Relatório Final da COSAÚDE – Implante de dispositivo para modulação da contratilidade cardíaca para tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca crônica sintomática (NYHA III-IV), refratários ao tratamento farmacológico otimizado, com fração de ejeção entre 25% e 45%, complexo QRS <130 ms, e sem indicação para terapia de ressincronização cardíaca (UAT 205)

No dia 20 de outubro de 2026, no 1º dia da 56ª reunião técnica da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar – COSAÚDE, foi realizada discussão sobre a análise das contribuições da Consulta Pública n.º 177, em relação à proposta de atualização do Rol para o implante de dispositivo para modulação da contratilidade cardíaca para tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca crônica sintomática (NYHA III-IV), refratários ao tratamento farmacológico otimizado, com fração de ejeção entre 25% e 45%, complexo QRS <130 ms, e sem indicação para terapia de ressincronização cardíaca.

A reunião foi realizada em cumprimento ao disposto no art. 10-D, parágrafo 3º, da Lei 14.307/2022 e seu conteúdo integral da reunião está disponível em www.gov.br/ans e no canal oficial da ANS no YouTube (ANS Reguladora).

A área técnica da ANS apresentou o relatório de análise das contribuições da consulta pública para a proposta de atualização do Rol.

Após as apresentações, foi realizada discussão que abordou aspectos relacionados às evidências científicas sobre eficácia, efetividade e segurança da tecnologia, a avaliação econômica de benefícios e custos em comparação às coberturas já previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, bem como a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar.

Registro de manifestações de membros integrantes da COSAÚDE:

Após a discussão, os membros integrantes da COSAÚDE declararam sua manifestação para registro no presente Relatório Final quanto à incorporação da tecnologia no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, como segue:

- A Associação Médica Brasileira (AMB) se mantém favorável à incorporação da UAT 205 - Implante de dispositivo para modulação da contratilidade cardíaca para pacientes específicos com Diretriz de Utilização;

- A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Conselho Federal de Farmácia (CFF) acompanham a AMB, com posição favorável à incorporação;

- A Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed do Brasil) apoia a avaliação dos pareceristas da ANS e recomenda a não incorporação do MCC ao rol da ANS. Além das evidências já discutidas levamos em conta em nossa recomendação o estágio inicial do uso da nova tecnologia no mundo e no Brasil apoiado em um único ensaio clínico de apenas 24 meses. Nosso entendimento é

que a tecnologia ainda deve ser experimentada em estudos de mundo real em centros brasileiros de alta expertise como o INCOR e outros que nos tragam mais dados sobre os desfechos relevantes para o paciente e segurança de longo prazo do método, para que futuramente nos permita reavaliar a MCC;

- Associação Brasileira de Planos Odontológicos - Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG): acompanhamos manifestação desfavorável da Associação Brasileira de Planos de Saúde/Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (ABRAMGE/Sinamge), Unimed e Fenasaúde;

- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Biored Brasil são favoráveis à incorporação;

- A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados, de Capitalização e de Previdência Complementar Aberta (Fenaseg/Fenasaúde) acompanha a Unimed do Brasil e mantém a recomendação de não incorporação da tecnologia considerando que as limitações e fragilidades sobre as evidências científicas não foram superadas com o processo de participação social ampliada;

- O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) reitera sua posição inicial contrária à incorporação da modulação da contratilidade cardíaca para o tratamento da insuficiência cardíaca crônica;

- Associação Brasileira de Planos de Saúde/Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (ABRAMGE/Sinamge): diante das incertezas e sem novos dados na participação social ampliada, acompanhamos manifestação desfavorável da Unimed do Brasil;

- Confederação Nacional da Indústria (CNI) - Considerando-se PTC: A MCC é tecnologia promissora para subgrupo restrito de pacientes com IC, mas a evidência clínica é frágil para sustentar incorporação ampla, considerando-se que os benefícios se concentram em desfechos funcionais/intermediários e não demonstram ganho robusto em mortalidade. AES: A análise econômica é formalmente estruturada, mas sua conclusão de custo-efetividade depende de ganho elevado de QALY, cuja plausibilidade é limitada pela baixa certeza da evidência clínica. AIO: O impacto orçamentário é expressivo, estimado em R$ 269,3 milhões em 5 anos, mesmo com incorporação progressiva e limitada; sua aceitabilidade depende da confirmação dos benefícios clínicos assumidos. Recomenda-se a não incorporação da Modulação da Contratilidade Cardíaca (MCC) no Rol da ANS neste momento;

- Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - (CMB) mantém posição desfavorável, acompanhando manifestação da Unimed do Brasil;

- O Conselho Federal de Odontologia (CFO) reconhece a relevância da discussão e das evidências apresentadas acerca da modulação da contratilidade cardíaca para pacientes com insuficiência cardíaca crônica sintomática. Contudo, por se tratar de tecnologia sem interface direta com a área de atuação da Odontologia, entende que a avaliação quanto à eficácia, segurança, efetividade clínica e custo-efetividade deve

ser fundamentada prioritariamente nas evidências científicas disponíveis e nas manifestações das sociedades médicas e entidades técnicas especializadas em cardiologia. Dessa forma, o CFO acompanha a discussão e registra sua contribuição institucional, sem emitir posicionamento técnico específico favorável ou contrário à incorporação da UAT n° 205, por se tratar de matéria predominantemente relacionada à assistência médica cardiológica.

ANEXOS:

Apresentações

Lista de presença

UAT 205

IMPLANTE DE DISPOSITIVO PARA MODULAÇÃO DA CONTRATILIDADE CARDÍACA (MCC) PARA TRATAMENTO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 69/2026 E CONSULTA PÚBLICA Nº 177/2026

56ª REUNIÃO TÉCNICA DA COSAÚDE

20/10/2026

PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO

- **Protocolo:** 20261000354
- **Proponente:** Associação Brasileira de Arritmia, Eletrofisiologia e Estimulação Cardíaca Artificial (ABEC)
- **Nº UAT:** 205
- **Tipo de PAR:** Incorporação
- **Tecnologia:** Implante de dispositivo para modulação da contratilidade cardíaca (MCC)
- **Indicação de uso:** Pacientes com insuficiência cardíaca crônica sintomática (NYHA III–IV), refratários ao tratamento farmacológico otimizado, com fração de ejeção entre 25% e 45%, complexo QRS <130 ms e sem indicação para terapia de ressincronização cardíaca.

RECOMENDAÇÃO PRELIMINAR

Recomendação Preliminar: Desfavorável, conforme Nota Técnica de Recomendação Preliminar – NTRP nº 36/2026/GCITS/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO, Processo SEI nº 33910.026408/2026-45.

- **Motivação:**

De acordo com o escopo da proposta, foi selecionado um ensaio clínico randomizado (ECR) – o estudo FIX-HF-5C (Abraham et al., 2018), que permitiu a avaliação de eficácia e segurança da modulação da contratilidade cardíaca (MCC) em pacientes com insuficiência cardíaca crônica sintomática (New York Heart Association - NYHA III ou IV), fração de ejeção entre 25% e 45%, complexo QRS <130 ms, ritmo sinusal e sem indicação para terapia de ressincronização cardíaca.

O estudo comparou a modulação da contratilidade cardíaca associada ao tratamento médico otimizado (TMO) versus TMO isoladamente em curto tempo de seguimento (24 semanas).

Para a população-alvo em análise, em comparação ao TMO isolado, os resultados do estudo sugerem que a MCC em combinação com TMO pode estar associada a benefícios para os desfechos de mudança da classe funcional NYHA e qualidade de vida.

Entretanto, para mortalidade por todas as causas, desfecho composto de morte cardiovascular ou hospitalização por insuficiência cardíaca, eventos adversos graves e complicações relacionadas ao dispositivo, a evidência permanece limitada pela imprecisão das estimativas ou pelo reduzido número de eventos.

Uma vez que apenas um ECR respondeu aos critérios de elegibilidade definidos no Relatório de Análise Crítica - RAC, não foi possível a realização de metanálises, o que restringiu a síntese quantitativa dos resultados. Além disso, diversos desfechos críticos foram avaliados com número reduzido de eventos, particularmente mortalidade por todas as causas e eventos adversos graves, resultando em estimativas imprecisas e amplos intervalos de confiança.

