administração sistêmica do medicamento) e melhora comprovada com a infusão de opióides no compartimento epidural raquidiano durante pelo menos 2 semanas.

- b) Pacientes com espasticidade severa, que já tenha sido submetidos aos métodos conservadores, que permaneçam com sintomas incapacitantes, e que respondam ao baclofen intra-tecal.

### Propostas da Abramge

- b) Pacientes com espasticidade severa, que já tenha sido submetidos aos métodos conservadores, que permaneçam com sintomas incapacitantes, e que respondam ao baclofen intra-tecal.

#### Crítérios de exclusão (contraindicações):

- a) Pacientes imunocomprometidos com alto risco para infecções ou pacientes com infecção ativa;
- b) Pacientes apresentando condições psicológicas severas, incluindo dependência química intratável significativa, psicose ativa com componentes alucinatórios/delirantes, depressão/ansiedade maior não controlada; comportamento suicida ou homicida; déficits cognitivos graves; ou distúrbios do sono severos

#### Referências Bibliográficas

1. Timothy R. Deer, Howard S. Smith. Consensus Guidelines for the Selection and Implantation of Patients With Noncancer Pain for Intrathecal Drug Delivery. *Pain Physician* 2010; 13: E175-E213

2. Manchikanti L, Boswell MV. Comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in the management of chronic spinal pain. *Pain Physician* 2009; 12:699-802

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

### 23. MAMOGRAFIA DIGITAL

1. Cobertura obrigatória em mulheres com idade inferior a 50 anos, com mamas densas e em fase pré ou peri-menopáusicas.

### 23. MAMOGRAFIA DIGITAL

1. Cobertura obrigatória em mulheres com idade inferior a 50 anos e/ou com mamas densas e em fase pré ou peri-menopáusicas

#### Referência Bibliográfica

Diretrizes Clínicas da Saúde Suplementar: Câncer de Mama: Prevenção Secundária.

#### Justificativa

Conforme Diretriz abaixo citada os trabalhos mostraram que há benefício em mulheres com mamas densas mesmo que tenham mais de 50 anos.

### 33. IMPLANTE DE CÁRDIO-DEFIBRILADOR IMPLANTÁVEL – CDI (INCLUI ELETRODOS E

### 33. IMPLANTE DE CÁRDIO-DEFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

### GERADOR)

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
  - a. recuperados de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ou fibrilação ventricular de causa não reversível, com fração de ejeção de
  - b. menor ou igual a 35% ou com cardiopatia estrutural;
  - c. taquicardia ventricular sustentada, espontânea, de causa não reversível, com FE menor ou igual a 35%;
  - d. síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia

ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, clinicamente relevante, com fração de ejeção menor ou igual

## Propostas da Abramge

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
  - a. recuperados de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ou fibrilação ventricular de causa não reversível, com fração de ejeção de menor ou igual a 35% ou portadores de **Taquicardia Ventricular Catecolaminérgica, Miocardiopatia Hipertrófica, Displasia Arritmogênica de Ventrículo Direito, Síndrome de Brugada.**
  - b. taquicardia ventricular sustentada, espontânea, de causa não reversível, com FE menor ou igual a 35% ou portadores de **Displasia Arritmogênica de Ventrículo Direito, Miocardiopatia Hipertrófica.**
  - c. síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, clinicamente relevante, com fração de ejeção menor ou igual a 35% ou **portadores de Taquicardia Ventricular Catecolaminérgica, Miocardiopatia Hipertrófica, Displasia Arritmogênica de Ventrículo Direito, Síndrome de Brugada.**

### **DUT atual (Anexo II da RN 211)**

a 35% ou com cardiopatia estrutural.

2. Não é de cobertura obrigatória o implante do cardiodesfibrilador implantável (CDI) em associação ao marcapasso multissítio/ressincronizador cardíaco (RC).

### **Propostas da Abramge**

- c.2. Não é de cobertura obrigatória o implante do cardiodesfibrilador implantável (CDI) em associação ao marcapasso multissítio/ressincronizador cardíaco (RC).

Justificativa – definir o termo cardiopatias estruturais, visto que em Diretriz da Sobrac / SBC há previsão de prevenção secundária tanto para cardiopatias estruturais arritmogênicas como para canalopatias, independente da fração de ejeção.

### Referências Bibliográficas

1. Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI) SBC-AMB SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS - SOBRAC/SBC DEPARTAMENTO DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL – DECA/SBCCV
2. Leenhardt A, Lucet V, Denjoy, et al. Catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia. A 7-year follow-up of 21 patients. *Circulation* 1995;91: 1512-1519
3. Priori SG, Napolitano C, Tiso N, et al. Mutations in the cardiac ryanodine receptor gene (hRyR2) underlie catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia. *Circulation* 2001; 103: 196-200
4. Laitinen PJ, Brown KM, Piippo K, et al. Mutations of the cardiac ryanodine receptor gene (RyR2) gene in the familial polymorphic ventricular tachycardia. *Circulation* 2001; 103: 485-490



## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

5. Lahat H, Pras E, Olender T, et al. A missense mutation in a highly conserved region of CASQ2 is associated with autosomal recessive catecholamine-induced polymorphic ventricular tachycardia in Bedouin families from Israel. *Am J Hum Genet* 2001; 69: 1378-1384
6. Priori SG, Napolitano C, Memmi M, et al. Clinical and molecular characterization of patients with catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia. *Circulation* 2002, 106: 69-74
7. Schwartz PJ, Priori SG, Napolitano C. The long QT syndrome. In: Zipes DJ, Jalife J, editors. *From Cell to Bedside*. 2000: 597-615.
8. Romano C, Gemme G, Pongiglione R. Rare cardiac arrhythmias of the pediatric age. Syncopal attacks due to paroxysmal ventricular fibrillation. *Clin Pediatr (Bologna)* 1963; 45: 656-683.
9. Ward OC. A new familial cardiac syndrome in children. *J Isr Med Assoc* 1964;54: 103-106.
10. Jervell A, Lange-Nielsen F. Congenital deaf-mutism, functional heart disease with prolongation of the QT interval and sudden death. *Am Heart J* 1957; 54: 59-68
11. Wang Q, Curran ME, Splawski I, et al. Positional cloning of a novel potassium channel gene: KVQT1 mutations cause cardiac arrhythmias. *Nat Genet* 1996; 12: 17-23
12. Curran ME, Splawski I, Timothy KW, et al. A molecular basis for cardiac arrhythmia: HERG mutations cause long QT syndrome. *Cell* 1995; 80:795-803
13. Wang Q, Shen J, Splawski I, et al. SCN5A mutations associated with an inherited cardiac arrhythmia, long QT syndrome. *Cell* 1995; 80: 805-811
14. Abbot GW, Sesti F, Splawski I, et al. MiRP1 forms IKr potassium channels with HERG and is associated

with cardiac arrhythmia. *Cell* 1999; 97: 175-187

15. Splawski I, Tristani-Firouzi M, Lehmann MH, et al. Mutations in the hminK gene cause QT syndrome and suppress IKs function. *Nat Genet* 1997; 17:338-340

16. Splawski I, Timothy KW, Sharpe LM, et al. Ca(V) 1.2 calcium channel dysfunction causes a multisystem disorder including arrhythmia and autism. *Cell* 2004; 119: 19-31

17. Brugada P, Brugada J. Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: a distinct clinical and electrocardiographic syndrome. A multicenter report. *J Am Coll Cardiol* 1992; 20: 1391-1396

18 Brugada R, Brugada J, Antzelevitch C, et al. Sodium channel blockers identify risk for sudden death in patients with ST-segment elevation and and right bundle branch block but structurally normal hearts. *Circulation* 2000; 101:510-515

19. Chen Q, Kirsch GE, Zhang D, et al. Genetic basis and molecular mechanism for idiopathic ventricular fibrillation. *Nature* 1998; 392: 293-296

20. Maron BJ, Roberts WC, Epstein SE. Sudden cardiac death in hypertrophic cardiomyopathy: a profile of 78 patients. *Circulation* 1982; 65: 1388-1394.

21. Maron BJ, Bonow RO, Cannon RO III, et al. Hypertrophic cardiomyopathy. Interrelations of clinical manifestations, pathophysiology, and therapy (1). *N Engl J Med* 1987; 316: 780-789.

22. Maron BJ, Bonow RO, Cannon RO III, et al. Hypertrophic cardiomyopathy. Interrelations of clinical manifestations, pathophysiology, and therapy (2). *N Engl J Med* 1987; 316: 844-852.

**DUT atual (Anexo II da RN 211)**

**Propostas da Abramge**

23. Spirito P, Bellone P. Natural history of hypertrophic cardiomyopathy. *Br Heart J* 1994; 72: S10-S12.
24. McKenna W. Sudden death in hypertrophic cardiomyopathy: Identification of the “high risk” patient. In Brugada P, Wellens HJJ: *Cardiac Arrhythmias: Where to go from here?* Mount Kisko, NY, Futura Pub Co, Inc, 1987.
25. Cannan CR, Reeder GS, Bailey KR, et al. Natural history of hypertrophic cardiomyopathy. A population-based study, 1976 through 1990. *Circulation* 1995; 92: 2488-2495.
26. Marcus FI, Fontaine G. Arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy: a review. *Pacing Clin Electrophysiol* 1995; 18: 1298-1314.
27. Corrado D, Basso C, Thiene G, et al. Spectrum of clinicopathologic manifestations of arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy/dysplasia: a multicenter study. *J Am Coll Cardiol* 1997; 30: 1512-1520.
28. Furlanello F, Bertoldi A, Dallago M, et al. Cardiac arrest and sudden death in competitive athletes with arrhythmogenic right ventricular dysplasia. *Pacing Clin Electrophysiol* 1998; 21: 331-335
29. McKenna WJ, Thiene G, Nava A, et al. Diagnosis of arrhythmogenic right ventricular dysplasia /cardiomyopathy. Task Force of the Working Group Myocardial and Pericardial Disease of the European Society of Cardiology and of the Scientific Council on Cardiomyopathies of the International Society and Federation of Cardiology. *Br Heart J* 1994; 71: 215-218
30. Peters S, Peters H, Thierfelder L. Risk stratification of sudden cardiac death and malignant ventricular arrhythmias in right ventricular dysplasiacardiomyopathy. *Int J Cardiol* 1999; 71: 243-250
31. Peters S. Left ventricular impairment in arrhythmogenic right ventricular dysplasia: what we can learn

