

**ATA 5ª. Reunião do Grupo de Trabalho de Revisão do
Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – 23/05/2013/Manhã**

Martha (ANS) – Bom dia. Hoje é a última reunião antes da Consulta Pública. Bom, então a gente tá na quinta reunião que consolida os trabalhos e aprecia a proposta que vai pra Consulta Pública. Então o que, que a gente trouxe aqui hoje já é a proposta da Consulta Pública. A gente tem Colegiada semana que vem. Então, o nosso tempo se esgotou, certo? Então hoje a gente tá apreciando a proposta de consulta pública. “Ah, a gente não pode mais discutir?” É claro que pode, a gente vai ter pelo menos um mês de Consulta Pública pela frente, então a gente pode sentar quantas vezes for necessário, discutir o que for necessário. O que não dá mais é pra gente segurar a proposta da Consulta Pública. A gente tá trazendo aqui hoje a nossa proposta técnica. Que dessa vez muito mais do que as outras vezes foi de verdade construída à 80 mãos. A gente pode concordar, a gente pode discordar de alguns pontos mas a gente debateu à exaustão tudo que tá aqui. Hoje ainda tem mais uma reunião então a gente ainda vai ter oportunidade pra discutir isso, na semana que vem vai pra Colegiada e aí entra pra Consulta Pública. Fica um mês em Consulta Pública, e a gente refaz esse grupo aqui logo depois da Consulta Pública, mostra tudo que chegou, vê se tem necessidade ou não de montar o grupo menor pra discutir um ponto específico, senão a gente discute tudo nesse grupo pra então produzir a proposta final. Então, a gente tá finalizando a proposta técnica, outras sugestões durante a Consulta Pública a gente não dá conta de analisar mais nada. A gente ao final dessa reunião, vamos marcar as reuniões do grupo técnico permanente, esse grupo aqui, não se desfaz, ele vai ficar até a próxima revisão do Rol se reunindo pra poder discutir com mais tempo, com mais possibilidades e com outros tipos de estudo cada tecnologia que sobrar. Então, esse grupo que tá reunido hoje ele se torna permanente a partir da publicação desse Rol. Além disso, esse grupo também vai ser convidado pra discussão de OPME, que é um dos itens da agenda regulatória esse ano e que a gente também vai começar a discutir em agosto. Primeiro eu queria agradecer a participação de todo mundo que tá aqui. Não foi só a gente que trabalhou até a exaustão, vocês também. A gente mandava email, vocês devolviam no mesmo dia, todo mundo, um analisando a contribuição do outro com muita dedicação, com muito respeito. Então eu acho que esse grupo só funcionou e a gente só conseguiu construir o que tá aqui hoje por conta disso. E obviamente agradecer aos meninos da gerência que obviamente foram quem efetivamente produziram isso tudo que tá aqui hoje. Então, todo mundo trabalhou

muito, né, demais e é isso, eu acho que todo mundo que tá aqui consegue perceber o tamanho que é fazer isso. Bom, a gente vai então apresentar cada item da resolução que tá pra ser colocada em Consulta Pública. Então a gente vai passar pela RN, pelos protocolos, pelas diretrizes, pelas diretrizes de utilização, pela tabela, pelo Rol odontológico, e por todas as discussões que a gente fez aqui. Parou! Pra trás ele vai, pra frente ele não anda. Não, mas aqui ele vai. Eu vou passar pela resolução, eu vou parar nos pontos que estiverem em vermelho, porque foram os pontos que foram alterados já com a redação final. Então agora a resolução do Rol, ela tem quatro anexos, ao invés de três, por quê? Porque a resolução é que regulamentou a lei de ostomias, criou o quarto anexo que é PROUT, essa resolução é revogada e passa a fazer parte da resolução do Rol. Essa resolução do Rol, a proposta é que ela revogue todas as outras resoluções existentes do jeito que esse grupo aqui pediu, então, a idéia é revogar a 211, a 262 e consolidar tudo nessa nova resolução. Essa daqui é uma redação que a gente discutiu na última reunião, os eventos e procedimentos relacionados nessa resolução nos seus anexos que necessitem de anestesia com ou sem participação do médico anestesista, assim como outros profissionais ou em insumos necessários pra realização de procedimentos cobertos, terão a sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínicas, respeitando seus critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso, ou qualquer tipo de operação entre operadora e os prestadores. Tava truncada a relação, a idéia era... A garantia do médico anestesista já existia, mas existia uma discussão quanto a participação dos profissionais, dos insumos, a gente achou que assim contemplava a demanda e contemplava a crítica e a gente acha que tá claro? Pode passar. Essa daqui a gente discutiu muito, os exames e procedimentos pré e pós-transplantes pra fim das disposições das 259, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, prazos de carência e cobertura parcial temporária. Foi uma demanda que a gente recebeu porque tava tendo muita demora pra autorização de exames pré-transplantes o que às vezes acabava inibindo a realização do próprio transplante. Então, a gente pra fins da 259, que estabelece os tempos máximos de realização de procedimento, a gente diz que esse procedimento é de urgência e emergência, ok? Pode passar. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação, ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I. Esse artigo já existia, a gente incorporou as sugestões que chegou, que era outro sistema de navegação e técnica minimamente evasiva. É só pra deixar claro que pode ter um procedimento no Rol, mas pra ficar bem claro, quando essas técnicas também têm cobertura, elas tão

descritas no Rol, tá? Pode passar. As operadoras poderão oferecer por sua iniciativa cobertura maior que a mínima prevista na RN, inclusive medicação de uso oral domiciliar, esse artigo permanece e depois a gente fala um pouquinho dele na hora que a gente falar de medicação pra câncer, tá? Taxas de materiais, contrastes de medicamentos, entre outros. O que, que mudou aqui? Contrastes, tá? Deram problema, a gente recebia demanda pra caramba,.... É necessário pra execução de procedimentos e eventos em saúde, possui cobertura obrigatória desde que tenham registro na Anvisa, e respeitados os credenciamentos, se o procedimento assim necessitar. No caso de procedimentos sequenciais ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal... A operadora deve assegurar a continuidade do tratamento, conforme prescrição e justificativa clínica. Isso daqui é um parágrafo único, a continuidade também interfere na 259. O que é isso? Às vezes você tinha ciclos consecutivos de quimioterapia e aí por conta do prazo de autorização e de realização da 259, você acabava não fazendo aquele ciclo no prazo que tava prescrito porque se autorizava de novo esse procedimento e aí se levava de novo o tal dos X dias da 259. Então isso é pra dizer, que caso sejam ciclos seqüenciais, você autoriza o primeiro e o resto caso não mude a prescrição, ele vai seguir o tempo necessário do ciclo pra você não perder a diretriz daquilo. Aqui é onde fala das exclusões da lei 9656 e aí foi acrescentado o inciso seis, fornecimento de medicamentos pra tratamentos domiciliar. Aqueles prescritos pelo médico assistente pra administração em ambiente externo, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais e ressalvado o disposto no Artigo 13. A gente só colocou a exclusão do antineoplásico oral. Pode passar. Isso daqui foi uma discussão importante que a gente fez no grupo, mas o artigo permaneceu igual, fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar, reprovados pela Conitec. Pode passar. Classificação de diversos materiais... Ah isso aqui, esse Artigo, Parágrafo Quatro, já existia, a gente acresceu o Parágrafo Quinto pra não ter mais duvida. A gente tem uma lista publicada no site da ANS sobre a classificação de materiais de OPME que foi feita dentro da câmara técnica de OPME da AMB. Essa lista vai continuar lá, a gente só diz que a lista é uma referência de nomenclatura e de classificação, ela não é uma referência de cobertura obrigatória, tá, como sempre foi. Pode passar. E aqui a gente acrescenta, então um Inciso 11 que é a cobertura de quimioterapia oncológica e ambulatorial entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer. Essa aqui é oncológica ambulatorial, que é aquela que já tinha. Entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para controle do câncer, incluindo medicamentos para controle dos efeitos adversos relacionado a tratamento e adjuvantes, que independente das vias de administração precisam ser

administrados sobre a intervenção de um profissional de saúde. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as diretrizes de utilização estabelecidas no Anexo II dessa resolução que foi construída no grupo quatro, respeitando as seguintes características: De preferência, preferencialmente. Medicamento genérico, que isso que já era um artigo que tava na outra resolução de medicação, não obrigatória oral domiciliar e medicamento fracionado. Aí eu vou falar um pouquinho o porque dessa linha. Medicamento fracionado que é um medicamento fornecido em quantidade distinta, conforme necessidades do paciente e que respeita a RDC 80 da Anvisa. Então, o grupo de medicação oral, ele se reuniu pelo menos três vezes, foi uma discussão super bacana, tinham várias participações diferentes nesse grupo e a gente viu que um dos entraves, uma das coisas que podia facilitar e muito a implementação dessa regulamentação, era que a medicação oral fosse fracionada. Então, tinham três itens lá de discussão importantes. Um era o fracionamento o outro era o descarte, como é que se vai fazer com o descarte, e o outro era... Fracionamento, descarte e bula. A bula da medicação no Brasil e aí isso chamou a atenção na hora que a gente foi estudar medicação oral pra câncer, elas respeitam muito pouco a RDC da Anvisa que fala sobre bula, e elas são muito ruins. E aí o grupo discutiu isso, a exaustão, terça feira dessa semana eu fiz uma reunião dentro da Interfarma, que parte desse grupo também participou, o grupo inteiro foi convidado, Roberto tava lá, o Ricardo também tava, e a gente discutiu exatamente isso com eles, né? Então assim, a gente tá fazendo um esforço grande de análise de cada medicamento pra cada indicação, pra cada protocolo e a gente viu que tem entraves que ultrapassam essa decisão técnica, né? E que a gente precisa de superação também pra superar esses entraves. Então, sobre a bula, eles falam que muitas das bulas já estão sendo distribuídas na Anvisa, que isso leva um tempo, né, e um delay mais ou menos de dois anos. Mas eles se comprometam a enviar pro grupo as bulas que já foram enviadas pra Anvisa com sugestão de substituição pra gente dar uma olhada, do fracionamento eles também entenderam, já sabiam do pleito e eu acho que constando na resolução é uma forma também da gente demonstrar necessidade disso e do descarte, parece que tem um grupo que tá se reunindo na Anvisa há anos, e não conseguiu uma proposta final. Mas, já existem algumas propostas ainda embrionárias pra discussão do descarte, já tem algumas farmácias e alguns distribuidores com aquelas caixinhas parecidas de pilha, bateria, pra que também faça o descarte, enfim. É uma discussão que vai continuar, que eles convidaram o grupo pra participar dessa discussão de descarte, então a gente vai continuar discutindo isso com a Anvisa também. Mas o fracionamento a gente sabe que é importante. Não precisa de nenhuma regulamentação extra da Anvisa, eles não

precisam pedir registro, não precisam pedir nada. O que eles precisam fazer é colocar na caixinha, no rótulo dizendo porque precisa ser fracionado e picotar a embalagem, mais nada. Então, é uma decisão que pode ser facilmente implementada, basta se querer. Então, a gente levou esse pleito pra lá, tá?

Silvana (Unimed do Brasil) – Não ficou claro pra mim o que ficou decidido com relação à bula? A bula?