RECOMENDAÇÃO PRELIMINAR

Recomendação Preliminar: Desfavorável, conforme Nota Técnica de Recomendação Preliminar – NTRP nº 36/2026/GCITS/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO, Processo SEI nº 33910.026408/2026-45.

- **Motivação (continuação):**

No contexto atual, observa-se, portanto, limitações e fragilidades das evidências científicas, bem como a necessidade de estudos adicionais que confirmem os achados do estudo FIX-HF-5C e que permitam estimativas mais precisas sobre os principais desfechos clínicos de interesse. Ademais, há relevante incerteza sobre os benefícios clínicos de longo prazo da tecnologia.

Quanto à avaliação econômica, os pareceristas identificaram limitações metodológicas relevantes na análise, especialmente relacionadas ao horizonte temporal, à estimativa das probabilidades de transição e aos custos adotados, além da aplicação da taxa de desconto apenas aos custos. Assim, o resultado de dominância da tecnologia em relação ao tratamento médico otimizado não foi ratificado pelos pareceristas. Note-se que, de acordo com a análise de sensibilidade aplicada ao modelo, o custo do dispositivo foi o principal determinante do resultado.

A projeção de impacto orçamentário incremental para a introdução do MCC na saúde suplementar é de R$ 44 milhões no 1º ano e R$ 92 milhões no 5º ano, totalizando R$ 362 milhões em cinco anos (média anual de R$ 72 milhões). O cenário considerou a taxa de difusão de 1,5% a 12% no horizonte temporal da análise e a população elegível estimada em 17.102 pessoas, em média, ao ano.

Em conclusão, dadas as incertezas apontadas, é sugerida a recomendação preliminar desfavorável à incorporação do modulador da contratilidade cardíaca (MCC) em pacientes com insuficiência cardíaca crônica sintomática. A etapa de participação social ampliada é uma oportunidade para que sejam apresentadas informações que possam ser agregadas à análise técnica.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL AMPLIADA

Consulta Pública – CP nº 177/2026: Recebimento de contribuições da sociedade entre **09/09/2026 a 28/09/2026**. O dossiê do proponente, o estudo técnico elaborado pela ANS (Relatório de Análise Crítica - RAC), o relatório preliminar da COSAÚDE e a NTRP estão disponíveis para consulta na página da CP.

Link: https://componentes-portal.ans.gov.br/link/ConsultaPublica/177

Audiência Pública - AP nº 69/2026: Realizada em **16/09/2026.**

Link: https://www.youtube.com/watch?v=-gYZFB6a1iM

RESUMO DOS PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS NA AP 69/2026

- Impacto e relevância da condição clínica.
- Existência de lacunas terapêuticas para a população-alvo em análise.
- Estudos comprovam segurança e efetividade da MCC.
- Impacto na MCC na melhora da qualidade de vida.
- Relatos de experiências clínicas positivas com a utilização da tecnologia.
- Capacidade instalada constituída.
- Críticas a abordagem metodológica adotada no RAC.

VISÃO GERAL DAS CONTRIBUIÇÕES CP 177/2026

Quantidade de contribuições por tipo de opinião, <u>após</u> análise dos aportes:

Opinião	Qtd.	%
Concordo com a incorporação	46	57
Discordo da incorporação	10	12
Fora de escopo	25	31
Total	**81**	**100**

IMPORTANTE: TODAS AS CONTRIBUIÇÕES FORAM ANALISADAS

Obs.: Tendo em vista os argumentos apresentados pelos contribuintes, após análise dos aportes, das 71 contribuições inicialmente identificadas como “Concordo com a incorporação”, 25 (31%) foram consideradas fora de escopo em relação à tecnologia em avaliação (modulação da contratilidade cardíaca, UAT 205). A maioria das contribuições fora de escopo tinha relação com a consulta pública vinculada à UAT 209 (teste de 21 genes para perfil de expressão genômica de tumor de mama).

