

Contribuições da Consulta Pública - PCDT - Stents para doença coronariana - CONITEC

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
24/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	É direito do médico: - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.	
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Baseado em inúmeras evidencias, gostaria de incluir os Stents Farmacologicos na rede SUS, em casos selecionados. Pois com a menor taxa de re-estenose, diminuiria o numero de internações e intervenções nesse mesmo paciente se ele for tratado exclusivamente com Stents convencionais!	
28/08/2017	Profissional de saúde	Regular	Sim, As recomendações estão em desacordo com as orientações das sociedades brasileiras de cardiologia, sociedade europeias e americana. Em relação às lesões de Tce concordo com a indicação de cirurgia pra casos mais complexos e e possível a Angioplastia em casos mais simples. Em relação aos multi arteriais, a indicação tem q ser baseado através do score SyntaxII. E em relação ao diabético, e um absurdo recomendar cirurgia cardíaca a todos os casos.	Discutir essa diretriz com a sociedade hemodinâmica e cirurgia cardíaca.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
28/08/2017	Profissional de saúde	Regular	Sim, Existem diretrizes nacionais atualizadas sobre o tema que devem ser consideradas na escolha terapêutica do paciente. A realidade médica dos países nos quais foram desenvolvidos os estudos utilizados como base nesse PCDT são bem diferentes da realidade brasileira. Sendo assim a diferença de morbi-mortalidade pode variar de forma importante de um lugar para outro. Dessa maneira as diferenças regionais e da terapia como um todo devem ser consideradas na escolha terapêutica para o paciente.	Existem diretrizes nacionais atualizadas sobre o tema que devem ser consideradas na escolha terapêutica do paciente. A realidade médica dos países nos quais foram desenvolvidos os estudos utilizados como base nesse PCDT são bem diferentes da realidade brasileira. Sendo assim a diferença de morbi-mortalidade pode variar de forma importante de um lugar para outro. Dessa maneira as diferenças regionais e da terapia como um todo devem ser consideradas na escolha terapêutica para o paciente.	
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Excelente iniciativa, extremamente necessária!	
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, STENT FARMACOLOGICO PARA PACIENTES DIABETICOS E TAMBEM PARA TODOS AQUELES COM REESTENOSE INTRASTENT CONVENCIONAL		
28/08/2017	Interessado no tema	Muito ruim	Não		
28/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Pacientes multiaxiais estáveis já temos evidências de tratamento percutâneo seja tão efetivo quanto o cirurgião com menor chance de complicações Cabe ao médico do paciente e comum acordo com este a decisão da terapia a ser tomada		
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não		
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Os artigos e revisões não condizem com o atual estado da arte na hemodinâmica. Vários estudos e revisões colocam os resultados na angioplastias no mínimo como equivalentes a cirurgia, com menor morbidade.		
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
28/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Não	Todo o parecer está embasado em estudos clínicos muito distantes da realidade brasileira. Os índices de mortalidade e morbidade da cirurgia de revascularização miocárdica em nosso meio é muito superior à desses estudos. Basta ver o Data SuS. Não são condizentes com nossa realidade. Porque vcs não abordam esse tema ????????	Clique aqui
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não		
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	nem todo paciente multiarterial tem contra-indicacao para angioplastia coronaria , assim como os pacientes portadores de lesao de tronco de coronaria esquerda!dados de estudos mais atualizados e melhor analisados devem ser considerados	
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Gostaria que avaliassem os daos de mortalidade cardiaca dos trabalhos citados em relação à nossa realidade. Em que hospital no Brasil existe uma mortalidade Cirurgica de 1.7% como a encontrada no Freedom? Com certeza em nenhum, logo não devemos extrapolar dados dessa forma.		
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não		
28/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, A recomendação para cirurgia em doença multiarterial não deveria ser forte. O espectro amplo de apresentação da doença, o melhor nível de eficácia e segurança com a evolução dos SF e a dificuldade em extrapolar resultados cirúrgicos de estudos clínicos randomizados para a vida real, especialmente no Brasil, não justificam este grau de recomendação.	A inclusão do evento "necessidade de nova revascularização" no desfecho composto primário para comparação entre os dois tipos de tratamento é, cada vez mais, criticada pelo desequilíbrio evidente entre eles. Novas intervenções percutâneas são mais facilmente aceitas pelos pacientes, familiares e médicos ao contrário de reoperações cirúrgicas. Tal diferença acarreta viés considerável em favor de menores eventos no grupo cirúrgico.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	Análise totalmente tendenciosa em favor a cirurgia cardíaca, descartando dados e fatos importantes publicados em artigos de referência e diretrizes nos últimos anos.	