Martha (ANS)– Na verdade, a bula a gente não regula, né, a gente só foi lá fazer pressão. O que, que ficou decidido da bula? Eles entenderam a demanda, entenderam que a gente usa, apesar de muita gente não usar, entenderam que fica difícil comparar pro mesmo principio ativo, bulas muito diferentes e aí o que eles vão fazer de primeira, é encaminhar pro grupo quatro, é quatro, né gente, que eu to já...

P/3 – O dois.

Martha (ANS)– O dois, porque eu já confundi tudo. Pro grupo dois todas as bulas que eles farão, que são muitas, que já deram entrada na Anvisa, então já tem protocolo pedindo alteração exatamente por conta disso. Então eles vão encaminhar pra gente mesmo sem o processo na Anvisa ter terminado pra gente pelo menos ter acesso à essas bulas mais novas, mas a gente também vai levar o pleito pra Anvisa.

Silvana (Unimed do Brasil) – Tem um item do Rol mesmo que fala que a bula, se não tiver indicação da bula seria considerado experimental. Então, isso cai por terra?

Martha (ANS)– Não, claro que não! Isso é reforçado, mas mais do que isso, pra medicação oral pra câncer, a gente foi além da bula. Eu vou te mostrar na hora que a gente apresentar a DUT aqui.

Silvana (Unimed do Brasil) – Então, pra medicação oral não tá valendo exclusivamente está ou não na bula oficial como tá?

Martha (ANS)– Isso, você vai ver na hora que a gente chegar na DUT, tá? Pode passar? Eu passei o artigo, tudo bem? Se vocês não me pararem, eu vou, porque o dia hoje vai ser corrido. Pode passar. Pode. Essa daqui a gente não resolveu a demanda, na ultima reunião alguém pediu pra que a gente definisse o que, que é acompanhamento do paciente transplantado tardio. A gente fez uma busca importante, não só a gente, mas como alguns membros daqui do GT também, em todas as portarias do Ministério da Saúde, de busca de definições dentro da

sociedade, não existe definição pra pós-operatório tardio em transplantado. A única coisa que existe é uma portaria do Cofen, que fala isso, o que, que é imediato e tardio, que foi que a gente replicou aqui e uma portaria do Ministério da Saúde que tem um trecho que ele fala que o uso do imune-supressor, ele se torna um pós-operatório tardio enquanto durar esse uso. Então, não tem essa definição, o artigo ficou praticamente igual, tá? Era esse o nosso combinado, tá? Pode passar. Aqui é a mesma coisa, era a mesma demanda. Pode passar. Essa daqui foi uma coisa que a gente discutiu muito também na última reunião, foi uma recomendação que a gente recebeu do Conselho Nacional de Justiça que falava o seguinte: As operadoras devem comunicar em linguagem clara e acessível, e aí lá não tinha o preferencialmente, o preferencialmente foi a gente que colocou por escrito aos beneficiários, e não tinha contratante, a gente colocou contratante, quanto as alterações nas coberturas obrigatórias notadamente, quanto as inclusões e exclusões de procedimentos nos eventos em saúde. Então, era uma recomendação para que as operadoras enviassem por escrito pros beneficiários toda a vez que o Rol mudasse. A gente entendeu o pleito, acho o pleito super louvável, mas a gente precisava adaptar isso pra realidade, né? Qual é a realidade? Como é que a gente faz com os contratos empresariais, onde você não tem um acesso direto por escrito com esse beneficiário. Foi aí que entrou a idéia de a gente comunicar o contratante que é quem você tem a possibilidade de enviar isso e que esse contratante repasse então para os seus beneficiários que aí não são beneficiários, provavelmente são empregados. Parágrafo único, isso daqui foi uma sugestão também que a gente recebeu da Rosângela. Qual é a representação da Rosângela que eu esqueci?

Martha (ANS)– Conselho Nacional de Saúde, é que as comunicações deverão ser disponibilizadas em formato acessível, sempre que possível, respeitando as especificidades dos beneficiários que apresentam alguma condição de pessoa com deficiência. A metodologia, Artigo 25. A metodologia pra definição dos procedimentos de alta complexidade será revista a cada dois anos, conforme nota técnica disponível no endereço eletrônico da ANS. A gente trouxe essa nota e a gente trouxe a proposta pra apresentar pra vocês sobre a definição de alta complexidade. O Rol deverá ser revisto periodicamente a cada dois anos, e Artigo 27, será constituído um grupo técnico permanente pra análise das questões pra análise das questões pertinentes a cobertura, Ih! Cobertura. Tem que mexer. Pra botar em Consulta Pública. Cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de procedimentos em saúde. Então, pra gente não ter dúvida nenhuma, a gente deixou o GT em resolução, tá? Pra não dizer que depois a gente não vai montar, vamos sim, tá aqui na RN. Essa Resolução Normativa e seus anexos tão disponíveis pra consulta e cópia no endereço da ANS e a gente revoga tudo que tá para trás e

coloca tudo nessa resolução pra parar de ter confusão. Tá? É isso. Posso seguir? Que beleza! Todo mundo cansado! Pode passar. O Anexo Quatro, só pra falar... Pode passar. Só pra falar que agora a resolução tem o Anexo Quatro, o PROUTI que é aquele que fala das bolsas de estomia, pode passar. Pode passar. Dentro do Rol, a gente já tinha dois Anexos, um que é... Três Anexos. Um que era a tabela, um outro que era as DUTs e um outro que era um anexo de diretrizes clínicas, não é? Onde já existia uma diretriz clínica pra acompanhamento do trabalho de parto, né? Dentro desse Anexo de diretriz clínica, a gente incorporou essa diretriz que é quase clínica, não é clínica estrito-senso, mas que também tá publicada na CBHPM, que eram um pleito da sociedade de pediatria, sobre puericultura. Então o que a gente fala é o seguinte: A gente não, diferente do pleito, o pleito original era: Tornar puericultura um procedimento. A gente explicou que, a gente não vai abrir nenhum procedimento que esteja dentro do procedimento consulta, nem dentro do procedimento assistência ou atendimento à internação. Então esses dois procedimentos, eles estão lá, eles existem, eles são procedimentos que pra cada especialidade tem um conjunto de coisas a serem desenvolvidas ali dentro e a gente tem pelo menos 300 demandas pra destrinchar esses dois procedimentos. A gente não vai fazer isso porque a gente acha que vai contra a lógica do que a gente tá colocando como Rol, mas essa diretriz, ela vai além, um pouco, de destrinchar o procedimento. Então o que, que a gente viu? Que a gente podia dizer o seguinte, que quando o procedimento consulta, correspondesse à uma consulta de puericultura, a gente podia sim incorporar essa diretriz. Então, foi isso que a gente fez, a diretriz é bacana, ela mostra o que tem dentro da consulta de puericultura, mostra o que deve ser feito, introduz uma discussão de nova prática dentro dessa especialidade, né, ou desse tipo de consulta. Tá? Vou ler rapidinho, pra quem não conhece, e aí se alguém quiser falar alguma coisa, atendimento ambulatorial seqüencial e limitado, conforme o calendário abaixo, pode passar. E inclui as ações a serem realizadas nos atendimentos agendados, em conformidade com os itens abaixo de escritos, que diz o que constitui uma consulta de puericultura. Pode passar. Ok? Anexo II. Porque que a gente colocou ela aqui e não na diretriz de utilização? A gente até ficou oscilando entre uma coisa e outra, mas a gente acha que ela é mais complexa do que a simples utilização de um procedimento, então a gente achou que ela cabia muito mais no Anexo que eu já esqueci o número, do que no Anexo dois de diretriz e utilização. Bom, diretriz de utilização. A gente precisa abrir o arquivo de diretriz de utilização. (Risos.) Eu vou passar pra vocês todo o arquivo e toda redação final de cada DUT, tá? A gente vai tentar resgatar rapidamente a discussão sem a gente entrar em um confronto. Eu tenho certeza que a gente vai conseguir.

Mércia (Fenasaúde) – Mércia, da Fenasaúde, parte de Odontologia. Eu não vi na RN a questão do imperativo clínico que a gente conversou...

Martha (ANS)– A gente não mudou.

Mércia (Fenasaúde) – Não?

Martha (ANS)– Sabe por que? Porque a gente foi voltou, foi voltou e a gente não conseguiu chegar numa redação bonitinha.

Mércia (Fenasaúde)– É? Nem numa feinha?

Martha (ANS)– Não conseguimos. Assim, a gente entendeu o pleito, mas manda pra gente a redação, porque a gente foi e voltou e só ficava pior.

Mércia (Fenasaúde) – Ok.

Martha (ANS)– Então se você tiver uma que você leia e você acha melhor, a gente não conseguiu, tá?

Mércia (Fenasaúde) – Ta bom, ta bom. Mandaremos

Martha (ANS)– Egberto.

Egberto (Uniodonto) – Egberto, bom dia. Então podemos entender que tudo não foi vermelhinho será mantido originalmente da 211 hoje com as alterações que nós temos?

Martha (ANS) – É isso.

Egberto (Uniodonto) – Mas, que está sendo aberta a oportunidade de enviarmos então o texto antes da consulta, porque a consulta vai entrar amanhã? Como é que...

Martha (ANS) – Mas do que, que você quer?

Egberto (Uniodonto)- Não, porque eu vi uma discussão e infelizmente eu acabei não mandando sobre também a internação psiquiátrica...

Martha (ANS) – Ah, então, o que, que a gente fez? Então, a gente atendeu o pleito, já não lembro mais quem fez, que era pra juntar.

Egberto (Uniodonto) – Isso.

Martha (ANS) – O parágrafo como o inciso, a gente fez isso nos dois casos. A gente pegou o parágrafo e juntou no inciso que já existia. Isso foi pra internação psiquiátrica, isso foi pra hospital dia. Então a gente juntou um Artigo com outro.

Egberto (Uniodonto) – Não apareceu aí, mas aconteceu?

Martha (ANS) – É, eu mostro pra você daqui a pouquinho. Aconteceu, ta?

Egberto (Uniodonto) – E saúde ocupacional, Artigo 14 não entrou nada?

Martha (ANS) – A gente olhou, olhou, olhou a demanda e a gente achou que já tava contemplado.

Egberto (Uniodonto) – Já estava?

Martha (ANS) – Se você quiser fazer uma redação também que nem a Mércia e mandar pra gente, manda sim, a gente, jurou por Deus que já ta contemplado, ta?

Egberto (Uniodonto) – Ta bom.