**DUT atual (Anexo II da RN 211)**

**Propostas da Abramge**

from angiography. *Cardiology* 1995; 86: 473-476

32. Peters S, Reil GH. Risk factors of cardiac arrest in arrhythmogenic right ventricular dysplasia. *Eur Heart J* 1995; 16: 77-80

33. Bauce B, Nava A, Rampazzo A, et al. Familial effort polymorphic ventricular arrhythmias in arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy map to

34. Chromosome 1q42-43. *Am J Cardiol* 2000; 85: 573-579.

35. Marcus F, Towbin JA, Zareba W, et al. Arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy (ARVD/C): a multidisciplinary study: design, and protocol. *Circulation* 2003; 107: 2975-2978

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

### 35. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nas Diretrizes Clínicas publicadas pela DIPRO/ANS em Instrução Normativa específica, quando seguidos os parâmetros definidos nestas diretrizes;
- b. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas não contempladas nas Diretrizes Clínicas, quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos de doença atual ou história familiar, as demais possibilidades diagnósticas tiverem sido esgotadas, houver indicação de um geneticista clínico e o exame puder ser realizado em território nacional;

### 35. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA

1. Especificar as técnicas que são de cobertura mínima obrigatória (PCR, FISH, multiplex, DHPLC, MLPA);
2. Listar as doenças genéticas contempladas:

Estudo para o gene FRAXA (síndrome X-frágil); Estudo para o gene MECP2 (síndrome de Rett); Fibrose cística, Distrofia muscular de Duchenne; Hemocromatose; Doença de Huntington; Ataxia cerebelar tipos 1,2,3,6,7; Doença de Kennedy (atrofia muscular espinhal bulbar); Doença de Gaucher; Ataxia de Friedreich; Atrofias espinhais progressivas (AEP); Acondroplasia; distrofia miotônica (doença de Steinert); ataxia espinocerebelar tipos 1, 2, 3 (doença de Machado-Joseph), 6 e 7; alfa e beta-Talassemias; neoplasia endócrina múltipla tipo 2; Síndrome de Prader-Willi; Síndrome de Giorgi (velo-cardio-facial); Síndrome de Williams; Síndrome de Smith-Magenis, Síndrome de Miller-Dieker, Síndrome da deleção 1p, Síndrome de Alagille – região 20p12.2, Síndrome de Saethre-Chotzen, Síndrome de Sotos.

3. Dar ênfase em que a análise molecular do DNA deverá ser solicitada dentro de um contexto clínico

### **DUT atual (Anexo II da RN 211)**

- c. análise de mutação do gene EGFR, K-RAS e HER2: para a triagem de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise de mutação dos genes para o início do tratamento, quando solicitados por oncologista.

### **Propostas da Abramge**

determinado por um Geneticista e para exames que são realizados dentro do território nacional.

**DUT atual (Anexo II da RN 211)**

**66. CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL**

1. Cobertura obrigatória de no mínimo 12 consultas/sessões por ano de

contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83);
- d. pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);
- e. pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00

**Propostas da Abramge**

**66. SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL**

1. Cobertura obrigatória de no mínimo 12 sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento ( CID F82, F83);
- d. pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);
- e. pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 A M99).

2. Cobertura obrigatória de no mínimo 40 sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

**DUT atual (Anexo II da RN 211)**

A M99).

**Propostas da Abramge**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- c. transtornos da alimentação (CID F50);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).



## DUT atual (Anexo II da RN 211)

### 67. SESSÃO DE PSICOTERAPIA

1. Cobertura obrigatória de no mínimo 12 sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento

## Propostas da Abramge

### 67. SESSÃO DE PSICOTERAPIA

1. Cobertura obrigatória de no mínimo 12 sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30, F32, F34, F38, F39);
- f. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19).

### DUT atual (Anexo II da RN 211)

psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);

- e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30, F32, F34, F38, F39);
- f. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19).

### Propostas da Abramge

2. Cobertura obrigatória de no mínimo 40 sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- c. Transtornos da alimentação (CID F50);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

### 3. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA

**(Revisão) Conitec**

### 71. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA

De acordo com a proposta da ANS apresentada em 21/3/13.

#### 4. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios (realização apenas em aparelhos *multislice* com 64 colunas de detectores ou mais):

- a. em pacientes sintomáticos com probabilidade pré-teste intermediária de doença aterosclerótica coronariana significativa\* (definida como probabilidade pré-teste entre 30% e 60% calculada pelos modelos de Diamond e Forester <sup>1,2</sup> ou da Universidade de Duke <sup>2,3</sup>) e como alternativa aos métodos provocativos de pesquisa de isquemia;
- b. em pacientes sintomáticos, com probabilidade intermediária de doença aterosclerótica coronariana significativa\* (definida como

#### 72. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios (realização apenas em aparelhos *multislice* com 64 colunas de detectores ou mais):