28/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	<p>Sim, 1-Como o próprio texto do documento refere, o estudo VA CARDS foi interrompido e não teve poder estatístico para analisar suas variáveis, no entanto, é o que mais pesa desfavoravelmente ao uso de STENTS. Sugiro que ele seja excluído da metanálise, pois a elevada mortalidade verificada com uso de STENTS nesse estudo não encontra paralelo em nenhum outro, nem mesmo na vida real.2-Por outro lado, gostaria que fossem analisados os dados reais do SUS no Brasil, onde há taxas de mortalidade com revascularização cirúrgica muito acima das verificadas nesses estudos analisados na metanálise. precisamos analisar os resultados e desfechos das cirurgias de revascularização no SUS comparativamente aos resultados e desfechos do uso dos STENTS farmacológicos no SUS, para chegarmos a uma conclusão válida para o nosso meio, nossos pacientes e nossos hospitais.</p>	É importante comparar e tentar, quando possível, uniformizar as recomendações desse protocolo com as recomendações das diretrizes das Sociedades de Cardiologia Norte Americana, Européia e Brasileira, pois atualmente são essas diretrizes que norteiam nossa prática clínica.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
28/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	<p>Sim, Estes estudos tem seleção previa significativa (alguns deles) o que contraria o que temos no mundo real. Não ha` como seguirmos `a risca estes resultados dos estudos vistos que a mortalidade e excelência cirúrgica destes estudos esta` muito alem (melhor) do que se consegue aqui no Brasil. Apesar de também haver diferenças no tratamento percutaneo com stents aqui no Brasil, esta diferença em relação ao mundo e` muito menor o que poderia mudar completamente os resultados e tendências, favorecendo intervenções percutaneas.</p>	<p>Como nao ha` dados do Brasil creio que a CONITEC não deveria tentar usurpar aquilo que e` das especialidades medicas. O direito dos pacientes também deve ser respeitado pois quando não ha` evidencias sugerindo contraindicação de uma técnica sobre outra o medico assistente pode e tem direito de opinar legalmente. A Conitec visa nitidamente cercear direitos e preferencias legais de médicos e pacientes sobre pretexto científico para indicar e talvez forçar um tratamento sobre outro. Não se levou em conta critérios de alto risco dos pacientes tipo STS score e Euroscore e este pretenso documento vai causar mais problemas ainda com planos de saúde e reembolsos pois pode criar obrigatoriedade de seguimento de tratamento, o que não e` verdade. Parece coisa típica de quem fica no ambiente de computador e não ve pacientes - doentes sem atendimento preventivo ou ambulatorial e com resultados de CRVM pífios pelo Brasil todo. Aqui em Minas Gerais e` o caos - mortalidade proibitiva.</p>	
28/08/2017	Profissional de saúde	Regular	<p>Sim, Em nenhum momento o documento é claro na indicação de stents FARMACOLÓGICOS ao invés de não farmacológicos. Os stents farmacológicos hoje estão indicados em absolutamente quase todos os casos de stents.</p>	<p>Em nenhum momento o documento considera, menciona ou faz referência aos resultados da cirurgia de revascularização no Brasil que é claro em qualquer serviço, mesmo os grandes hospitais de referência nacional, que não atingem as estatísticas dos estudos apresentados e, pelo contrário, alguns possuem taxas proibitivas de mortalidade e AVC recentes e tardias.</p>	
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	<p>Sim, Deveria se levar em consideração as diretrizes internacionais e nacionais já estabelecidas sobre o temaS</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
28/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, O estudo vigente contempla somente um trial clínicos com os stents farmacológicos de última geração que são utilizados na prática clínica atual. Na maioria da análise predomina stents que não são mais utilizados (Taxus, Cypher, etc). Há uma discrepância entre as ferramentas mais modernas e as ferramentas utilizadas na análise apresentada aqui. Ademais, a mortalidade dos pacientes submetidos a cirurgia de revascularização cardíaca nos centros americanos e europeus, resultado apresentado neste estudo da CONITEC, não condiz com a mortalidade dos centros brasileiros: 4,5% (Anexo 5 GDT Sumário dos resultados do estudo apresentado pela CONITEC) versus 13,6% (ESTUDO DO PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE POR MEIO DA APLICAÇÃO DE ESCORE DE RISCO PRÉ-OPERATÓRIO – EUROSCORE: tese de dissertação de mestrado da Dra Sônia Francisca, em anexo). Os resultados demonstram uma mortalidade nos centros daqui superior a mais de três vezes à dos centros cirúrgicos apresentados nesse estudo da CONITEC.	A variação de mortalidade na CRM no estudo da Dra Sônia foi de 6,4% a 27,9%. Portanto, mesmo o melhor resultado de mortalidade nesses centros avaliados em Belo Horizonte (6,4%) foi bem maior que os resultados dos centros cirúrgicos apresentados no estudo da CONITEC (4,5%).	Clique aqui
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Taxa de mortalidade por CRM nos estudos utilizados para análise , não é compatível com a realidade Brasileira.Os Stents utilizados nestas nestes estudos apresentam resultados inferiores aos de última geração.	Não.	