Martha (ANS) – Tem que dar uma olhada. Podemos? Então vai direto pras DUTs. Dá pra ver o tamanho do buraco que agente vai entrar agora. Então azul... Vermelho... É isso mesmo. Hoje a gente ficou com 92 DUTs, tá? A gente não vai passar as 92, a gente vai passar só as que tiveram alteração. Vamos lá, Acilcarnitinas não mudou, pode ir. Análise molecular de DNA. Não vou mostrar a relação anterior é a que ta riscadinho de vermelho embaixo. Eu vou colher o que tiver de azul que é a redação final, tá bom? Então, cobertura obrigatória, quando for solicitado por um geneticista clínico, puder ser realizado em território nacional e for preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: A, na assistência, tratamento, aconselhamento das condições genéticas contempladas nas diretrizes traduzidas e adaptadas ao Brasil, do Clinical Utility Gene Cards disponibilizadas no endereço eletrônico ans.gov.br quando seguidos os parâmetros definidos nessa diretriz. Vamos conseguir traduzir pra Consulta Pública? Não. A sociedade de genética e a sociedade de patologia se dispuseram a ajudar a gente a traduzir, são 92 guias. Então é uma tradução extensa, mas essa foi a definição que a gente conseguiu tirar do dia que a gente fez a reunião pra discussão do Grupo Quatro. Esses cards tem dois problemas: Um problema não, uma solução. Ele descreve cada método pra cada patologia, ordena a priorização na utilização dos métodos e descreve aonde, em que locus você procura aquela patologia, dependendo da técnica. Esse era o maior imbróglio que a gente tinha na Saúde Suplementar, né, a definição disso, qual é o locus, qual é o método, como é que eu busco isso, e com isso a gente resolve esse problema. Começa a resolver, né? Tem duas coisas que sobram disso: Uma, não é

simplesmente traduzir, validar e publicar, a gente vai precisar pedir permissão, óbvio, isso já tá sendo feito e mais uma coisa: Se a gente não conseguir pedir essa permissão, que eu acho difícil, a gente vai ter que tirar e extrair daquele texto exatamente o trecho que a gente precisa, mas seria muito legal se a gente conseguisse publicar tudo, porque ela vai um pouquinho além. Ela fala também do aconselhamento, fala como é que você lida com aquela doença. Então ela vai muito além do que a gente precisa pra esse texto, mas a gente não sabe se a gente vai conseguir ela inteira. A gente achou que já valia a pena colocar isso na Consulta Pública, até porque é um tema muito, muito específico. Então aquelas pessoas que vão conseguir entender essa diretriz, com certeza vão conseguir traduzir ela do inglês. Então a gente achou que valia a pena colocar dessa maneira pras pessoas já irem se apropriando do método pra poder criticar ou não o uso desses cards, mas na reunião, quando a gente discutiu com a sociedade, a AMB tava presente, a gente viu que era um material muito bacana e que tinha um aproveitamento muito rápido, e que como são vários países que tão construindo esse método, ele tende a crescer muito rápido, e a gente vai aproveitar de muito mais coisa pra frente, tá? Pode falar.

Tarcisio (Sobrac) – Marta, é só uma pergunta, analise ____...

Martha (ANS) – Se apresenta, se apresenta.

Tarcisio (Sobrac) – É Tarcisio, SOBRAC. sou Presidente da Arritmias Cardíacas, São Paulo. Essa cobertura só vai ser dada se o procedimento for solicitado por um geneticista clínico?

Martha (ANS) – Isso. Já era assim, né, é assim desde 2008, e porque que vai continuar assim? É uma discussão importante que a gente fez, tem muitos prós e contras, tá? Mas qual é a nossa preocupação? A nossa preocupação é, óbvio, existem testes que outros profissionais podem fazer, que são muito mais corriqueiros. Então vamos ver qual teste é esse? Eu vou dar um exemplo na hora que a gente chegar lá na tabela, por exemplo, os testes genéticos pra detecção se você não vai usar uma determinada medicação oral, né? Então vamos tirar esse teste e jogar na tabela, e ai ele sai dessa regra. Mas, pras doenças genéticas, a gente acha importante que isso esteja aqui sim por um único motivo: Aconselhamento genético. Então quando você coloca um teste genético na mão do geneticista, você tem uma preparação, e um estudo, e uma organização pra dar o resultado desse teste genético? Que talvez um outro profissional não tenha e hoje a gente tem uma preocupação importante com isso por conta da conformação do plano de saúde, da origem, de como é a contratação. Então, a gente acha que isso

é importante para que a gente tenha uma boa prática na Saúde Suplementar. A gente entende todos os contras, né? Tem alguma especialidade e Hematologia é uma delas, que usa muito e que vai ficar dependente disso: "Ah, eu vou ter que passar pelo outro?" Não necessariamente, de repente, na operadora se consegue construir uma relação com os hematologistas, onde se estabelece o que cada um pode pedir ok. Mas pro obrigatório nacionalmente a gente acha importante aguardar o aconselhamento genético. A gente discutiu isso muito. E só pra você saber, a sociedade foi contra, tá? Então, assim, não é um pleito de tentar proteger dentro da sociedade, não é isso não, isso é uma proposta nossa mesmo, já vem desde 2008 isso. Talvez um dia a gente consiga uma discussão de aconselhamento genético que ultrapasse um pouquinho essa fronteira, mas hoje... (Alguém fala fora do microfone, inaudível.)

Tarcisio (Sobrac) – Eu perguntei se... Eu tenho que solicitar então um parecer de geneticista pra que ele solicite análise molecular de DNA?

Martha (ANS) – É isso...

Tarcisio (Sobrac) – E isso não aumenta o custo?

Martha (ANS) – A gente nesse momento não tá preocupado com isso. Assim, eu to muito mais preocupada em como vai ser feita a organização e a triagem de quem vai fazer esse exame e a resposta que eu vou dar pra aquele cara e pra família dele, do que o que, que isso vai... Entendeu? Então assim, eu acho que a gente ta num crescente, pela primeira vez desde 2008 a gente vai conseguir uma diretriz decente pra genética. Então, vamos, de repente esse card ajuda a organizar essa demanda, daqui a um, dois anos a gente ta num patamar completamente diferente e aí a gente consegue separar qual é o card que tem o aconselhamento genético complexo e qual não tem...

P/Tarcisio – (Falando fora do microfone, inaudível.)

Martha (ANS) – É isso. É isso. Lá atrás gente, e depois o Doutor Zilli também quer falar.

Enrico – A respeito do câncer de mama, também a situação é mandar pra um geneticista clínico? Como é... Depois da Angelina Jolie ai...

Martha (ANS) – Pois é, Angelina Jolie me deu trabalho, né? E Doutor Drauzio também, porque na verdade não tem cobertura, e aí como é que a gente vai resolver isso? A gente vai resolver isso no dia que tiver um G Card falando de

BRC1. Que assim, pode até que mês que vem já tenha, mas hoje é isso que a gente tem.

Emilio Zilli (AMB) - Bom dia a todos, meu nome é Zilli, eu apresentei o (...). O Tarcisio, deixa eu te responder isso aí, porque essa questão da genética foi uma questão que ocupou muito tempo da gente, e muito fosfato, muita discussão. A gente entende que isso não é ideal não, você tem razão. Eu acho que as colocações que tão vindo são colocações bastante pertinentes. Mas nesse momento o possível, até pra organizar um pouco essa história, que a gente tem que caminhar mais dentro disso. Talvez a genética, ela precise um pouco mais de... Eu não vou chamar de regulação, de auto-regulação pra que a gente possa realmente caminhar e possa desenvolver isso melhor. É pertinente a questão, mas no momento não é o ideal, é o possível. Ta?

Martha (ANS) - E aí, a segunda pergunta que vem é: E o que não ta no G Card? Né, que eu falei que hoje tem 92, e o resto? São milhões, né? Pro resto cabe o item B, que é o que não ta contemplado no item A, quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos, ou história familiar e permanecer em duvidas a cerca do diagnóstico definitivo, após anamnese, exame físico e análise de heredograma, exames e diagnósticos convencionais. Ok? Então a gente não deixa nenhuma patologia de fora, ta tudo contemplado, mas o que já tem card, a gente regula dessa maneira, que eu acho que já vai ser um grande avanço.

Elisa (Abrange) - Elisa Abrange, e sobre aquela definição de história familiar?

Martha (ANS) - Então, isso daí entrou num bolo gigantesco. Que é o seguinte: Tem a definição de história familiar e tem um pleito da sociedade que também não foi atendido, que é pro recessivo que não expressa a doença e não tem história familiar. Como isso tudo se encaixava num grande bolo e nem o pleito da história familiar tinha consenso, como nem a demanda do recessivo sem expressão tinha consenso, a gente segurou os dois pra gente definir como é que a gente roda essa história do G Card e depois durante a Consulta Pública, a gente resolver o que faz com essas duas histórias, ta? Então, eu suspenso esses dois itens. É isso, ta no CALT, ta? E, pode pular não? Deixar essa pro final? (Risos.) Vou dar meu depoimento. Essa foi a DUT mais difícil de todas, né, Doutor Zilli, inacreditável, a gente achava que tinha umas três assim na frente, mas não foi. Essa redação saiu ontem às sete da noite e ainda tem muitas, muitas coisas a serem resolvidas. Então o que, que é o combinado? Esta é a redação que vai para Consulta Pública. Durante a Consulta Pública, a gente pode se reunir de novo, a gente pode sentar, a gente pode debater, tenho certeza que vamos debater e tenho certeza que vão

surgir novas demandas. Mas isso daí é o que vai pra consulta publica, ta? Então vamos lá: Cobertura obrigatória, quando preenchido um dos seguintes critérios: Avaliação inicial de pacientes sintomáticos com probabilidade pra teste intermediária 20-80 calculada por Diamond Forester, dor torácica aguda em pacientes de risco intermediário, marcadores de necrose normais inconclusivos, pode subir, avaliação antológica de cardiomiopatia em pacientes com disfunção ventricular recente e D: Quando permanece duvida de diagnóstico gerada após exames funcionais pra avaliação de isquemia, quadros clínicos conflitantes... Pode subir. Acho que acabou. Sobe mais um pouquinho. Paciente com suspeita de coronárias _____. Posso passar? Não. (Risos.)

Cláudia Cantanheda (Unimed-Rio) - Eu queria só comentar, perguntava no grupo técnico dessa discussão e sobre esse item C, Doutor Aska(?) Golden, paciente de risco intermediário ou baixo, com eletro-marcador de _____. Eu queria comentar só essa indicação, fazer a pergunta pro grupo técnico: Com evidência científica desse _____, só pra eu entender, essa indicação das tomografias...

Martha (ANS) - Peraí, _____...

Cláudia Cantanheda (Unimed-Rio) - _____. Tem tanta gente aqui de expertise aqui, só pra entender essa indicação...

Martha (ANS) - A gente não vai discutir essa DUT aqui dentro, juro por Deus. A gente vai abrir pra quatro perguntinhas, o que der pra resolver a gente resolveu, eu não discuto mais isso. Esse trem vai assim, a gente marca...

Cláudia Cantanheda (Unimed-Rio) - Não, não, eu já entendi que isso ta determinado.

Martha (ANS) - A gente marca uma reunião assim que entrar em Consulta Pública, a gente quebra o pau de novo sem grito!

Cláudia Cantanheda (Unimed-Rio) - Essa foi a única que...

Martha (ANS) - Essa é a única que tem dissenso..

Cláudia Cantanheda (Unimed-Rio) - Que eu ampliei, inclusive, né, em relação ao que tava ____...

Martha (ANS) - Não, várias outras ampliaram, várias. Quase todas.

Cláudia Cantanheda (Unimed-Rio) - Não, as outras já estavam.

Martha (ANS) - É, o problema dessa que assim: Essa é a única que tem dissenso.

Cláudia Cantanheda (Unimed-Rio) – Ah é? _____...