- d. em pacientes sintomáticos (queixa anginosa ou sinais que possam sugerir equivalente isquêmico) com probabilidade pré-teste **ergométrico** intermediária de doença aterosclerótica coronariana significativa\* (definida como probabilidade pré-teste entre 30% e 60% calculada pelos modelos de Diamond e Forester <sup>1,2</sup> ou da Universidade de Duke <sup>2,3</sup>) e como alternativa aos métodos provocativos de pesquisa de isquemia
- e. em pacientes sintomáticos (queixa anginosa ou sinais que possam sugerir equivalente isquêmico), com probabilidade intermediária de doença aterosclerótica coronariana significativa\* (definida como probabilidade pré-teste entre 30% e 60% calculada pelos modelos de Diamond e Forester <sup>1,2</sup> ou da Universidade de Duke <sup>2,3</sup>) e com resultados de métodos provocativos de isquemia inconclusivos ou conflitantes;
- f. em pacientes com suspeita de coronárias anômalas.

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

probabilidade pré-teste entre 30% e 60% (10% e 90%) calculada pelos modelos de Diamond e Forester ou da Universidade de Duke 1,2,3,4,5) e com resultados de métodos provocativos de isquemia inconclusivos ou conflitantes;

- c. em pacientes com suspeita de coronárias anômalas.

### 1. Cobertura obrigatória NÃO INDICADA quando:

- a. como método de *screening* em pacientes assintomáticos;
- b. em pacientes sintomáticos e com alta probabilidade pré-teste de doença aterosclerótica coronariana significativa\* (definida como probabilidade pré-teste maior que 60% (90%?) calculada pelos modelos de Diamond e Forester 1,2 ou da Universidade de Duke 2,3);
- c. em pacientes sintomáticos, com baixa

## Propostas da Abramge

### 2. Cobertura obrigatória NÃO INDICADA quando:

- a. como método de *screening* em pacientes assintomáticos;
- b. em pacientes sintomáticos e com alta probabilidade pré-teste de doença aterosclerótica coronariana significativa\* (definida como probabilidade pré-teste maior que 60% calculada pelos modelos de Diamond e Forester 1,2 ou da Universidade de Duke 2,3);
- c. em pacientes sintomáticos, com baixa probabilidade pré-teste de doença aterosclerótica coronariana significativa\* (definida como probabilidade pré-teste menor que 30% calculada pelos modelos de Diamond e Forester 1,2 ou da Universidade de Duke 2,3) e com métodos provocativos de pesquisa de isquemia negativos;
- d. **Pacientes sintomáticos, sabidamente revascularizados cirurgicamente ou via percutânea, visto que já tem diagnóstico de Doença Arterial Coronária e alta probabilidade de Doença Aterosclerótica significativa;**

Justificativa: Tornar mais fácil a compreensão da DUT e excluir aqueles pacientes já revascularizados que não estão contemplados nos itens dos escores utilizados.

**O intervalo de confiança de 10 a 90% foi estabelecido para a probabilidade pré teste de DAC em exames de esforço, antes do advento da Angiotomografia Coronariana, e tem como base as escalas de Duke e Diamond-Forester, que por sua vez não fornecem uma quantificação linear precisa. Portanto, a utilização de tal**

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

probabilidade pré-teste de doença aterosclerótica coronariana significativa\* (definida como probabilidade préteste menor que 30% (10%?) calculada pelos modelos de Diamond e Forester 1,2 ou da Universidade de Duke 2,3) e com métodos provocativos de pesquisa de isquemia negativos.

Referências:

/.../

4. Gibbons RJ, Balady GJ, Bricker JT, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1997 Exercise Testing Guidelines). *Circulation* 2002;106:1883-92

5. Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina--summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association

## Propostas da Abramge

intervalo (10% a 90%) é arbitrário e equivocado. As Diretrizes das Sociedades de Cardiologia para Avaliação da Doença Coronariana na realidade citam o termo Risco Baixo a Intermediário de Doença Coronariana, que difere da probabilidade pré teste intermediária.

### Referência Bibliográfica

1. Appropriate Use Criteria for Cardiac Computed Tomography. A Report of the ACCF/SCCT/ACR/AHA/ASE/ASNC/NASCI/SCAI/SCMR 2010
2. Diretriz de Ressonância e Tomografia Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2006 set 87(3)
3. Diamond GA, Forrester JS. Analysis of probability as an aid the clinical diagnosisof coronary-artery disease. *N Engl J Med*. 1979;300:1350-8.
4. Diretriz de Doença Coronária Crônica da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol*. 2004;83, Suplemento II
5. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* (2011) 32, 2999–3054

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina). Circulation 2003;107:149-58.