29/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Os argumentos de mudanças partem do ponto de estatísticas de mortalidade nos grandes centros dos EUA. No Brasil a mortalidade hospitalar para cirurgia de revascularização do miocardio aberta é superior a 7%, em média, com alguns centros superando em muito essa cifra, enquanto que a mortalidade para o procedimento realizado de forma percutânea se aproxima da explicitada. Tendo como base a estatística real local em nosso país, todos os demais argumentos desmoronam, devendo inclusive se pensar em avançar nas indicações de angioplastia coronariana com stent.	As estatísticas acima referenciadas podem ser conseguidas na integra em consulta a Sociedade Brasileira de Hemodinamica e Cardiologia Intervencionista, bem como na Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardio Vascular.	
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Cirurgia de revascularização do miocárdio tem morbidade e mortalidade imensamente maiores que angioplastia, mesmo antes dos últimos stents serem lançados. Não há comparação entre complicações provadas pela cirurgia, que são muito maiores. E os índices de mortalidade pós operatório no Brasil são muito grandes.		
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não		
29/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Os stents utilizados nos estudos são de gerações antigas e não são mais utilizados. A mortalidade da cirurgia cardíaca no Brasil é muito superior que nos centros americanos e europeus. É isso precisa ser levado em consideração.		
29/08/2017	Profissional de saúde	Regular	Não		
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	A liberdade de decisão do tratamento médico é de responsabilidade e decisão médica e do paciente. Não pode ser fruto de deliberação. Principalmente de quem não está lidando o dia a dia com a situação. Médico de mesa não vivência o problema.	
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	Existe publicação recente da Sociedade Brasileira de cardiologia/ Sociedade de Hemodinamica sobre o assunto atualizado em maio de 2017	
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	A diretriz da SBHCI de 2017 e da ESC de 2017 versam claramente sobre o assunto	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
29/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Não	Por se tratar de um protocolo nacional, é mister levar em consideração a reprodutibilidade dos resultados dos grupos cirurgia e angioplastia alcançados no país. É fato a eficácia (resultados dos estudos) da cirurgia cardíaca nos diversos cenários expostos mas também é fato que sua efetividade (resultados reais) em nosso país está muito aquém do ideal. Por outro lado, a reprodutibilidade do tratamento angioplastia encontra no Brasil resultados semelhantes aos encontrados em todo o mundo.	
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Não condiz com nossa realidade		
29/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Deveria constar nominalmente quem são os autores técnicos do parecer (especialistas) para verificar se todas as sociedades/especialidades participaram ou foram consultadas para formulação do parecer. O objetivo é evitar vieses e erros na análise e interpretação dos dados científicos analisados, baseado numa visão de uma determinada especialidade ou corporação. Além de verificar se os autores teriam algum tipo de conflito de interesse.	Deveríamos considerar as estatísticas de mortalidade dos nossos serviços brasileiros, antes de extrapolarmos para os resultados de estudos realizados em outros países.	
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Novos trabalhos como Excel	Informações desatualizadas com vies de observação	
29/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Que as considerações de relevância da cirurgia em relação a angioplastia com stent farmacológicos para pacientes multiarteriais, Tronco de Coronária Esquerda e diabéticos foram obtidas de estudos que nem sempre correspondem ao mundo real, realizados em centros com resultados cirúrgicos que não se reproduzem na maioria dos centros no Brasil, e não consideram com condição especial o desejo do paciente.		