Quantidade de contribuições por perfil de contribuinte:

Perfil de contribuinte	Qtd.	%
Familiar, amigo ou cuidador de paciente	17	20,99
Profissional de saúde	16	19,75
Paciente	10	12,35
Operadora	9	11,11
Outro	8	9,88
Interessados no tema	7	8,64
Sociedade médica	6	7,41
Empresa detentor do registro fabricante da tecnologia avaliada	2	2,47
Empresa indústria	2	2,47
Consultoria	1	1,23
Entidade representativa de operadoras	1	1,23
Grupo associação organização de pacientes	1	1,23
Órgão governamental	1	1,23
Total	**81**	**100**

Obs.: O quadro inclui os 25 aportes considerados fora de escopo em relação à tecnologia em avaliação. Cabe apontar que as contribuições fora de escopo foram majoritariamente encaminhadas pelos seguintes perfis de contribuinte: “Paciente” e “Familiar, amigo ou cuidador de paciente”.

Aspectos de eficácia e segurança da tecnologia e assuntos correlatos:

(...) Ainda não podemos afirmar benefício definitivo da CCM sobre mortalidade ou hospitalizações. ***Mas temos evidência de melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida.*** *Para um paciente cuja insuficiência cardíaca passou a determinar todos os aspectos de sua vida, recuperar funcionalidade e autonomia constitui um benefício clínico muito relevante.* – Profissional de saúde.

(...) Mobilidade, tolerância ao esforço, autonomia e qualidade de vida constituem objetivos clínicos relevantes para pessoas com insuficiência cardíaca sintomática. ***A valorização desses resultados não exige demonstração simultânea de redução da mortalidade****. A posição favorável da ABEC não depende de afirmar benefício definitivo sobre mortalidade ou hospitalizações,* ***mas de reconhecer os ganhos funcionais documentados e sua relevância para uma população selecionada.*** *(...)* – Sociedade médica.

(...) Sob a perspectiva dos direitos dos pacientes, é fundamental que a avaliação da tecnologia considere não apenas os desfechos tradicionalmente utilizados nos estudos clínicos, mas também a qualidade de vida, a capacidade funcional, a autonomia, a redução da carga de sintomas e a ***possibilidade de ampliar as alternativas terapêuticas disponíveis****. (...)* – Grupo, associação ou organização de pacientes

"(...) Embora uma melhora sintomática ou funcional possa representar benefício relevante para pacientes selecionados, ***permanece incerta a magnitude do efeito da MCC sobre a evolução da doença e sobre os desfechos de morbimortalidade****. (...)* – Entidade representativa de operadoras.

(...) Outro aspecto relevante diz respeito ***à ausência de demonstração robusta de benefício em mortalidade****. Análise comparativa recente de terapias por dispositivos em insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida identificou benefícios distintos entre as modalidades avaliadas, mas não demonstrou redução estatisticamente significativa da mortalidade por todas as causas para as terapias por dispositivos analisadas, incluindo a modulação da contratilidade cardíaca. (...)* – Operadora.

Aspectos de eficácia e segurança da tecnologia e assuntos correlatos:

As contribuições concordantes com a incorporação da tecnologia descrevem uma lacuna terapêutica para pacientes que permanecem sintomáticos apesar do tratamento farmacológico otimizado, com QRS estreito e sem indicação de ressincronização, e defendem a MCC como opção adjuvante para esse grupo. Relata-se melhora da classe funcional e da qualidade de vida, desfechos aos quais as contribuições atribuem valor clínico próprio, independentemente da demonstração de redução da mortalidade.

Sustenta-se que registros multicêntricos, estudo observacional de seguimento prolongado e relatos de experiência clínica indicariam manutenção dos ganhos funcionais e menos hospitalizações. Alega-se, ainda, que o implante é tecnicamente semelhante ao de marcapasso, de modo que a capacidade instalada já estaria constituída.

No plano metodológico, argumenta-se que as limitações das evidências devem ser contextualizadas à luz das especificidades dos dispositivos implantáveis. Além disso, os resultados da avaliação da qualidade metodológica dos estudos e da certeza da evidência devem ser ponderados no processo decisório.

Foi apresentada proposta de DUT que acrescenta aos critérios de indicação propostos na PAR a idade igual ou superior a 55 anos e pelo menos uma hospitalização por razões cardiovasculares nos últimos 12 meses.