Martha (ANS) – E a meu ver, muito dissenso apoiado em bibliografia científica. Então a gente vai ter que rediscutir, eu não tenho a maior dúvida. Mas essa é a única que tem dissenso. Olha que lindo, são 92, não é lindo isso? Eu acho. Então vamos deixar esse trem sair assim, pelo amor de Deus, que eu não dou mais conta e aí a gente discute de novo durante a Consulta Pública, Ana Paula vai falar, o Marcelo vai falar e a gente vai passar pra outra.

P/12 - É, eu sou quero fazer um comentário, eu sou das Misericórdias do Brasil. No hospital que eu trabalho, né, na Santa Casa de Santos, como é um hospital de grande porte nós temos condições de fazer angiograma no item B, na emergência. Emergência tem que ser imediatamente, né? Então eu gostaria de entender como é que vai ser a regulação desse procedimento na sala de emergência, né, porque pode gerar NIPS pra burro, pode gerar uma série de infrações por causa de recursos, nós não estamos no Estados Unidos, nós estamos no Brasil. Então eu queria deixar claro esse comentário, eu já entendi que vai pra Consulta Pública dessa forma, mas eu gostaria que isso fosse alvo de uma reunião específica depois, com grupo técnico novamente pra entender como que vai ser a regulação desse procedimento.

Martha (ANS) – Marcelo vai falar, eu só queria colocar uma coisa assim: Eu tenho duas outras propostas, a gente tava num grupo que discutiu isso onde tinha representantes de operadoras, representantes de unidades médicas, enfim. Nesse grupo ninguém colocou, talvez uma pessoa tenha colocado como maior veemência as contradições, mas o resto do grupo aceitou a redação. Aí depois eu fui pra minha casa estudar, receber as contradições e contra-argumentar. E aí, bate-boca por email não rola, então a gente vai ter que sentar e conversar de novo o grupo, né? Mas, eu também tenho que dar o depoimento que a gente saiu aquele dia de São Paulo com uma redação. Então a gente também precisa manter algumas das nossas queixas e das nossas demandas numa posição quando a gente também tá de confronto na hora que a gente tá debatendo. Então, levar de verdade o nosso pleito à frente na hora que tá discutindo, porque senão depois fico eu tentando consertar o inconsertável, não é? Pode falar Marcelo.

Marcelo – Você quer que eu comente só esse item ou quer que eu comente mais?

P/Marta – Só o item. Só item.

P/Marcelo – É, só para não dar confusão. Então, o que acontece? Esse item específico, saíram alguns trabalhos recentes bem de peso, estudos randomizados,

sempre com bastante gente, uma revisão sistemática, mostrando o papel das tomografias. As tomografias tem um grande valor preventivo negativo. Então é um método com alta sensibilidade. E faz sentido você aplicar isso na emergência e pra afastar a doença. Tem um número grande de pacientes, mais um índice de 70 por cento dos pacientes que internam no hospital, não tem doença. Então você tem um método que você tem valor preventivo negativo alto, com alta sensibilidade pra afastar a doença, você consegue mandar pra casa essa pessoa de forma segura. Então isso é uma possibilidade biológica que já havia desde o começo. Só que quanto a esses estudos mais recentes, a gente tem a comprovação que a tomografia é segura, é rápida, é eficiente e tem mesmo esse valor preventivo negativo. Então, a partir desses trabalhos novos que saíram bem recentes, que isso entrou e esse foi o item que não tem polêmica nenhuma, que foi em consenso, sem polêmica, zero.

Martha (ANS) – Pior que é verdade. Então assim, é isso que eu falo assim, a gente tava num grupo pra discutir isso e saiu uma redação...

Marcelo – Seis horas. Seis horas de discussão.

Martha (ANS) – Que não, assim, e depois a gente ainda teve dois meses de discussão por email. Então não dá pra a gente abrir essa discussão aqui, talvez a gente tenha que discutir mais isso, acho que vai chegar a contribuição que a gente vai ter que responder na Consulta Pública, enfim. A gente vai ter que enfrentar isso um pouquinho mais pra frente. Mas, se a gente abrir isso daqui a gente vai ficar até o final do dia hoje discutindo isso, ta bom? Então vamos. Pode passar. Quer falar Rochele? (Risos.) Vamos. Audiometria vocal com mensagem competitiva, avaliação do processamento auditivo central. Essa a gente encaminhou para o Conselho de Fono e a gente encaminhou pra Sociedade de Otorrino. Nenhum dos dois mandou... Devolveu né, alguma contradição, então a gente manteve a sugestão inicial ta? Cobertura obrigatória pra pacientes a partir de três anos de idade, conforme indicação do médico quando preenchido pelo menos um dos critérios do grupo um e nenhum do grupo dois. Pode passar. Grupo um são esses critérios, vamos. Grupo dois os outros critérios. Ok? Então vamos. Pode passar o que não tem... Como ta vermelho, azul é lindo né, porque significa que a gente foi e voltou muitas vezes, então. Bloqueio com toxina botulínica tipo A, pra tratamento de distonias focais, espasmo Hemifacial e espasticidade. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos critérios do grupo um e nenhum dos grupos dois. Opa! Essa DUT de toxina botulínica ela já existia, ela não tinha a cobertura pra espasticidade, a gente acrescentou e ela foi discutida tanto por email, quanto em alguns grupos lá. Tem

uma diretriz, eu acho que é da neurocirurgia, que fala também do uso da toxina botulínica pra uma indicação que foi reprovada no CONITEC, gente tinha feito um link entre as duas, que era bexiga neurogênica e depois a gente teve que tirar. Então cefaléia não entrou e bexiga neurogênica a gente teve que rediscutir por conta dessa outra orientação, então isso que ficou um pouquinho diferente ta? Pode passar. Vocês querem que eu leia tudo? Melhor né, essa daí é melhor ler. Sobe um pouquinho. Vai ter que ir no dedinho mesmo. Cobertura obrigatória para tratamento das distonias focais e segmentares. Grupo um: blefaroespasmos, distonia laríngea, espasmo hemifacial, distomia cervical, distomia oro-mandibular, e câimbra do escrivão. Pode subir. Grupo dois: É o que não vai preencher os critérios. Gravidez ou amamentação, hiper sensibilidade à toxina botulínica ou nos seus componentes, doença neuromuscular, uso concomitante de potencializadores do bloqueio neuromuscular, presença provável de anti-corpos contra toxina botulínica e perda definitiva de amplitude articular por anquilose ou retração tendinea. Ok? Peraí, peraí!

P/14 – Oi, não entrou então a bexiga neurogênica?

Martha (ANS) – Então, ela tinha entrado em duas DUTs né, porque uma das DUTs de neuro, fala do tratamento da bexiga neurogênica...

P/14 – Isso.

Martha (ANS) – E falava que tinha indicação depois do uso...

P/14 – Do anticolinérgico...

Martha (ANS) – Da toxina botulínica.

P/14 – Ham...?

Martha (ANS) – Então ela entrou aqui, entrou lá. E aí depois a gente foi analisar, existe um parecer do CONITEC dizendo que não tem indicação para bexiga neurogênica, o que, que a gente fez para não...?

P/14 – Mas a gente é mais antigo, né, para ter outras evidências publicadas recentemente.

Martha (ANS) – Então, o que, que a gente fez? A gente tirou da Consulta Pública, eu to falando aqui pra vocês o que, que aconteceu e a gente pode rever as duas durante a Consulta Pública, ta? A gente só precisa contar...

P/14 – Ta. Porque tem novas evidências, né? _____...

Martha (ANS) – Então, eu to alertando pra gente poder rediscutir isso durante a Consulta Pública ta?

P/14 – Ah, ok.

Martha (ANS) – Então vamos

Claudia (Conitec) – O Marta... Claudia aqui, da CONITEC. Realmente a gente avaliou isso, nesse primeiro momento não foi recomendada, mas a orientação que se teve foi de fazer um protocolo específico para bexiga neurogênica, que vai ser avaliada não só a toxina botulínica, mas também outros (...) enfim, outras tecnologias visando então o tratamento disso. Né, então a gente acha que até final do ano isso já tenha sido publicado, ta?

Martha (ANS) – Inalva, manda pra gente a bibliografia que a gente revê isso durante a consulta publica. Beleza, ta? Pessoal da neuro pode ajudar também, porque isso fala com a DUT de neuro. (Risos.)

Ricardo Fortes (Abrange)- o Martha, pode parecer redundância, mas no item dois quando cobertura obrigatória para portadores de espasticidade segmentar e focal, não seria interessante repetir?

Martha (ANS) – Você vai mandar pra mim durante a Consulta Pública e aí a gente vai colocar. Não dou conta mais, gente, de verdade, ta assim: Vocês vão anotando, é claro que se tiver um erro gritante a gente vai mexer aqui agora. Mas essas adequações a gente pode complementar, não tem nenhum problema, só não dá pra mexer em todos os artigos de novo, que a informática já ta trabalhando ta?

Ricardo Fortes (Abrange) – Ta bom.

Martha (ANS) – Então se tiver uma coisa gritante a gente para tudo e discute. Mas se não tiver a gente vai anotando e vocês já vão mandando pra gente ta bom? E aí, assim, pode mandando pra gente, pra gente trabalhando, mas eu peço também que vocês coloquem isso oficialmente no sisteminha pra gente não se perder. Tá, lindão? Então, assim, manda pra mim que a gente já vai arrumando, mas coloca também no sistema de Consulta Pública pra depois a gente ter isso contabilizado, pra gente não se perder na hora de fazer a redação final, ta? Então vamos. Qual que é, gente? Eu já me perdi. Já li, não já? Ah, eu só li um? Ah, ta, dois: Cobertura obrigatória para portadores de espasticidade que apresentam um comprometimento funcional, ou dor, ou risco de estabelecimento dentro de deformidades desde que esteja garantido a segurança do paciente, quando preenchido pelo menos um dos critérios do grupo 1 e nenhum do grupo dois. Vai,

grupo um: paraplegia espástica tropical, paralisia cerebral espástica, displegia espástica, Hemiplegia infantil, Hemiplegia espástica, Tetraplegia espástica, seqüela de hemorragia aracnóidea, Sequelas de hemorragia intracerebral, Sequelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas, Sequelas de infarto cerebral, Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico, Sequelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas Sequelas de traumatismo intracraniano e Sequelas de outros traumatismos especificados da cabeça. E grupo dois é o que não preenche, hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação das apresentações de TBA, perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com EAM grau 4 (Escala de Ashworth Modificada), doenças da junção neuromuscular (miastenia gravis, síndrome de Eaton-Lambert), desenvolvimento de anticorpos contra TBA, infecção no local de aplicação, gravidez ou amamentação, uso concomitante de potencializadores do bloqueio neuromuscular (por exemplo, aminoglicosídeos ou espectomicina), impossibilidade de seguimento do acompanhamento médico e de manutenção dos cuidados de reabilitação propostos. Essa a gente recebeu algumas contribuições, algumas de última hora (Inaudível)... talvez tenha alguma coisa que alguém tenha me mandado depois das seis da noite, quando o email da ANS saiu do ar, alegremente e a gente não teve mais acesso. Então tudo que vocês me mandaram depois de seis horas da noite, eu não tenho até agora, tá? Então é isso, vamos lá! A cintilografia do miocárdio, ela na verdade não é um procedimento, são vários. E aí a gente teve que enumerar os procedimentos correspondentes ao procedimento cintilografia do miocárdio. Por que? Porque alguns caem nessa DUT, outros não. Então a gente enumerou os procedimentos que cabem nessa DUT, tá? Então os procedimentos são: Cintilografia de perfusão estresse farmacológico, cintilografia de perfusão estresse físico, repouso e sincronizada das câmaras cardíacas repouso e estresse, tá? Então vamos lá: Cobertura obrigatória da investigação da dor torácica na sala de emergência, ou durante a internação hospitalar na suspeita de síndrome coronariana aguda, sem supra de ST, quando preenchido pelo menos os seguintes critérios? SG sem alterações isquêmicas ou com BR completo, ou ritmo de MCP abaixo de TIMI Risk Score, e pico de tramponina negativo minimamente elevado ao limítrofe. Eu leio como se eu entendesse tudo, mas eu não entendi nada. SG sem alterações isquêmicas, ou com DRE completo, ou ritmo de MCP alto, impossibilidade de realização do teste de esforço, teste de força inconclusivo e cobertura obrigatória na investigação de dor torácica ambulatorial na suspeita de doença arterial coronariana obstrutiva em paciente semi-automáticos quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, probabilidade pra teste 30-90 Duque, probabilidade pra teste de 10 a 30,