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Acredito que deva ser respeitado, como presente no código de ética médica, o direito do médico de indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
29/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Não	Deveriam ser considerados os resultados brasileiros das cirurgias cardíacas em relação amorbimortalidade.	
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	O texto está comparando indevidamente dois métodos baseado em mortalidade de estudos estrangeiros.	
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Não	Entendo e parabenizo a tentativa de abordagem do tema. Porém, fico deveras preocupado com a orientação dos autores bem como, se não por orientação, a falta de aplicabilidade da medicina baseada em evidência. Ao incluir para o Brasil, dados de morbimortalidade de outros centros, isso traz um enorme exacerbação dos dados, e consequentemente, errôneas conclusões. A medicina baseada em evidência é baseada principalmente no bom senso e no modo como os profissionais acomodam em seus centros, os seus resultados. Acredito que qualquer dados que fosse levantado no nosso país a respeito da proposta, teria resultado completamente diferente. E vejam, eu cito dados e não trabalhos ou ensaios clínicos. De toda forma se isso for o resultado final, quem perderá será o paciente, o cidadão que depende do serviço único de saúde, e principalmente, um retrocesso para a saúde no Brasil.	
29/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Não	Sim. A mortalidade da cirurgia cardíaca nos hospitais onde trabalho é muito superior aos estudos apresentados.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
29/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	<p>Sim, Primeiro gostaria de comentar sobre a análise de viés:Cada seção começa utilizando ferramenta de análise de viés de risco. Trata-se de instrumento falho e que na verdade revela o viés de quem o aplica[1, 2]. Portanto é uma análise que pode ser realizada, mas deve ser levado em conta que o seu peso é fraco.Vou dividir meu comentário em seções com o texto em análise.DOENÇA MULTIVASCULAROs estudos mencionados: FREEDOM e SYNTAX usaram stents farmacológicos de primeira geração: CYPHER e TAXUS que não estão mais disponíveis para uso. Fica difícil balizar uma conduta para novos stents farmacológicos em cima de estudos com stents que não existem mais. O TAXUS pode ser considerado o pior stent farmacológico em existência sempre mostrando desempenho pior do que os demais. Outro fator importante é que o desempenho dos braços cirúrgicos (mortalidade) desses estudos não se compara ao mundo real do dia-a-dia dos hospitais brasileiros - a evidência é anedótica, mas seria de suma importância que fosse estudada.A conclusão de que existe forte recomendação para cirurgia não é clara diante dos dados. Adicionalmente quando a mortalidade dos grupos com stents de primeira geração se igualam a mortalidade da cirurgia como nos casos de pacientes com características angiográficas de menor risco (SYNTAX < 22), o tratamento cirúrgico deve ser preterido! A cirurgia envolve internação mais prolongada que a intervenção percutânea. Envolve mais dias de UTI que a intervenção percutânea. Envolve o risco de colocação em circulação extra-corpórea, etc... Portanto a recomendação para tratamento percutâneo deveria ser considerado mais forte do que o relatório deixa a entender.DIABETESNo caso da recomendação para Diabetes, não foi levado em conta a diferença de acidente vascular cerebral, por conta de ter apresentado uma heterogeneidade significativa na metaanálise. No entanto, se trata de desfecho não desprezível. A ocorrência de acidente vascular cerebral diminui a qualidade de vida gravemente e é muito pior do que uma necessidade de nova revascularização e talvez até reinfarto não fatal. Mais uma vez a conclusão de que</p>		Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>existe forte recomendação para cirurgia não é clara diante dos dados. A conclusão deveria ter sido algo como existe recomendação para cirurgia desde que o paciente e o médico não se importem com um possível risco aumentado de acidente vascular cerebral. TRONCO DE CORONÁRIA ESQUERDA aqui me limito a dizer novamente que quando o desfecho é igual entre cirurgia e revascularização percutânea, deve se considerar fortemente a revascularização percutânea. Sendo tudo igual o procedimento menos invasivo deve ser preferido.