Referência: Doc 5\_REFERENCIAS PARA DUT 2014 ANGIOCT CORONARIAS

### 5. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE, ARTRITE PSORIÁSICA, DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos os seguintes critérios:

- a. Artrite reumatóide: /.../
- b. Artrite psoriásica: /.../
- c. Doença de Crohn: /.../
- d. Espondilite anquilosante: /.../

## Propostas da Abramge

### 73. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE, ARTRITE PSORIÁSICA, DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE

1. Cobertura obrigatória quando seguidas as indicações, posologias e intervalos para reaplicação contidas em bula e preenchidos os seguintes critérios:
  - e. Artrite reumatóide: pacientes com índice de atividade da doença maior que 10 pelo CDAI (Índice Clínico de Atividade da Doença), maior que 20 pelo SDAI (Índice Simplificado de Atividade da Doença) ou maior que 3,2 pelo DAS 28 (Índice de Atividade da Doença - 28 articulações), refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de três meses com pelo menos dois esquemas utilizando drogas modificadoras do curso da doença (DMCDs) de primeira linha, de forma sequencial ou combinada;
  - f. Artrite psoriásica: pacientes com comprometimento periférico, índice de atividade da doença maior que 3,2 pelo DAS 28 (Índice de Atividade da Doença - 28 articulações) na presença de no mínimo três

## **DUT atual (Anexo II da RN 211)**

## **Propostas da Abramge**

articulações dolorosas ou edemaciadas, refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de seis meses com pelo menos duas drogas modificadoras do curso da doença (DMCDs) e, nos pacientes com comprometimento axial associado ao periférico, índice de atividade da doença igual ou maior do que 4 pelo BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante), refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de três meses com doses plenas de pelo menos dois antiinflamatórios não hormonais (AINHs);

- g. Doença de Crohn: pacientes com índice de atividade da doença igual ou maior a 220 pelo IADC (Índice de Atividade da Doença de Chron), refratários ao uso de drogas imunossupressoras ou imunomoduladoras por um período mínimo de três meses; ou com índice de atividade da doença maior que 3,2 pelo DAS 28 (Índice de Atividade da Doença - 28 articulações), nos casos de comprometimento articular periférico; ou com índice de atividade da doença igual ou maior do que 4 pelo BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante), nos casos com comprometimento axial;
- h. Espondilite anquilosante: pacientes com índice de atividade da doença igual ou maior do que 4 pelo BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante) ou igual ou maior do que 4,5 pelo ASDAS (Escore de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante), refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de três meses com doses plenas de pelo menos dois antiinflamatórios não hormonais (AINHs) e, nos pacientes com doença predominantemente periférica com ausência de resposta à sulfasalazina ou ao metotrexato, por período adicional de 3 meses.

**PROPOSTA DE NOVA DUT**

**PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL**

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

1. Cobertura obrigatória, conforme indicação do médico assistente, nos seguintes casos:

Pacientes a partir de três anos de idade com dificuldades em analisar e interpretar o que ouvem, na presença de um ou mais dos seguintes distúrbios que envolvam os mecanismos e processos do sistema auditivo responsáveis pela:

- a. lateralização e localização do som;
- b. discriminação auditiva;
- c. reconhecimento de padrões e aspectos temporais da audição, incluindo resolução, mascaramento, integração e ordenação temporais;
- d. desempenho auditivo com sinais acústicos competitivos e degradados.

2. Cobertura obrigatória NÃO INDICADA quando:

- a. na presença de prejuízos de fala e linguagem, intelectuais ou psicológicos, não houver prévia avaliação



## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

desses aspectos;

- b. ausência de avaliação audiológica básica do sistema auditivo periférico, previamente, à aplicação dos testes auditivos centrais.

### Referências Bibliográficas

1. **AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION.** (Central) Auditory Processing Disorders. ASHA, 2005. Disponível em: <[www.asha.org/docs/html/tr2005-00043.html](http://www.asha.org/docs/html/tr2005-00043.html)>. Acesso em: 20/3/13.
2. JERGER, J.; MUSIEK, F. Report of the consensus conference on the diagnosis of auditory processing disorders in school-age children. **Jornal Academy of Audiology.** Virginia, USA, 2000. Disponível em: [http://www.bsnpa.org/.../Auditory\\_Processing\\_Disord...](http://www.bsnpa.org/.../Auditory_Processing_Disord...) Acesso em: 20/3/13.
3. Veras RP, Mattos LC. Audiologia do envelhecimento: revisão da literatura e perspectivas atuais. **Rev Bras Otorrinolaringol.** 2007; 73(1):128-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992007000100021> Acesso em: 20/3/13.

## PROPOSTA DE NOVA DUT

### MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)

1. Cobertura obrigatória, conforme indicação do médico assistente, nos seguintes casos:

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

- a. suspeita de hipertensão do avental branco;
- b. avaliação de normotensos no consultório com lesão de órgãos-alvo, ou seja suspeita de hipertensão mascarada;
- c. avaliação da eficácia terapêutica anti-hipertensiva:
  - quando a pressão arterial casual permanecer elevada apesar da otimização do tratamento anti-hipertensivo para diagnóstico de hipertensão arterial resistente ou efeito do avental branco;
  - quando a pressão arterial casual estiver controlada e houver indícios da persistência, ou progressão de lesão de órgãos–alvos.

### **Referência Bibliográfica**

V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) – SBC –setembro/2011.

DUT atual (Anexo II da RN 211)

Propostas da Abramge

PROPOSTA DE NOVA DUT

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MANDÍBULA/MAXILA COM REFORMATÇÃO MULTIPLANAR**

1. Cobertura obrigatória em casos de investigação de processos patológicos, localização de corpos estranhos, avaliação de seios paranasais e diagnóstico de traumas e fraturas ósseas.