mas em capazes de realizar o teste de esforço, teste esforço inconclusivo, cirurgia de re-vascularização miocárdica prévia, cobertura obrigatória para extratificação de risco para pacientes assintomáticos, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios: extratificação pré-operatória antes da cirurgia vascular de risco e de intermediário também, submetidos à vascularização incompleta em pacientes com pelo menos cinco anos de cirurgia, em pacientes com história de síndrome coronariana aguda pelo menos três meses, pode subir. Investigação de taqui ventricular, investigação da sinto ___ em pacientes com risco de evento cardiovascular e cobertura obrigatória na definição do vaso, relacionada à isquemia quando preenchido um dos seguintes critérios: Doença arterial coronariana comprovada, avaliação da gravidade de lesões intermediárias e cobertura obrigatória para detecção de viabilidade miocárdica em pacientes com disfunção ventricular grave confirmada, pode passar. Cobertura obrigatória de perfusão em repouso, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: Suspeita de infarto, infarto com re-perfusão, investigação de troponomo elevada, pesquisa de inflamação ou infiltração miocárdica, pode subir. E aqui são as definições da DUT. Ok? Enorme! Peraí gente, microfone aqui pro Doutor Zilli, por favor.

Zilli (AMB) – Obrigado. Na realidade, lá na CBHPM, isso tudo ta bem separadinho, certinho. Talvez o que precise realmente, seja uma DUT pra cada uma delas. Agora, é um negócio meio complicado, por exemplo, aí tem mil coisas para serem observadas, né, que não vale a pena discutir isso aqui agora, mas tem, vai entrar em Consulta Pública e negócio de Consulta Pública é meio perigoso, eu não sei se vai dar pra gente tentar consertar isso que ta aí, mas essas DUTs que tem aí tem que ser revistas, porque tem coisa aí que não tão... Logo na primeira frase, lá em cima, na primeira indicação na sala de emergência, se não me falhe a memória, quando você fala de bloqueio completo de ramo esquerdo, é bloqueio completo de ramo tanto de esquerdo, quanto de direito. Então por aí já começa a diferenciar uma coisa grande. Então tem várias coisas aí. Agora, eu acho que a gente tem que discutir isso aí, eu não sei como é... A cobertura já ta... Eu acho que ta definida. A cobertura tem que ser definida. Agora, colocar essa DUT exatamente como ela tem que ser, ai ser complicado numa Consulta Pública.

Martha (ANS) – Então Doutor Zilli, a gente tentou discutir essa DUT de algumas maneiras, né? Então assim, infelizmente naquele dia a gente levou o grupo que tava lá na cardiologia, não era o grupo específico que faz isso. Aí depois a gente mandou um email, parece que repassaram pra várias pessoas, mas a gente acabou não tendo nenhum feedback dessa...

Zilli (AMB) – Eu acho que isso aí é uma questão de comunicação, viu Martha? Eu acho que a gente precisa... Não tem, eu acho que não tem porque, esse negócio “Ah, é porque nós mandamos email, não responderam”, isso não é uma justificativa, desculpe. Eu acho que a gente tem que colocar as coisas no seu devido lugar. Eu acho que lugar de discutir DUT não é Consulta Pública, Consulta Pública é lugar de agente rever a DUT. Agora, isso aí é uma discussão de DUT que deveria ter feito previamente e nem por email, assim como se fez com a de tomografia, quer dizer, com todas as coisas feitas, essa também, talvez pelo tempo, eu entendo, pelo tempo, pela necessidade premente de se fechar o Rol, mas a cobertura não pode ser prejudicada por uma falha nossa.

Martha (ANS) – É, na verdade, a gente levou pro mesmo grupo que discutiu angiotomo, que discutiu o CDI, enfim. Talvez o grupo que tivesse lá, porque é assim, imagina, eu sou a ANS, eu sou pediatra e eu tenho que discutir marca-passo, eu tenho que discutir radiofrequência, tenho que discutir neuromodulação, eu tenho que discutir tudo né? Aí eu levo pra Sociedade Cardiologia, e a sociedade também é segmentada, mas aí eu não dei conta também de falar com cada segmento. Então, eu acho que a gente precisa, talvez se organizar e assim, quando eu chamo a cardiologia, eu não sei quem é na cardiologia quem discute cintilografia, quem discute angiotomo, quem discute alguma coisa. Então eu mando pra cardiologia.

Zilli (AMB) – Se você mandar por email, a cardiologia vai discutir contigo.

Martha (ANS) – Mas eu mandei, Doutor, o senhor sabe que eu mandei.

Zilli (AMB) – Não, não, não. Mandou num pacotão.

Martha (ANS) – Independente disso...

Zilli (AMB) – No pacotão isso aí, e nem o pessoal daqui da... O pessoal da angiotomo, com todo o respeito, não tem condições de discutir cintilografia.

Martha (ANS) – Mas nem eu. Então assim, o que, que a gente vai fazer? A gente vai colocar em Consulta Pública, e aí o que tiver pra corrigir, a gente corrige em Consulta Pública. Pode falar.

Celso Dario (Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear) - Não é pra polemizar, é só pra acrescentar, a cintilografia é um procedimento de medicina nuclear. O médico nuclear é o único profissional médico autorizado pela Comissão Nacional de Gênero Nuclear a fazer esse procedimento. E a Sociedade Brasileira de

Medicina Nuclear não foi consultada em relação à isso, eu to vendo agora pela primeira vez.

Martha (ANS) – Então, gente, olha só: Eu não tenho como entrar em contato com cada um de vocês individualmente. Eu faço o que o Doutor Zilli falou, mando um pacotão pra AMB, né e aí a partir daí, a coisa vai sendo destrinchada da forma como for. Eu não tenho como ligar pra você, aí ligo pro Marcelo, entendeu? Então assim, eu acho que é por isso que a gente ta aqui, né? É por isso que todo mundo participa e é por isso que também tem Consulta Pública. Então, eu acho que é muito difícil às vezes, eu até acho e a gente discutiu isso que às vezes a gente discute com uma sociedade e tem 10 que usam aquele procedimento, que fazem aquele procedimento e eu também acho que todo mundo deveria discutir não só uma delas, né? A gente ta criando um GT permanente exatamente pra isso, né, porque ai durante a discussão essas coisas vão aparecer, agora se eu der de cara com a cardiologia, a cardiologia... To usando a cardiologia mas eu poderia usar a neuro, podia usar qualquer uma, né, a sua. Se eu der de cara com você e você falar pra mim "Eu discuto essa DUT.", eu vou discutir com você e nem vou pensar quem é a outra sociedade que também discute isso, entende? Então assim, eu preciso dar de cara com a representação e essa representação ser apresentada a mim, pra poder discutir. Eu não vou conseguir procurar cada um de vocês e por isso a gente fechou com a AMB, pra AMB ser o centralizador disso, né? Mas que bom que você ta aqui porque você também vai poder contribuir e melhorar essa diretriz.

Sandra (Unimed Brasil) - Não, só quero pontuar uma coisa, eu to aqui não como cardiologista, que eu sou, mas representando outro órgão...

Martha (ANS) – Fala o seu nome e instituição...

Sandra (Unimed Brasil) – Meu nome é Sandra, eu sou da Unimed do Brasil, especificamente da Unimed Minas Gerais. Eu acho bastante oportuno, eu acho que esse assunto tem que ser discutido de forma mais ampla mesmo, porque há conflitos, né, entre cintilografia miocárdica e antítese, nós vamos estar ampliando as indicações de antítese. Nós vamos estar apresentando mais um exame pra avaliação do paciente, né, isso onera e a gente sabe. Então a gente tem que discutir _____ juntamente com a cintilografia miocárdica e isso é assunto técnico mesmo e eu proponho, né, que além dos representantes das sociedades específicas, que clínicos, cardiologistas clínicos que são quem indicam, né, e quem sejam também chamados a discutir.

Martha (ANS) – De novo, eu não chamo ninguém, o grupo é aberto, sempre foi. Então, toda a sociedade ou todo indivíduo que se sentir chamado a participar, vai participar né, eu vou dar um exemplo que pra mim foi um dos exemplos mais bacanas, eu fui na Interfarma terça feira, já falei pra vocês e uma representante do Conselho de Fono foi. É isso, então assim, o grupo é aberto, todo mundo é convidado, né? E todo mundo que quiser ouvir, discutir o que ta lá, pode participar, tem uma mão lá atrás. Então é isso, é isso, quem quiser participar, Carlos toma aqui pra adiantar.

Carlos – Olha, eu gostaria de deixar registrado que nunca havia um grupo de discussão tão democrático como este, ta? Parabéns à você, parabéns à ANS. Foi muito aberto, a gente nunca viu isso na ANVISA, nunca viu no Ministério da Saúde, então parabéns.