As contribuições discordantes da incorporação da tecnologia sustentam que os efeitos se concentram em ganho funcional e qualidade de vida, sem demonstração robusta de redução de mortalidade ou de hospitalização por insuficiência cardíaca. Alega-se que apenas um ensaio randomizado, pequeno e de seguimento curto, atendeu aos critérios de elegibilidade, e que as metanálises disponíveis combinam estudos com populações distintas e alta heterogeneidade. A certeza da evidência seria baixa ou muito baixa para diversos desfechos.

Argumenta-se, também, que os estudos usaram tratamento de base anterior às terapias farmacológicas atuais, o que tornaria desconhecido o ganho incremental da tecnologia. As contribuições apontam incertezas quanto à segurança e descrevem a tecnologia como em estágio relativamente precoce de desenvolvimento, com menção a avaliações internacionais que teriam considerado as evidências de eficácia insuficientes.

? Aspectos de eficácia e segurança da tecnologia e assuntos correlatos:

Em relação à análise das contribuições, o relatório da participação social aponta que o RAC identificou um único ensaio randomizado diretamente elegível, que compara a MCC associada ao tratamento otimizado com o tratamento otimizado isolado. Foram reiterados os achados do RAC para desfechos considerados relevantes para o paciente, conforme pergunta de pesquisa. Registrou-se resultado favorável à MCC para classe funcional e qualidade de vida, com certeza moderada. Para mortalidade, desfecho composto de morte cardiovascular ou hospitalização por insuficiência cardíaca, e eventos adversos graves, a evidência permanece limitada.

As discordâncias de caráter metodológico foram detalhadamente discutidas no relatório da participação social. Não houve alteração da análise realizada no RAC.

Cabe ressaltar que a avaliação da qualidade dos estudos e da certeza da evidência se aplica a diferentes tipos de tecnologias, inclusive dispositivos médicos, conforme as diretrizes, e não pode ser desconsiderada, ainda que deva ser analisada em conjunto com outros critérios no processo de tomada de decisão.

Já quanto às referências complementares mencionadas nas contribuições, nenhuma atendeu integralmente à pergunta de pesquisa ou trouxe elementos capazes de alterar os resultados do RAC. Registros, estudos de longo prazo e evidências indiretas acrescentam contexto e informações sobre a evolução após o implante, mas não substituem a comparação randomizada. Ademais, relatos de experiência clínica e de estudos clínicos ainda em andamento não permitem estimar eficácia comparativa.

Quanto à proposta de DUT, o recorte etário decorre da modelagem epidemiológica e econômica, conforme reconhece o proponente, e não de efeito diferencial comprovado da MCC, e a hospitalização por razões cardiovasculares não equivale à hospitalização por insuficiência cardíaca. Assim, sem análise comparativa específica desse subgrupo, não é possível concluir que esses critérios selecionem maior benefício ou melhor custo-efetividade.

A análise considera, ainda, que a preocupação com o tratamento de base pode ser pertinente, pois permanece incerta a magnitude do benefício adicional da MCC frente às terapias farmacológicas atuais.

Por fim, observa-se que posicionamentos desfavoráveis ou condicionados de entidades como o NICE, a HAS, o MSAC e o CMS apontam lacunas quanto aos benefícios clínicos e aos efeitos de longo prazo da tecnologia.

Aspectos econômicos e financeiros:

"A estimativa de 17.102 pacientes apresentada no RAC decorre principalmente do uso da população adulta a partir de 18 anos. A ***estimativa revisada aplica o recorte a partir de 55 anos*** *e os demais filtros incorporados ao modelo populacional. A* ***DUT proposta estabelece ainda o requisito de pelo menos uma hospitalização cardiovascular nos últimos 12 meses para a cobertura"*. – Sociedade Médica (proponente)

"A análise de impacto orçamentário responde a uma questão distinta da análise de custo-utilidade[...] A separação entre as duas análises é essencial para que custos acumulados ao longo da trajetória clínica não sejam confundidos com desembolsos anuais. A proposta de adoção gradual apresentada no modelo considera participações de 1,5%, 3%, 6%, 9% e 12% ao longo dos cinco anos. Esses percentuais são ***premissas de utilização e devem ser compreendidos como um cenário de implantação progressiva, e não como uma previsão de atendimento imediato de toda a população elegível***."– Sociedade Médica (proponente)