</p> <p>1. Hartling L, Ospina M, Liang Y, Dryden DM, Hooton N, Krebs Seida J and Klassen TP. Risk of bias versus quality assessment of randomised controlled trials: cross sectional study. Bmj. 2009;339:b4012.</p> <p>2. Brdan VM, Lensen SF and Farquhar CM. There were large discrepancies in risk of bias tool judgements when a randomized controlled trial appeared in more than one systematic review. Journal of clinical epidemiology. 2016.</p>		
29/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Não		
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	<p>Sim, É impossível tentar submeter a comparação de estudos clínicos internacionais à realidade brasileira. O índice de mortalidade cirúrgica usado por vocês não reflete a realidade. No Datasus em 2015 a mortalidade por revascularização aberta no Brasil é de 6,7%. Enquanto a mortalidade por tratamento por angioplastia é menor que 2%. Obviamente há um desvio de avaliação grave, uma vez que se a mortalidade é tão maior em uma opção terapêutica, os outros índices de avaliação perdem a importância. Ou seja, se um paciente morre mais por aquele método, o outro método (angioplastia) é melhor. Essas avaliações de reintervenção só caberiam se a mortalidade cirúrgica brasileira fosse semelhante à mortalidade de angioplastia (como ocorre nos EUA).</p>	<p>Consultem o Datasus. Ele mostra a realidade brasileira. Indicar cirurgia nesses casos é matar 4 vezes mais pacientes no Brasil.</p>	
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
29/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Varios trabalos estao em andamento para dar uma resposta as nossas interrogacoes. O mais importante deles é o ISCHEMIA. Aguardemos estes resultados.	Nao podemos ficar engessados as Diretrizes , sabemos que na medicina 2 + 2 podem nao ser 4 e portanto vale o conceito etico e conhecimento cientifico e habilidade e vontade do paciente para uma tomada de posicao quanto ao tratamento mais adequado.	
29/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Não		
29/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Inclusão de dados do DAT SUS para adequação a realidade brasileira.Inclusão de estudos mais atulizados de abordagem de TCE		
29/08/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
30/08/2017	Profissional de saúde	Boa	Não	Relatório muito bem feito. Porém saindo do mundo dos estudos e trazendo para o mundo real acho que assim como temos que racionalizar recursos temos que nos adequar as realidades do nosso país principalmente as regionais que normalmente exibem uma mortalidade cirúrgica muitas vexes proibitiva.Portanto acredito que a indicação deva passar não somente pelos resultados dos estudos mas também adequar a nossa realidade inclusive de acesso a determinada terapêutica.	
30/08/2017	Profissional de saúde	Regular	Não		
31/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Sim, É interessante a inclusão de dados nacionais atualizados. Há relato de um estudo citado (CARDS VA) que não traduz a realidade nacional atual. Hoje temos resultados equivalentes entre cirurgia cardíaca e angioplastia, diferentemente do que foi apresentado nesse estudo citado.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
31/08/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Manter as recomendações da Diretriz Brasileira de Tratamento da Angina Estável e da Diretriz Brasileira de Intervenção Coronária Percutânea, elaborados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em conjunto com a Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI).		Clique aqui
31/08/2017	Profissional de saúde	Ruim	Não		
01/09/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Que o protocolo não enfraqueça a prerrogativa de indicação terapêutica de médicos e/ou juntas médicas, associadas às melhores evidências científicas atualizadas e a opinião de pacientes e familiares.	Os estudos utilizados na elaboração dos protocolos valorizam " re-intervencao" de forma superestimada e mal definida quanto à sua indicação.	