Martha (ANS) – Então vamos. Passa a cintilografia. Passa Tetê, a cintilografia. Essa é outra, então a cintilografia do miocárdio para infarto agudo, cobertura obrigatória na investigação da dor torácica, ou durante internação hospitalar com a síndrome coronariana aguda sem supra de ST. Eletro sem alterações isquêmicas ou com DRE completo, ou ritmo de marca-passo de TIMI High Score e pico de tropolina negativo, SG sem alterações isquêmicas ou com DR completo, ou ritmo de NCP, impossibilidade de realização do teste de esforço, teste de esforço inconclusivo. Vai. A consulta médica a gente já discutiu lá na diretriz, pode ir. Então vamos lá: Discopatia lombar, essa foi consenso. Muito bom! Ela também inclui vários procedimentos, ta, a gente listou os procedimentos que ela inclui e depois a gente descreveu a diretriz pra esse procedimento. Ta? Então a discopatia lombar, que não é um procedimento, ela inclui, ou o tratamento dela corresponde a vários procedimentos. Artrodese da coluna com instrumentação, artrodese da coluna via anterior - tratamento cirúrgico, descompressão lombar ou calda equina, tratamento cirúrgico de espondilolistese e fratura do cóccix - tratamento cirúrgico, fratura ou fratura luxação de coluna – tratamento cirúrgico, hérnia de disco, laminectomia, osteomielite, coluna vertebral, pseudo-artrose de coluna, lesão traumática raquimedular, tratamento micro-cirúrgico do canal vertebral estreito, tumor ósseo vertebral - tratamento cirúrgico, ok? Pode passar. Então, a DUT pra tudo isso, quer dizer, pra cada um desses procedimentos corresponde a cobertura obrigatória pra pacientes portadores de discopatia lombar sintomática comprovada por exame clínico e exames de imagem, associado ou não à ciatalgia com dor dicogênica, comprovadamente refratário ao tratamento conservador clínico e que preencham algum dos critérios abaixo descrito: espondilolistese, estabilidade na coluna, escoliose do adulto, artrose ou degeneração facetaria, história de cirurgia prévia,

estenose de canal vertebral, fratura vertebral de origem traumática, neoplásica, osteoporótica, cobertura obrigatória nos casos de pacientes portadores de enfermidades da coluna vertebral não contempladas no item um desta diretriz. Ok? Embolização de artéria-uterina, essa diretriz ela sofreu uma pequena alteração, né, ela entrou uma contra indicação. Então ficou cobertura obrigatória para mulheres portadoras de leiomiomas ou miomas múltiplos na presença do intramural quando preenchido por pelo menos um dos critérios do grupo um e nenhum do grupo dois. Grupo Um: Queixa de menorrágia, metrorragia e B: Alteração significativa da qualidade de vida. E Grupo Dois, aonde entrou alteração: Mulheres assintomáticas ou denomiose isolada, mioma sub seroso, leiomioma mucoso, leiomioma intraligamentar... Me perdi. Diâmetro maior que 10, extensão do mioma acima da cicatriz umbilical, neoplasia, hipersensibilidade, presença de malignidade na gravidez, doença inflamatória pélvica, vasculite, história de radiação pélvica, coágulo, patias incontrolláveis, insuficiência renal, uso concomitante de análogos de RH e desejos de gravidez, que, exceto, quando a cada miomectomia ou alternativas terapêuticas conservadoras, ok? Opa! Volta, volta um pouquinho. É a que saiu. Não, era a de diretriz anterior à redação que tava que a gente cortou e botou essa nova, ta? Vai. Estimulação elétrica transcutânea. Também teve um grupo pra discutir algumas diretrizes dessa. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos critérios listrados no Grupo Um e nenhum no Grupo Dois. Grupo Um: Dor aguda no pós-operatório identificada nos primeiros 30 dias após a cirurgia, dor crônica intratável, a que não correspondeu adequadamente á outros métodos, na espacicidade na lesão medular hemiplegia decorrente de acidente vascular encefálico. Grupo Dois: Paciente no primeiro trimestre da gestação, melhora do equilíbrio em paciente com seqüela de AVE, pacientes portadores de marca-passo, arritmia, dor de etiologia desconhecida, epilepsia e quando a estimulação ocorrer nas seguintes regiões: Na parte anterior do pescoço, pele com solução de continuidade, pele anestésica, abdômen durante a gestação, regiões que consumem metal interno e áreas recentemente irradiadas.Ok? Gente, microfone ali, Marlene.

Marlene (Cofitto) – Bom Martha, a gente foi consultado, né, COFITTO, Marlene. A gente mandou pra vocês a nossa contribuição, a gente é contra essa DUT e passamos pra vocês toda uma bibliografia e daí você vai me dizer que vai pra Consulta Pública, né? Então me desculpe, mas eu vou dizer pra você: Na revisão antiga do Rol, a consulta fisioterapêutica foi pra Consulta Pública, foi o segundo item mais solicitado e não foi aprovado. Então assim, me preocupa muito isso de que vai pra Consulta Pública , né?

Martha (ANS) – Não, eu não vou te responder isso.

Marlene (Cofitto) – Ta. Então não responda.

Martha (ANS) – Eu vou te responder outra coisa: Vai ter DUT. A pergunta que a gente fez pra você foi: Qual é a melhor DUT? E que foi a resposta que a gente não teve. Então assim, DUT vai ter, o que a gente perguntou pra vocês foi: Essa é a melhor? Qual é a melhor redação? Aí a resposta que você me deu é: Não coloca DUT. Então assim, a gente tomou uma decisão de que a gente ta colocando DUT pra todos os procedimentos que a gente vê que são necessários. São necessários por quê? Custo? Não! Às vezes é mal uso, (Inaudível)... de esforço o que tão usando teste de esforço pra menina de 20 anos, né, pra entrar na academia é uma coisa de louco. Então você queima o método, você tira a eficácia do método, então pro Teens essa foi a idéia: Qual é a melhor utilização do método? E aí a gente vai discutir durante a Consulta Pública? Sim, a redação dessa DUT. E não retirar essa DUT, entendeu?

Marlene – Entendi, mas continuo discordando, Martha, até porque o TENS, né, é um equipamento fisioterapeutico e daí vocês decidem que vai ter DUT, né, e vocês consultaram quem? Baseado nisso?

Martha (ANS) – Vocês.

P/Marlene – Não. Nós somos contra a DUT.

Martha (ANS) – Então Marlene, olha só: Se você continuar me dizendo: “Eu sou contra a DUT.” E mais ninguém desse grupo ou ninguém da Consulta Pública me mandar uma outra redação, é essa redação que vai ser publicada, entende? É a mesma coisa que eu vim falar assim...:

Marlene (Cofitto) – Um termo que é arbitrário...

Martha (ANS) – Não é arbitrário, isso é regulatório. É o meu papel e eu ganho pra isso. É a mesma coisa que o Doutor Zilli falar assim: “Não quero DUT pra cintilografia.” Eu vou falar: “Doutor Zilli, a gente precisa fazer uma DUT pra cintilografia.” Então a cardiologia vai ajudar, não foi isso que ele falou, mas e aí? Né? Então assim, a gente ta aqui discutindo a redação das DUTs, não mais a existência ou não das DUTs. Então, a gente espera muito contribuição nessa redação, mas se a gente não tiver contribuição essa é a única redação que eu tenho.

Marlene (Cofitto) – Tudo bem, então deixa eu entender: É assim, vai haver a DUT porque vocês decidiram e ponto?

Martha (ANS) – Isso. Isso.

P/Marlene – Perfeito!

Martha (ANS) – Ta?

P/Marlene – Não.

Martha (ANS) – Nem sempre é bom. (Risos.) Vamos, CDI. CDI, não, não foi CDI, foi a outra. Eu já to confundindo tudo. CDI a gente fez a reunião, a redação que foi colocada na mesa segundo todos tava ok, a gente só recebeu a nova redação da cardiologia com as coisas que foram discutidas naquele dia e a gente ta aqui só pra ver se a redação ta ok, ta? Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: Sobreviventes de parada cardíaca documentada devido a ataque cardíaco ventricular hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular de causa não reversível com ou sem cardiopatia estrutural. síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taque cardíaca ventricular sustentada hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular. Prevenção primária na cardiopatia isquêmica em sobreviventes de infarto agudo miocárdico de pelo menos 40 dias sobre tratamento farmacológico ótimo sem isquemia miocárdica passível de revascularização cirúrgica, ou hipercutanea quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: FEVE menor ou igual à 35, fração de injeção menor ou igual á 30, fração de injeção menor ou igual à 40, prevenção primária na cardiopatia não isquêmica, essa é a inclusão, ta? Então, antes não existia prevenção primária, entrou prevenção primária na cardiopatia não isquêmica e em pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica com FEVE menor ou igual à 35 e classe funcional 1, 2, 3, prevenção primária em pacientes portadores de canalopatias ou cardiopatias geneticamente determinada e aí é o único dissenso que a gente tem no grupo que ainda é a não cobertura obrigatória do CDI, junto com marca-passo em outros sítios. Ok? Não, a gente não concordou com a demanda que a gente recebeu. Ele continua como não incluso. A decisão foi tomada de que não foi incluído. É um pleito da sociedade que se incluua, ok?

P/16 – Não, é só uma correção, não é canalopatia, é canolopatia, na verdade...

Martha (ANS) – Briga com o Eduardo, que eu copiei e coleí. (Risos.) Eu não entendo nada, eles vão ter que decidir ali. Pode falar.

Eduardo (SBCCV)– Meu nome é Eduardo, eu sou do Departamento de Expansão Cardíaca da SBCCV, e ficou um pouquinho diferente daquilo que você tinha passado do consolidado, mas assim, a redação e eu tinha recebido o consolidado que você tinha me dado...

Martha (ANS) – É, às vezes a gente pode ter assim, eu só pego uma frase que tava truncada e resolvido a frase, mas é exatamente igual.

Eduardo – Não, mas grande parte desse trabalho de ajuste do português foi sensacional, ficou mais fácil, parabéns aliás né? Só dentro daquilo que a gente já tinha discutido que foi mandado no próprio consolidado, um dos itens não ta colocado aí, que é taque cardíaca ventricular sustentada hemodinamicamente instável espontânea de causa não reversível com cardiopatia estrutural. É a única que estava no consolidado que não estava...

Martha (ANS) – Vamos passar de novo? Porque a gente não tirou nada desse., ta?

Eduardo (SBCCV) – Ta...

Martha (ANS) – Então vamos reler de novo, ta?

Eduardo (SBCCV) – Ok...

Martha (ANS) – Cobertura obrigatória sobreviventes de parada cardíaca, ok?

Eduardo (SBCCV) – Ok...

Martha (ANS) – Sincope de origem indeterminada.

Eduardo (SBCCV) – É. Isso que eu to falando vinha agora, vinha antes da sincope. Taque cardíaco ventricular sustentada no consolidado que você me passou, inclusive ta aqui... É, mas vem a parada cardíaca. É...

Martha (ANS) – Ta ok?

Eduardo (SBCCV) – Não...

Martha (ANS) – Não ta?

Eduardo (SBCCV) – Não, mas foi tirada uma das indicações somente, _____...

Martha (ANS) – Então a gente revê isso.

Eduardo (SBCCV) – Ta legal.

Martha (ANS) – Marca pra mim e me da?

Eduardo (SBCCV) – Já ta marcado, eu passo.

Martha (ANS) – Mas você tem que me dar hoje.

Eduardo (SBCCV) – Não, já ta pronto.

Martha (ANS) – Ta.

Eduardo (SBCCV) – Na verdade, é aquilo que você me mandou, ta no teu consolidado, já ta. Já ta no teu consolidado.

Martha (ANS) – Ta. Vamos olhar isso? Beleza!

Eduardo (SBCCV) – Ta?

Martha (ANS) – Podemos?

Eduardo (SBCCV) – Podemos.

Martha (ANS) – Pode descer.

Eduardo (SBCCV) – O segundo questionamento é aquilo que eu já te fiz lá e eu sou obrigado em botar em público, até pra que a gente tenha uma definição de consenso, é que boa parte desses estudos que definiram essas diretrizes e as diretrizes de ressincronização, estudaram e trouxeram resultados baseados no implante de um aparelho único, que é o cárdiodesfibrilador multissítio. Nós estamos criando uma DUT pra desfibriladores, estamos criando uma DUT pra ressincronizador, os estudos são comuns, a prótese que estudou uma e outra é comum e nós estamos colocando essa observação de que não é de cobertura obrigatória. Você me explicou, entendi perfeitamente isso, agora nós temos que dar uma resposta pra sociedade porque que o estudo que foi feito com a associação, nós resolvemos colocá-lo que não é de cobertura obrigatória. Nós temos que trazer isso, essa informação porque senão nós vamos ter indicação de ressincronizadores pra frente, desfibrilador e as operadoras em tese seriam obrigadas a pagar dois aparelhos, coisa que obviamente não tem menor lógica nesse sentido.