Justificativa: Quanto ao exame nomeado “Dental (dentscan)”, tanto na TUSS quanto na CBHPM, consideramos imprópria essa descrição uma vez que “Dentscan” é o nome do programa de computador desenvolvido pela empresa General Electric que permite a visualização da mandíbula e da maxila em três planos (axial, panorâmico e parasagital [oblíquo ou ortorradial]) das imagens captadas pelo tomógrafo.

<http://www.gehealthcare.com/international/aw/applications/dentscan/>

Outras empresas possuem programas similares com outros nomes: Dental CT

DUT atual (Anexo II da RN 211)

**Propostas da Abramge**

(Siemens); Dental (Toshiba).

Sugerimos que a descrição do exame seja substituída por “TC Mandíbula/Maxila com reformatação multiplanar”

<b>Código TUSS</b>	<b>GRUPO – SUBGRUPO TUSS</b>	<b>PROCEDIMENTO - TUSS</b>
41001052	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIAGNÓSTICA	Dental (dentscan)
41001273	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIAGNÓSTICA	TC - Mandíbula
41001281	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIAGNÓSTICA	TC - Maxilar

A Tomografia Computadorizada da Mandíbula/Maxila com reformatação multiplanar pode ser utilizada como auxiliar para:

## **DUT atual (Anexo II da RN 211)**

### **Propostas da Abramge**

- Identificar e delinear processos patológicos
- Localização de corpos estranhos
- Localização de dentes retidos
- Avaliar seios paranasais
- Diagnosticar traumas e fraturas ósseas
- Avaliação pré-operatória à realização de implantes dentários
- Avaliação da estrutura de elementos dentários

Considerando as inúmeras finalidades acima e que algumas estão relacionadas com tratamentos/procedimentos não cobertos pelo Rol Médico, sugerimos a inclusão de uma diretriz de utilização para este exame restringindo-o aos procedimentos cobertos pelo Rol Médico.

### **Referência Bibliográfica**

<http://eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo19v73.pdf>

**DUT atual (Anexo II da RN 211)**

**Propostas da Abrange**

**PROPOSTA DE NOVA DUT**

**ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NERVOSA TRANSCUTÂNEA**

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

- a. dor aguda no pós-operatória, identificada nos primeiros 30 dias após a cirurgia;
- b. dor crônica intratável que não respondeu adequadamente a outros métodos de analgesia, incluindo, conforme o caso, fisioterapia e farmacoterapia;
- c. na espasticidade da lesão medular e hemiplegia decorrente de acidente vascular encefálico.

### 2. Cobertura obrigatória NÃO INDICADA quando:

- a. primeiro trimestre da gestação;
- b. dor aguda , exceto dor no pós operatória do item 1.a;
- c. na melhora do equilíbrio dos pacientes com sequela de AVE em fase crônica;
- d. pacientes portadores de:
  - marcapassos cardíacos;
  - Arritmias cardíacas, a menos que tenha sido recomendada pelo médico assistente;

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

- Dor de etiologia desconhecida;
- Epilepsia, a menos que tenha sido recomendada pelo médico assistente.

e. Nas seguintes áreas do corpo: parte anterior do pescoço, pele com solução de continuidade, pele anestésica (sensibilidade anormal), abdômen durante a gestação (não deve ser administrada sobre o útero, embora seja administrada na coluna para alívio da dor durante o parto), regiões que possuem metal interno, áreas recentemente irradiadas.

## PROPOSTA DE NOVA DUT

### MARCAPASSO

Justificativa: Normatizar as indicações de marcapasso definitivo, baseado nas diretrizes da SOBRAC/ SBC, e desta forma a cobertura seria obrigatória nas indicações classe I.



Cobertura Obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo:

- a. Na **doença do nó sinusal** com bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos indispensáveis ao tratamento, na presença de manifestações documentadas de pré síncope, síncope, insuficiência cardíaca ou intolerância aos esforços, claramente relacionados ao quadro de bradicardia .
- b. Na **Síndrome do Seio Carotídeo** quando houver presença de síncope e documentação de assistolia > 3 segundos durante a estimulação do seio carotídeo.
- c. **BAV de segundo grau** permanente ou intermitente, ou causado pelo uso de fármacos indispensáveis ao tratamento, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionada à bradicardia, independente do tipo e localização.
- d. **BAV de segundo grau Tipo II**, com QRS largo e localização abaixo do feixe de HISS, permanente ou intermitente, e irreversível, mesmo sem presença de sintomatologia relacionada ao bloqueio.

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

- e. **BAV de segundo grau** e flutter/fibrilação atrial com documentação de resposta ventricular baixa em pacientes com sintomas de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia.
  
- f. **BAV de terceiro grau (BAV total)**, permanente ou intermitente, irreversível, de qualquer etiologia ou local, com **sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia**.
  
- g. **BAV de terceiro grau (BAV total)**, persistente após 15 dias de episódio de Infarto Agudo do Miocárdio ou Cirurgia Cardíaca (com QRS largo), independente de presença de sintomatologia.
  
- h. **BAV de terceiro grau (BAV total)**, **assintomático**, adquirido, em portadores de Doença de Chagas ou patologia degenerativa, na presença de **QRS largo**, ou com QRS estreito e necessidade de uso de drogas antiarrítmicas, pausas > 3 segundos na vigília FC média < 40bpm, ou ainda, com evolução para cardiomegalia progressiva.
  