01/09/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
02/09/2017	Interessado no tema	Muito ruim	Não		
03/09/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Deve-se ressaltar que faltaram os resultados do estudo BARI-2D nos diabéticos. Trata-se de estudo muito importante e recente, randomizado.	Ressalto também que muitos estudos analisados utilizaram práticas clínicas e stents que não são mais utilizados na práticas clínicas.	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2017	Profissional de saúde	Boa	<p>Sim, Observando-se os estudos atuais utilizados como base para a proposta dessa diretriz, considero que as recomendações, à luz das evidências descritas, seriam mais corretamente contempladas com os seguintes textos:Doença MultivascularEm pacientes com doença coronariana estável, com dor anginosa ou equivalente anginoso a despeito da terapia medicamentosa máxima otimizada, passíveis de revascularização tanto por angioplastia quanto por cirurgia e portadores de lesão trivascular, a recomendação é forte, favorável à cirurgia em pacientes com características clínicas ou angiográficas de maior gravidade, considerando-se o escore de Syntax. Em pacientes com características clínicas e angiográficas, considerando-se o mesmo escore, de menor risco e risco intermediário, a angioplastia poderá ser oferecida como tratamento inicial considerando as preferências do paciente e após esclarecimento das opções e riscos de cada estratégia, principalmente quanto a maior chance de necessidade de novo procedimento com a angioplastia. DiabetesEm pacientes com doença coronariana estável, com dor anginosa ou equivalente anginoso a despeito da terapia medicamentosa máxima otimizada, passíveis de revascularização tanto por angioplastia quanto por cirurgia e portadores de diabetes, a recomendação é forte, favorável à cirurgia em pacientes com características clínicas ou angiográficas de maior gravidade e gravidade intermediária, considerando-se o escore de Syntax. Em pacientes com características clínicas e angiográficas, considerando-se o mesmo escore, de menor risco a angioplastia poderá ser oferecida como tratamento inicial considerando as preferências do paciente e após esclarecimento das opções e riscos de cada estratégia, principalmente quanto a maior chance de necessidade de novo procedimento com a angioplastia.Tronco de coronaria esquerdaEm pacientes passíveis de revascularização tanto por angioplastia quanto por cirurgia e portadores de lesão em tronco da coronária esquerda superior a 50%, a recomendação é fraca, favorável à cirurgia. Em pacientes com características clínicas e angiográficas de</p>		Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>menor risco e risco intermediário, a angioplastia poderá ser oferecida como tratamento inicial considerando as preferências do paciente e após esclarecimento das opções e riscos de cada estratégia, principalmente quanto a maior chance de necessidade de novo procedimento com a angioplastia. Para os pacientes com lesão em TCE com características clínicas e angiográficas de maior risco, a recomendação é forte, favorável à cirurgia. Nos casos de lesão em TCE associada a doença multivascular a recomendação a ser seguida é a recomendação para doença multivascular.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2017	Sociedade médica	Boa	<p>Sim, Observando-se os estudos atuais utilizados como base para a proposta dessa diretriz, considero que as recomendações, à luz das evidências descritas, seriam mais corretamente contempladas com os seguintes textos:Doença MultivascularEm pacientes com doença coronariana estável, com dor anginosa ou equivalente anginoso a despeito da terapia medicamentosa máxima otimizada, passíveis de revascularização tanto por angioplastia quanto por cirurgia e portadores de lesão trivascular, a recomendação é forte, favorável à cirurgia em pacientes com características clínicas ou angiográficas de maior gravidade, considerando-se o escore de Syntax. Em pacientes com características clínicas e angiográficas, considerando-se o mesmo escore, de menor risco e risco intermediário, a angioplastia poderá ser oferecida como tratamento inicial considerando as preferências do paciente e após esclarecimento das opções e riscos de cada estratégia, principalmente quanto a maior chance de necessidade de novo procedimento com a angioplastia. DiabetesEm pacientes com doença coronariana estável, com dor anginosa ou equivalente anginoso a despeito da terapia medicamentosa máxima otimizada, passíveis de revascularização tanto por angioplastia quanto por cirurgia e portadores de diabetes, a recomendação é forte, favorável à cirurgia em pacientes com características clínicas ou angiográficas de maior gravidade e gravidade intermediária, considerando-se o escore de Syntax. Em pacientes com características clínicas e angiográficas, considerando-se o mesmo escore, de menor risco a angioplastia poderá ser oferecida como tratamento inicial considerando as preferências do paciente e após esclarecimento das opções e riscos de cada estratégia, principalmente quanto a maior chance de necessidade de novo procedimento com a angioplastia.Tronco de coronaria esquerdaEm pacientes passíveis de revascularização tanto por angioplastia quanto por cirurgia e portadores de lesão em tronco da coronária esquerda superior a 50%, a recomendação é fraca, favorável à cirurgia. Em pacientes com características clínicas e angiográficas de</p>	NÃO	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2017	Profissional de Boa saúde		<p>menor risco e risco intermediário, a angioplastia poderá ser oferecida como tratamento inicial considerando as preferências do paciente e após esclarecimento das opções e riscos de cada estratégia, principalmente quanto a maior chance de necessidade de novo procedimento com a angioplastia. Para os pacientes com lesão em TCE com características clínicas e angiográficas de maior risco, a recomendação é forte, favorável à cirurgia. Nos casos de lesão em TCE associada a doença multivascular a recomendação a ser seguida é a recomendação para doença multivascular.