Martha (ANS) – Ok. A gente conversou hoje sobre isso um pouquinho só pra socializar, a associação é um novo procedimento. Então ela precisa passar por uma análise de todos os novos procedimentos, que é o que a gente vai chegar daqui a pouquinho. Então, a gente vai ter que fazer esse estudo, vai sentar, a gente já pensou como montar isso dentro desse grupo permanente, mas hoje, esse terceiro procedimento, ele não tem cobertura obrigatória...

Eduardo (SBCCV) – E na verdade, eu acho que assim, eu entendi perfeitamente, mas o que, que a sociedade entende? Ora, se as indicações em alguns casos são comuns, né, a especificação clara de que não há cobertura obrigatória, ela cria um problema. Talvez se nós não colocássemos essa frase, se nós não puséssemos aquela “não é de cobertura obrigatória”, nós estaríamos sendo mais transparentes no sentido “Vamos discutir isso pra frente.”

Martha (ANS) – Ta...

Eduardo (SBCCV) – A colocação dessa frase, ela implica que foi discutida e foi determinada que isso não é apropriado.

Martha (ANS) – Ta, beleza. A gente também ta fazendo um estudo no Ministério também, de como ta acontecendo o marcapasso mais ressinchronizador, quais são as evidências, então eu acho que a gente pro próximo ano vai ter bastante material pra gente discutir também, ta?

Eduardo (SBCCV) – Humhum.

Martha (ANS) – Entendi o pleito da frase, a gente vai pensar como é que a gente da um jeito nisso, ta?

Eduardo (SBCCV)– Ok.

Martha (ANS) – Vamos. Implante de eletrodo ou gerador para estimulação medular, cobertura obrigatória pra pacientes adultos com síndrome de dor crônica de origem neuropática quando haja relatório médico e fisioterápico atestando a ausência de melhora da dor, ou redução inferior à 50% no escore VAS com tratamento medicamentoso fisioterápico, realizado continuamente por um mínimo de seis meses. Ok? Implante de eletrodo e o gerador para estimulação cerebral profunda, cobertura para pacientes portadores de doença Parkinson idiopática, quando haja um relatório médico descrevendo a evolução do paciente nos últimos 12 meses e atestando preenchimento de todos os seguintes critérios: Diagnóstico firmado à pelo menos cinco anos, resposta a levodopa no momento da evolução, refratariedade atual ao tratamento clínico, existência de função motora preservada ou residual, ausência de comorbidade ou outra doença neurológica ou psiquiátrica incapacitante primária. Pacientes com tremor essencial não parksoniano, esse era um pleito também da sociedade, quando atestado pelo médico preenchimento de todos os seguintes critérios: Tremor intenso incapacitante, tem havido tratamento conservador por no mínimo dois anos, refratariedade ao tratamento medicamentoso, existe função motora preservada ou residual no segmento

superior. E três: pacientes maiores de oito anos com distonia primária quando atestada pelo médico, 4 - paciente com epilepsia, haja refratariedade ao tratamento medicamentoso, não haja indicação de ressecção cortical e o paciente já tenha submetido à estimulação do nervo vago sem sucesso.

Alexandre (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) - só no item E, né, se puder colocar lá, lá no começo do Parkinson...

Martha (ANS) -passou, passou, aí. Ali?

Alexandre (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) - Não, antes. Mais pra cima um pouquinho.

Alexandre (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) - Ah não, ta certo. É aquele que não causada pela doença de Parkinson, eu tava lendo aqui, aí, mas já ta aí, era isso que...

Martha (ANS) - Ta aqui? Ok.

Daniel (Departamento Funcional da Sociedade Brasileira em Neurocirurgia)- Pode subir ali um pouquinho, por favor. Lá no inicio da... É Daniel do Departamento Funcional da Sociedade Brasileira em Neurocirurgia. Eu só queria comentar na verdade, eu sei que isso já foi discutido algumas vezes, mas assim, a literatura hoje, ela respalda de uma maneira bem enfática o fato de que o tratamento cirúrgico, ou estimulação cerebral profunda pra doença de Parkinson, quando feito precocemente em algumas situações, ele é realmente bastante eficaz e bastante interessante, inclusive com uma memória bem significativa. Então, na verdade, assim, eu acho que uma das coisas pra ser discutida é esse diagnóstico a pelo menos cinco anos. Isso daí em algum momento, isso daí vai ter que ser repensado, porque de alguma maneira tem paciente que tem dois anos de doença e tem uma doença tão avançada, quanto muitos pacientes que tem dez anos de doença e que não tem isso. Então, esse item A é algo que realmente precisa ser melhor debatido.

Martha (ANS) - Eu tenho a Lindara, Jorginho e Silvana. Eu não sei se você tava na reunião, mas eu acredito que o povo tenha discutido isso...

Daniel (Departamento Funcional da Sociedade Brasileira em Neurocirurgia)- Eu lembro que já foi discutido isso, isso foi até comentado, mas de qualquer maneira eu quero deixar esse recado de que esse item A realmente... Acho que ele ta fora de propósito ai.

Martha (ANS) - Bem... No microfone. Final.

P/19 - Lá no final, com a questão da epilepsia refratária ao medicamento...

Martha (ANS) - Final, meninos. Final. Passa pro final. Refratário a medicamento. Aí? Aí, aí, óh: "Haja refratariedade ao tratamento medicamentoso, é isso? No quatro?"

P/19 - Ah pacientes... Esse é de... não Parkinson, pacientes com tremores, eu to falando de epilepsia.

Martha (ANS) - Epilepsia, vai. Isso mesmo, sobe mais um pouquinho. Não, não, não! Sobe, quer dizer, desce.

P/19 - É. (Risos.)

Martha (ANS) - É, eu falo ao contrário. Sobe a página.

P/19 - Então, essa coisa do paciente já ter submetido à estimulação do nervo vago sem sucesso. É o C. Já passou o esclarecimento?

Martha (ANS) - Não sei te explicar, Jorginho explica que eu não eu não faço a menor noção.

Jorge Carvalho (ANS) - Eu tinha dito primeiro pra falar só pra pedir pras pessoas do grupo que discutiram aí, pra verem porque, como eu tinha falado lá, eu mudei a forma só da redação pra ficar num aspecto da diretriz usual. Então só pra gente prestar atenção pra ver se ta tudo direito, tudo que a gente discutiu lá, inclusive na estimulação do nervo periférico, a gente tinha também falado lá de uma estimulação de nervo pra dor crônica, né, nervos ulnar, nervo ciático, isso acabou não indo na diretriz, eu acabei colocando e fazendo. Então quando chegar nessa parte, vocês dão uma olhada se ta ok. Com relação à estimulação ao nervo vago ali no C, é porque o seguinte: a estimulação do nervo vago não tinha cobertura. Então isso foi colocado. Então a gente discutiu lá uma coisa assim: "Olha, a gente tem que fazer determinadas escolhas." Então a idéia inicial, era não colocar estimulador cerebral profundo pra tratamento de epilepsia. Então consensuamos o seguinte: O que, que é mais evasivo, arriscado e custoso? Estimulação cerebral profunda ou é o estimulador do nervo vago? É estimulação cerebral profunda. Então, realmente ficaram assim, vamos dizer, quatro linhas, quatro hierarquizadas de tratamento. Primeiro o tratamento conservador, né, que seria o ideal medicamentoso, segundo, se houver possibilidade e indicação à ressecção cirúrgica e aí a estimulação do nervo vago ficou como uma terceira tentativa... Não, como uma terceira tentativa, quer dizer, é, como um terceiro tratamento alternativo antes da estimulação

cerebral profunda. Então seria mais ou menos isso. A estimulação do nervo vago ta contemplada também numa DUT que ta mais à baixo.

Daniel (Departamento Funcional da Sociedade Brasileira em Neurocirurgia)– Ainda sobre esse comentário é importante lembrar que nem todas as vezes a estimulação cerebral profunda para tratamento de epilepsia, responde em casos exatamente iguais à que a estimulação do nervo vago, de tal maneira que na verdade, muitas vezes mais caro do que implantar o estimulador cerebral profundo mais o estimulador de nervo vago. Então eu acho que isso daí também precisa ser debatido um pouquinho melhor, essa obrigatoriedade de ter o nervo vago, eu concordo que o nervo vago em muitas situações é uma coisa excelente e precisa acertar essa diretriz, mas a obrigatoriedade do nervo vago ante da estimulação profunda...

Martha (ANS) – Deixa eu só te falar uma coisa que vale pra todas as DUTs, assim, e eu falei isso em todos os grupos, assim: Antes de ficar preocupado com custo, a gente tava preocupado com a melhor evidencia possível, né? Então tem coisas aqui que vocês falam: “mas isso daqui não é inteligente, isso vai...” Mas a evidência era assim. Eu nem to falando disso, pode não ser. Que isso não tava no grupo, realmente não dei conta de estudar, mas isso pode acontecer. E aí você vai me falar assim: “mas isso não é inteligente pra operadora.” Ok, a operadora pode liberar o outro procedimento sem liberar o outro, não tem nenhum problema, Mas pra DUT, a gente sempre vai ta preocupado com a melhor evidência, mesmo que isso seja mais oneroso, né? Então foi essa um pouco a lógica que a gente usou, que vocês podem ver isso acontecer em algumas diretrizes, ta? Não sei nem se é o caso. Silvana queria falar.

Silvana – Não, só sobre a pergunta dele sobre os cinco anos lá do Parkinson, isso foi discutido na reunião e a gente viu que os estudos incluíam pacientes com pelo menos cinco anos, por isso que a gente manteve.

Martha (ANS) – Vamos subir? Então vamos: Implante de gerador pra neuro estimulação, cobertura obrigatória pra estimulação do nervo vago em pacientes portadores de epilepsia quando atestados pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios: Haja refratariedade ao tratamento medicamentoso, não haja indicação de ressecções corticais, estimulação do plexo sacral em pacientes com incontinência fecal ou com incontinência urinária por hiperatividade, como testado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios aqui, foi uma demanda Conjunta da Neuro com a PROCTON, é isso que a gente gostaria que acontecesse nas pessoas, a PROCTON identificou isso e quis participar, foi lá,

participou, então é isso que a gente quer que aconteça daqui pra frente. Haja refratariedade ao tratamento conservador, teste prévio demonstrando a eficácia do dispositivo e três, estimulação... Microfone.

Jorginho – Ficou de fora a toxina botulínica pelos motivos que você já tinha explicado _____...

Martha (ANS) – Ok? Então na hora se vocês forem fazer a retribuição de revisão, lembra que são duas DUTs, não é uma DUT só. Então se entrar toxina botulínica pra bexiga... Pra incontinência urinária lá em cima vai entrar aqui também, ta?

Jorge Carvalho (ANS) – E só aproveitando aqui pra completar, esse item três pro Ricardo, Silvana, Alexandre, foi o que eu fiz, porque eu acho que a gente tinha combinado de colocar e não tinha ido na contribuição.