"(...) ao discutir custo, ***é importante considerar não apenas o valor do dispositivo, mas também a trajetória clínica que estamos tentando modificar****: sintomas persistentes, perda de autonomia, utilização recorrente dos serviços de saúde e eventual progressão para terapias avançadas."* – Sociedade Médica

Aspectos econômicos e financeiros:

"A estimativa de impacto orçamentário apresenta, contudo, ***incertezas importantes quanto ao tamanho da população elegível****, […] havendo* ***possibilidade de subestimação da população-alvo****. Além disso, a adoção considerada no modelo foi bastante conservadora, chegando a apenas 12% no quinto ano e sem apresentação de cenários que considerassem maior difusão da tecnologia. Assim,* ***mesmo diante das premissas conservadoras adotadas pelo proponente, o impacto financeiro projetado é expressivo****.[…]".* - Entidade representativa de operadoras

"[…] os pareceristas identificaram diversas ***limitações metodológicas*** *que comprometem a validade dos resultados, como* ***extrapolação de benefícios observados*** *por apenas 24 semanas para um horizonte de 25 anos,* ***inclusão de custos incompatíveis*** *com a perspectiva da saúde suplementar,* ***aplicação da taxa de desconto apenas aos custos e não aos benefícios****. […] A ANS estimou um impacto orçamentário incremental de aproximadamente* ***R$ 362 milhões em cinco anos****, com média anual superior a R$ 72 milhões para a saúde suplementar."* – Operadora

"Sob a perspectiva da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), portanto, ***a incorporação deve considerar o equilíbrio entre benefício clínico, segurança, qualidade e robustez das evidências, custo- efetividade e impacto orçamentário.*** *A introdução de uma tecnologia implantável, que envolve aquisição do dispositivo, procedimento de implantação, acompanhamento especializado, possíveis complicações e intervenções subsequentes, pode representar impacto econômico significativo para o sistema de saúde suplementar."* - Operadora

CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCIPAIS TEMAS DA CP 177/2026

Aspectos econômicos e financeiros:

- O proponente enviou modelo econômico atualizado com intuito de responder às limitações metodológicas apontadas no RAC. No entanto, o modelo reproduz os mesmos resultados obtidos na análise prévia, com RCEI de R$ 46,6 mil por ano de vida ajustado pela qualidade. Não foram observadas alterações entre o modelo de custo-efetividade anterior e o submetido na Consulta pública.

- Além disso, apresenta na AIO os novos critérios propostos na DUT: pelo menos uma hospitalização cardiovascular nos últimos 12 meses, além do recorte de faixa etária >= 55 anos.

- Conforme reconhece o proponente, esse recorte etário decorre da modelagem epidemiológica e econômica e não de efeito diferencial comprovado da MCC. A prevalência de IC em pessoas mais velhas não demonstra que pacientes mais jovens não se beneficiem. A hospitalização por qualquer razão cardiovascular também não é equivalente a hospitalização por IC. Sem análise comparativa específica desse subgrupo, não é possível concluir que esses dois requisitos selecionam maior benefício incremental ou custo-efetividade superior. O critério de hospitalização foi incluído na cobertura, mas não aplicado adicionalmente à estimativa econômica por prevalência.

CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCIPAIS TEMAS DA CP 177/2026

Aspectos econômicos e financeiros:

- De maneira geral, as contribuições favoráveis sustentam que a avaliação deve incluir o custo clínico e assistencial da insuficiência cardíaca sintomática e que o valor da intervenção não se restringe à economia com internações, devendo os ganhos de qualidade de vida ocupar lugar explícito.

- Por outro lado, as contribuições desfavoráveis reportam limitações apontadas pelos pareceristas na análise econômica: extrapolação de benefícios de 24 semanas para 25 anos, inclusão de custos incompatíveis com a perspectiva da saúde suplementar e aplicação da taxa de desconto apenas aos custos, fatores que tenderiam a superestimar benefícios e subestimar custos. Em relação ao impacto orçamentário, qualificam o total como expressivo mesmo com adoção conservadora e apontam possível subestimação da população elegível e ausência de cenários de maior difusão.