- i. **BAV de terceiro grau (BAV total)**, **congenito**, na presença de QRS largo ou cardiomegalia progressiva ou FC inadequada para a idade.

DUT atual (Anexo II da RN 211)

Propostas da Abramge

- j. **BAV de terceiro grau (BAV total)**, após ablação da junção atrioventricular.

Referência Bibliográfica

SOBRAC/SBC/DECA/SBCCV. Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Eletrônicos Implantáveis. *Arq Bras Cardiol*,2077; 89(6) e-(210) e-(237).

PROPOSTA DE NOVA DUT

**MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO TRIDIMENSIONAL**

Sugestão: Correção do descritivo Estudo eletrofisiológico - mapeamento eletro-eletrônico tridimensional - do sistema de condução com ou sem ação farmacológica para Estudo Eletrofisiológico-Mapeamento Eletroanatômico - Tridimensional com ou sem ação farmacológica e visto se tratar de procedimento com custo aumentado devido material utilizado, incluir DUT.

Justificativa: A utilização do método adjuvante de mapeamento eletroanatômico tridimensional (CARTO,ENSITE) não demonstrou aumento de eficácia, mantendo mesmo padrão de segurança e menor tempo de uso de fluoroscopia. Parece haver aquisição de um maior número de informações quando se

**DUT atual (Anexo II da RN 211)**

**Propostas da Abramge**

abordam arritmias que tem circuitos mais complexos e extensos envolvidos.

Cobertura Obrigatória apenas para aqueles pacientes portadores de:

1. Flutter atrial recorrente após tentativa prévia de ablação por mapeamento convencional.
2. Fibrilação atrial.
3. Taquicardia ventricular sustentada na presença de cardiopatia estrutural (EX: cardiopatia isquêmica, cardiopatia chagásica, displasia arritmogênica de Ventrículo direito, endomiocardiofibrose, miocardiopatia hipertrófica)
4. Flutter atrial e taquicardia atrial como eventos desencadeadores de fibrilação atrial.

**Referências Bibliográficas**

1. Diretriz de Fibrilação Atrial . Arqui Bras Cardiol 2003; 81( suplemento VI)

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

2. Knackstedt Christian 1,2, Schauerte Patrick , Kirchof Paulus , Electro-anatomic mapping systems in arrhythmias. *Europace* (2008) 10, iii28–iii34 doi:10.1093/europace/eun225
3. Rosenheck S . Electroanatomic mapping: the 21st century approach to treating cardiac arrhythmias. *IMAJ* 2007; 9: April: 326-327
4. Duru F. CARTO Three-Dimensional Non-Fluoroscopic Electroanatomic Mapping for Catheter Ablation of Arrhythmias: A Useful Tool or an Expensive Toy for the Electrophysiologist? *Anadolu Kardiyol Derg* 2002;4: 330-337;
5. Willems et al. Catheter Ablation of Atrial Flutter Guided by Electroanatomic Mapping (CARTO): A Randomized Comparison to the Conventional Approach. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 2000;11:1223-1230;
6. Sporton SC et al. Electroanatomic versus fluoroscopic mapping for catheter ablation procedures: a prospective randomized study. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology* 2004; 15(3): 310-315;
7. Earley MJ et al. Radiofrequency ablation of arrhythmias guided by non-fluoroscopic catheter location: a prospective randomized trial. *European Heart Journal* 2006; 27: 1223–9

DUT atual (Anexo II da RN 211)

Propostas da Abramge

PROPOSTA DE NOVA DUT

**IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO (Nervos periféricos)**

Justificativa: Definir e limitar indicações de neuroestimulação periférica visto descritivo do rol ser muito amplo

Cobertura obrigatória para:

1. Portadores de incontinência urinária por hiperatividade do detrusor e portadores de incontinência fecal refratários a medidas conservadoras (mudança de dieta alimentar, treinamento de musculatura pélvica e vesical, biofeedback, tratamentos medicamentosos como anticolinérgicos, toxina botulínica e até mesmo placebo), antes da ampliação vesical ou derivação urinária serem consideradas, com documentação do teste prévio realizado demonstrando eficácia do dispositivo para neuromodulação sacral.

**Referências Bibliográficas**

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

1. Duthie JB, Vincent M, Herbison GP, Wilson DI, Wilson D. Botulinum toxin injections for adults with overactive bladder syndrome.

Cochrane database of systematic reviews (Online). 2011(12):CD005493.

2. Grise P, Ruffion A, Denys P, Egon G, Chartier Kastler E. Efficacy and tolerability of botulinum toxin type A in patients with

neurogenic detrusor overactivity and without concomitant anticholinergic therapy: comparison of two doses. European urology. 2010

Nov;58(5):759-66.

3. Hassouna MM, Siegel SW, Nyeholt AA, Elhilali MM, van Kerrebroeck PE, Das AK, et al. Sacral neuromodulation in the treatment

of urgency-frequency symptoms: a multicenter study on efficacy and safety. The Journal of urology. 2000 Jun;163(6):1849-54.

4. Herbison GP, Arnold EP. Sacral neuromodulation with implanted devices for urinary storage and voiding dysfunction in adults.