</p> <p>Sim, Considerando os estudos que embasaram esta diretriz, sugiro que o texto da recomendação para Tronco da Coronária Esquerda inclua a observação sobre os pacientes com risco intermediário, sendo para estes válida a orientação dos pacientes de baixo risco, ou seja, para os pacientes de risco intermediário a angioplastia poderá ser oferecida como tratamento inicial considerando as preferências do paciente e após esclarecimento das opções e riscos de cada estratégia, principalmente quanto a maior chance de necessidade de novo procedimento com a angioplastia. Observação de correção de editoração do texto: Na página 24 do PCDT onde se lê : “Os resumos das metanálises estão apresentadas nas tabelas 4 (curto prazo) e 5 (médio prazo)”, deve ser : “Os resumos das metanálises estão apresentadas nas tabelas 5 (curto prazo) e 6 (médio prazo)”.</p>	Não	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/09/2017	Grupos/associação/organização de pacientes	Boa	Não	O documento formulado pela CONITEC, que trata do tema da revascularização em pacientes com doença arterial coronariana multiarterial, está embasado em evidências científicas sólidas e atuais. Além de bem escrito, conclui de maneira clara as recomendações para os três cenários de pacientes multiarteriais propostos. A Sociedade Paranaense de Cardiologia apoia as indicações baseadas em critérios científicos e diretrizes, estando, portanto de acordo com as resoluções do documento apresentado.	
05/09/2017	Sociedade médica	Boa	Sim, Considerando os estudos que embasaram esta diretriz, sugerimos que na recomendação para Tronco da Coronária Esquerda seja incluído a observação sobre os pacientes com risco intermediário, pois na análise dos desfechos de acordo com o escore SYNTAX para este grupo foram agrupados os escores Syntax menores que 32 ou maiores que 33, sendo que Syntax 0 a 22 é declarado baixo e Syntax 23 a 32 é declarado Syntax intermediário, por isso consideramos para estes válida a mesma orientação, ou seja, o texto poderia ser redigido da seguinte forma: "Para os pacientes de risco baixo e de risco intermediário a angioplastia poderá ser oferecida como tratamento inicial considerando as preferências do paciente e após esclarecimento das opções e riscos de cada estratégia, principalmente quanto a maior chance de necessidade de novo procedimento com a angioplastia".	Observação de correção de editoração do texto: Na página 24 do PCDT onde se lê : "Os resumos das metanálises estão apresentadas nas tabelas 4 (curto prazo) e 5 (médio prazo)", deve ser : "Os resumos das metanálises estão apresentadas nas tabelas 5 (curto prazo) e 6 (médio prazo)".	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/09/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	<p>Sim, Há evidências robustas da similaridade em qualidade e quantidade de vida entre angioplastia com stents farmacológicos de última geração e cirurgia para o tratamento de pacientes com lesões de tronco de coronária esquerda, multiarteriais e diabéticos desde que a complexidade anatômica (SYNTAX score seja < ou = 32) seja baixa. As diretrizes da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, do American College of Cardiology e European Society Of Cardiology, elaboradas pelos mais renomados especialistas e baseadas nas evidências mais robustas disponíveis deixam tais indicações bastante claras. Não foi levado em consideração que a mortalidade cirúrgica no Brasil é praticamente 3 vezes maior que a documentada em centros europeus e norte americanos. Não foi levado em consideração que o paciente, quando pode ser submetido a ambos tratamentos, sempre prefere a angioplastia. Não foi levado em consideração que o SUS apresenta restrição acentuada para a utilização de stents farmacológicos, os quais são utilizados em mais de 90% dos casos nos países desenvolvidos e na saúde suplementar. Todas estas informações deveriam ser adicionadas.</p>		Clique aqui
05/09/2017	Profissional de saúde	Regular	Não	<p>Penso que os dados sobre cirurgia cardiovascular devem ser contextualizados para os serviços nacionais, uma vez que esses números refletem a realidade de serviços no exterior, que não é a nossa. A mortalidade cirúrgica brasileira é maior do que a apresentada nesses dados, o que é um ponto importante a ser considerado. À rigor, os dados cirúrgicos são muito diferentes entre as regiões do Brasil, o que deveria ser levado em conta. Por outro lado, os dados de intervenção coronária percutânea brasileiros são semelhantes aos dados internacionais, com elevadas taxas de sucesso e poucas complicações imediatas.</p>	