- **As discordâncias de caráter metodológico foram tratadas no Relatório de Consulta Pública – RCP.**

- Por fim, após a análise das contribuições da participação social, a avaliação econômica realizada no RAC não sofreu alterações.

DISQUE ANS
0800 701 9656

Formulário eletrônico
www.gov.br/ans

Atendimento presencial
12 Núcleos da ANS

Atendimento exclusivo
para deficientes auditivos
0800 021 2105

ans.reguladora | @ANS_reguladora | company/ans_reguladora | @ans.reguladora | ansreguladorao

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Lista de Presença

56ª Reunião Técnica da COSAÚDE

Nº	NOME	INSTITUIÇÃO
1	AILIME PERITO FEIBER HECK	COFFITO
2	ANA CAROLINE ZIMMER GELALTTI	GRUPO BRASILEIRO DE ONCOLOGIA TORACICA
3	ANA LÚCIA PADUELLO	CNS
4	ANA ZILLES SCHUCH	ANS
5	ANTONIO PAZIN FILHO	CNI NATS HCFMRP USP
6	BEATRIZ AMARAL	ABRAMGE
7	BEATRIZ TORRES	BIORED BRASIL
8	BRUNA ALESSANDRA VALE DELOCCO	ANS
9	CARLA VALERIA MARTINS RODRIGUES	ANS
10	CARMEM LUCIA LUPI MONTEIRO GARCIA	COFEN
11	CÁSSIO IDE ALVES	ABRAMGE
12	CLARICE PETRAMALE	UNIMED DO BRASIL
13	CLAUDIA SOARES ZOUAIN	ANS
14	CLAUDIO MAIEROVITCH PESSANHA HENRIQUES	ABRASCO
15	DANIEL BARAUNA	CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSPITAIS E ENTIDADES
16	DANIELE DUARTE SAMBUGARO	NUDECON DPE/RJ
17	ELDSAMIRA MASCARENHAS	SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA
18	FLÁVIA CRISTINA DE ARAÚJO CORDEIRO	ANS
19	FLAVIA TANAKA	ANS

20	FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI	SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC)
21	FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI	SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC)
22	GIULIO DE LOS SANTOS FORTUNA	UNIMED DO BRASIL
23	HELENA ESTEVES	ONCOGUIA
24	HELLEN HARUMI MIYAMOTO	FENASAÚDE
25	JEANE REGINA DE OLIVEIRA MACHADO	ANS
26	JOAO HENRIQUE VOGADO ABRAHAO	CONASS
27	JOÃO PAULO DIAS DE ARAÚJO	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS
28	JÚLIA TEIXEIRA TUPINAMBÁS	UNIMED BH
29	JULIANA AMARAL DE MIRANDA	ANS
30	JULIANA FESTA	SERVIER
31	LISLAINE A. WENSING	MERCK S/A
32	LUCIANA FERREIRA FRANCO	SBPC/ML
33	LUIZA DIB BATISTA BUGIATO FARIA	REPRESENTANTE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA
34	LUIZA LEAL DO NASCIMENTO COSTA	FENASAÚDE - CNSEG
35	MARA JANE CAVALCANTE CHAGAS PASCOAL	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS
36	MARCELO FERNANDES DE QUEIROZ	CNC
37	MARIA DA,GLÓRIA CRUVINEL HORTA	UNIMED DO BRASIL
38	MARIANA MICHEL BARBOSA	UNIMED
39	MARTA SUNDFELD	ANS
40	MAURO DANIEL SPINA DONADIO	PESSOA FÍSICA REPRESENTANDO PROPONENTE SERVIER
41	MILTON DAYRELL LUCAS FILHO	ANS

42	MIRIAN CARVALHO LOPES	ANS
43	MIYUKI GOTO	ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA AMB
44	NATÁLIA CALDEIRA DE CARVALHO	MERCK
45	NATHALIA VANESSA DE LIMA CALDAS E SOUSA	CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA
46	PRISCILA TORRES DA SILVA	BIORED BRASIL
47	SILVANA MÁRCIA BRUSCHI KELLES	UNIMED BRASIL/ UNIMED BH
48	SIMONE HAASE KRAUSE	ANS
49	TALITA BARBOSA GOMES	VFF
50	TATIANA CALI DE OLIVEIRA	FENASAÚDE