Cochrane database of systematic reviews (Online). 2009(2):CD004202.

5. Kessler TM, Bachmann LM, Minder C, Lohrer D, Umbehrl M, Schunemann HJ, et al. Adverse event assessment of antimuscarinics

for treating overactive bladder: a network meta-analytic approach. PloS one. 2011;6(2):e16718.

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

6. Lee S, Malhotra B, Creanga D, Carlsson M, Glue P. A meta-analysis of the placebo response in antimuscarinic drug trials for

overactive bladder. BMC medical research methodology. 2009;9:55.

7. Madhuvrata P, Cody JD, Ellis G, Herbison GP, Hay-Smith EJ. Which anticholinergic drug for overactive bladder symptoms in

adults. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2012;1:CD005429.

8. Peyrat L, Ragni E. [Guidelines for treatment of urinary incontinence in women due to refractory idiopathic vesical hyperactivity

with botulinum toxin A]. Progres en urologie : journal de l'Association francaise d'urologie et de la Societe francaise d'urologie.

2010 Feb;20 Suppl 2:S170-3.

9. van Kerrebroeck PE, van Voskuilen AC, Heesakkers JP, Lycklama a Nijholt AA, Siegel S, Jonas U, et al. Results of sacral

neuromodulation therapy for urinary voiding dysfunction: outcomes of a prospective, worldwide clinical study. The Journal of urology. 2007 Nov;178(5):2029-34.

10..Diretrizes da Sociedade Européia de Urologia para Incontinência Urinária

11.Diretrizes da Sociedade Brasileira de urologia para Disfunções Miccionais



**DUT atual (Anexo II da RN 211)**

**Propostas da Abramge**

BUSCADOR DA ANS – SUGESTÃO DE REVISÃO

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE  
MANDÍBULA/MAXILA**

Proposta: Retirar similaridade com o descritivo do rol de Tomografia Computadorizada de Maxila/mandíbula, visto que o dental scan é procedimento com objetivo diagnóstico diverso da tomografia de mandíbula/ maxila convencional, e que visa realizar uma tomografia dos dentes e apesar de haver codificação na CBHPM trata-se de procedimento diagnóstico odontológico.

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

### Segue pequeno descritivo do referido exame

Termo TUSS: 41001052

TC DENTAL (dentalscan)

O Dental Scan é uma técnica de Tomografia Computorizada (TC) especialmente desenvolvida para o estudo dentário permitindo adquirir imagens dos maxilares superior e inferior de modo a que todas as estruturas possam ser analisadas. Através de programa de software apropriado permite reconstruções em tamanho real, incluindo panorâmicas, o que possibilita o planejamento cirúrgico através da avaliação quantitativa e qualitativa do osso no caso de se pretenderem colocar implantes dentários para reabilitação oral, orientando o médico dentista na colocação segura e rápida dos implantes (angulação, altura e espessura) e determinando a existência ou não de anomalias que possam limitar ou mesmo impedir a intervenção terapêutica, determinando a localização correta de estruturas anatômicas vitais, de modo a não invadi-las e que variam frequentemente entre indivíduos. Orientam igualmente a terapêutica a aplicar, nomeadamente na remodelação óssea quando já existe marcada atrofia óssea, sobretudo em pessoas com perda dentária não recente. Serve igualmente para o estudo de anomalias congénitas dentárias e no estudo de patologia oro-dental, incluindo a tumoral.

As imagens são facultadas em formato digital de modo a que possam ser manipuladas por outros softwares dentários dirigidos para implantologia, bem como em película. Todos os exames são acompanhados de relatório médico elaborado por médico-radiologista.

## DUT atual (Anexo II da RN 211)

## Propostas da Abramge

### BUSCADOR DA ANS – SUGESTÃO DE REVISÃO

Proposta: Excluir o termo coração artificial da sinonímia do buscador, visto que o ventrículo/coração artificial trata de um dispositivo de longa permanência e não apenas assistência prolongada temporária.

### **INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVO PARA ASSISTÊNCIA CIRCULATÓRIA PROLONGADA**

Questiona-se: Frente aos inúmeros dispositivos de assistência circulatória atualmente utilizados para tratamento da Insuficiência Cardíaca e como suporte às Cirurgias Cardíacas, é necessário melhor esclarecimento quanto aos correspondentes dispositivos relacionados ao descritivo do rol: INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE CIRCUITO PARA ASSISTÊNCIA MECÂNICA CIRCULATÓRIA PROLONGADA (TORACOTOMIA). O Ventrículo Artificial de Implantação Intracardíaca e de fluxo contínuo está incluso neste descritivo ou apenas os dispositivos temporários prolongados de fluxo pulsátil?

### BUSCADOR DA ANS – SUGESTÃO DE REVISÃO

Proposta: retirar da sinonímia da UVULOPALATOFARINGOPLASTIA o termo “cirurgia do ronco”, pois este termo indica que a cirurgia pode ser realizada para quaisquer tipos de ronco, quando há indicação apenas para apnéia do sono, quando há caráter funcional relacionado.

**DUT atual (Anexo II da RN 211)**

**CIRURGIA DO RONCO – APNÉIA DO SONO**

**(UVULOPALATOFARINGOPLASTIA)**

**Propostas da Abramge**