Martha (ANS) – Então o Jorginho ta pedindo pra vocês prestarem atenção na redação tem três, é isso? Então ta. Vou ler: Estimulação de plexos ou nervos periféricos pra tratamento dor crônica quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios: A dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida, não haja resposta ao tratamento farmacológico e fisioterápico (Inaudível.)

P/20 – Não, eu só queria rever ai a parte da urinária que você falou que teria que entrar...

Martha (ANS) – Não, quando a gente ia... Porque nessa DUT, ela previa toxina botulínica como um dos itens a serem percorridos antes da realização do procedimento, como saiu lá, saiu daqui.

P/20 – Entendi.

Martha (ANS) – E entrando lá, volta aqui. Ta?

P/20 – Ta ok.

Martha (ANS) – Ok? Implante de marca-passo bicameral. Vamos lá: Presença de intolerancia aos esforços, claramente relacionada a incompetência cronotrópica, Bradicardia espontânea, Sincope de etiologia indefinida, síndrome do seio carotídeo, Sincope recorrente, sincope recorrente não documentada em situações cotidianas, sincope recorrente de etiologia indefinida, BAV de baixo grau irreversível ou com as conseqüentes ao acoplamento da _____, BAV de segundo grau permanente ou intermitente tipo 2 com flutter, fibrilação tipo avançado, tipo dois que é QRS estreito, com flutter atrial ou fibrilação, BAV de terceiro grau

32

permanente ou intermitente , persistente, assintomático, assintomático irreversível com que se estreita adquirido, irreversível assintomático, pode subir, irreversível assintomático com cardiomegalia congênita adquirido, irreversível... Bloqueios intra-ventriculares: Bloqueio de ramo bilateral, _____, pacientes assintomáticos, Bloqueios de ramo ou bifascicular. Sincope Neuro-Mediadas: marca-passo definitivo e definitivo na sincope associada, ok? Fala no microfone. Ela tem vergonha de falar no microfone, eu vou tentar descobrir o que ela vai falar. Ah ta, ela ta falando que esse implante de marca-passo monocameral é a mesma DUT do marca-passo bicameral. Como são dois procedimentos a gente repetiu a DUT, ok?

P/21 - Desculpa, quando foi solicitado, a gente tinha solicitado só as indicações, então perfeitas as anteriores. Eu não entendi essa DUT do bicameral, qual é a diferença?

Martha (ANS) - Não, é que são dois procedimentos...

P/21 - Certo...

Martha (ANS) - Existe no Rol marca-passo bicameral e marca-passo monocameral...

P/21 - Ta...

Martha (ANS) - A gente colocou a mesma DUT nos dois.

P/21 - Ou seja, aquelas DUTs referem-se à esse procedimento cameral e o bicameral?

Martha (ANS) - Isso!

P/21 - Beleza...

Martha (ANS) - Aqui na frente, óh.

P/22 - Ela pediu pra voltar ali, óh.

P/23 - Eu queria só ver aquela indicação do BAV de primeiro grau..

Martha (ANS) - Bote lá, na indicação do BAV de primeiro grau.

P/23 - Pode ser um contra o outro porque...

Martha (ANS) - Aí. Aí, aí!

P/23 - É, BAV de primeiro grau... Eu queria...

Martha (ANS) – Contribuição recebida, contribuição não retrucada, contribuição na Consulta Pública, não é isso?

P/23 – É, depois a gente ____...

Martha (ANS) – Aí vai ter que dar uma ajeitadinha, se alguém tiver contribuição, aí a gente remonta o grupo, rediscute tá? Então vamos.

Rochele (ANS) - Sandra, em relação ao marca-passo, a contribuição que a gente recebeu foi pra tirar a palavra hiper da redação, porque o hiper não tem cobertura obrigatória. E o que foi combinado, foi que seria indicação só classe um, dois A. Então eu não tenho certeza, mas acho que esse não é. Mas como a gente não recebeu contribuição de vocês, aí a gente deixou, ta?

Martha (ANS) – Beleza? Então vamos. Pode passar essa que é igual. Vai. Multi-sítio, essa eu queria que vocês dessem uma olhada porque a gente achou que a redação final que a gente recebeu de vocês tava um pouquinho diferente da que eu tinha anotado lá. E a gente adaptou pra redação ficar parecida com a redação que eu tinha anotado lá. Então tem que dar uma olhada nessa redação aqui que você não viu ta? Ta? Então vamos lá. Cobertura obrigatória pra pacientes com FEVE menor que 35, ritmo sinusal com expectativa de pelo menos um ano em tratamento clínico otimizado, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: CF 2, 3 ou 4 ambulatorial, CF 2, 3 ou 4 com BR completo, 120, 149, CF 3 ou 4 ambulatorial sem padrão de BR, mas com QRE maior que 150. Cobertura obrigatória para pacientes com FA permanente em tratamento clínico otimizado com expectativa de vida de pelo menos um ano, cobertura obrigatória pra paciente com FEVE menor que 35 com a indicação formal de implante de marca-passo, e aí a tal da observação que a gente já discutiu. Eu queria que você... Pode falar.

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) – Bom, primeiro que assim...

Martha (ANS) – Fala seu nome de novo? Só pra sair na aba.

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) - Bom, primeiro, mais uma vez, a contribuição de todos foi muito importante, a tua especial para, realmente você fez uma redação muito mais simples e muito mais abrangente que facilita a interpretação e aquilo que nós tínhamos discutido e foi acordado, houve uma modificação de redação, nesse sentido perfeito. Mas talvez algumas coisas tenham sido trocadas e eu acho que, quando eu vi essa e eu passei... Eu acho que ta no teu email, eu acho que você não conseguiu abrir em

função do horário. Mas enfim, então, se puder voltar só algumas coisas que é tão pouco diferente daquilo que a gente tinha acordado e tinha discutido.

Martha (ANS) – Ta...

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) -Pode voltar um pouquinho por gentileza.

Martha (ANS) – Sobe um pouquinho.

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) – Ta? Mas honestamente eu achei bem melhor essa maneira de colocação do que aquela mesmo que nós tínhamos feito, ta? Bom, no item A, né, o que nós tínhamos falado lá é um QRS com bloqueio de ramo esquerdo, todos os estudos são de 120 à 130 ____ segundos. Então aí, foram colocado 150, diferente daquilo que nós tínhamos falado...

Martha (ANS) – Mas mesmo com a frase de baixo?

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) – Aí é que ta. Na frase de baixo, o bloqueio de ramo esquerdo, ele não precisa e nenhum estudo fez aprovação de sincronismo. Foi com o ramo direito. Então a frase de baixo ambulatorial, na verdade como o BR é completo, é sem DRE e de sub-condição 120, 140. Foi isso que eu te mandei ontem, né? Então ficaria a primeira igualzinho como está como 120, a segunda que está lá é sem padrão de DRE...

Martha (ANS) – Mas foi exatamente isso que eu anotei que houve diferente porque essa diferente da outra que eu não anotei nada... (Risos.)

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) – Aham...

Martha (ANS) – Essa eu anotei a discussão lá e eu achei que tava diferente.

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) – Mas assim...

Martha (ANS) – Mas a gente pode...

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) – Porque na verdade foi assim, foi aquilo que eu te passei no email no dia seguinte ou dois dias depois da reunião que como estava, a gente pode até conferir depois...

Martha (ANS) – Ta...

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) - E depois eu te mandei outro com essa pressão...

Martha (ANS) - Ta...

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) - Então, talvez anotação porque não existe nenhum estudo que diga que o bloqueio de ramo esquerdo tem que ter comprovação de método de imagem e sim no direito.

Martha (ANS) - Ta...

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) - Ramo direito, ele se divide em 50? Sim, esse precisa.

Martha (ANS) - Ta.

P/24 - O Eduardo, a respeito do QRS marcou 150, a gente bateu exatamente com o Deadline da American College. A gente bateu as indicações um e dois A.

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) - Aham...

P/24 - Então, o dissincronismo não ta claro realmente no Deadline não, mas o QRS marca 150 sim.

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) - Do ramo esquerdo 120. Depois a gente pode até rever aqui, ta gente...

P/24 - É, a gente tem que rever o Deadline, ____...

Martha (ANS) - Vocês ____...

P/24 - Tinha uma indicação que vocês tinham mandado que não tava como indicação 1 e 2 A no Deadline da American College, as indicações a gente...

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) - É, mas assim óh... Naquele dia quando a gente fez a discussão, a gente fez o aceite, né, a gente colocou exatamente aquilo que estava sendo colocado não só na American Heart, como no europeu. As diretrizes fala a respeito de indica... Porque existem indicações acima de 150, indicações acima de 120. A junção dessa e essa facilitação que foi dado, pro ramo esquerdo é 120. Isso ta em todas as diretrizes, a gente ta... Pro ramo ____...

Martha (ANS) - ____ pro BRE completo né?

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) – É, pro BRE completo...

Martha (ANS) – Ta ali, 120 à 140...

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) – Pro BE completo, acima de 120, pro BRB, ou não BRE, é de 120 à 140. Então na primeira linha, ela está diferente de todas as diretrizes que existem. Ela ta com 150.

Martha (ANS) – Vamos fazer o seguinte? Isso a gente precisa consertar, porque diferente do resto, isso é uma redação que a gente ficou sobrestado naquele dia, então, na hora...

P/24 – Não, porque na verdade um sobrepõe o outro. Acima de 150 BRE completo só, 120, 149, BRE completo mais de sincronismo. Entendeu?

Martha (ANS) – Ta contemplado _____. Na hora do almoço, (Risos.) e aí a gente senta, eu acho que a Eliza também mandou contribuição, e aí os três...

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) – Ta ok...

Martha (ANS) – Quem foi que tava discutindo naquele dia? Sandra também. A gente dá uma sentadinha e resolve só essa linha, ta bom?

Eduardo (Departamento de Expansão Cardíaca da Cirurgia Cárdiovascular) – Fácil, fácil.

Martha (ANS) – Beleza. Então vamos. Implante de bomba pra infusão de fármaco, paciente portador de dor crônica quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios: A dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral, não houve resposta aos tratamentos farmacológicos e fisioterápicos ou fisiáticos realizados por no mínimo seis meses, houve melhora com o uso prolongado de opióides, administrados por via sistêmica em tratamento prévio, existe tolerância intensa às opióides orais, verifica-se melhora com infusão de opióides no compartimento epidural, o paciente não esteja imune comprometido. Paciente com espasticidade quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios: Espasticidade seja intensa, presença de sintomas incapacitantes e mesmo após a realização de tratamento medicamentoso e fisioterápico tenha havido resposta satisfatória, aplicação intratecal de baclofeno. Ok? Mamografia digital, cobertura obrigatória para mulheres na faixa etária entre 40 e 69 anos, pode ir. Mapeamento eletro-anatomico

tridimensional, cobertura obrigatória apenas para aqueles pacientes portadores de: Fibrilação atrial, taquicardia ventricular sustentada, taquicardia atrial reentrante, insucesso da ablação prévia ou recorrente de arritmia após a ablação. Ok? Mapa esse é um outro exemplo de diretriz que não existia, de um procedimento bastante usado que também a gente não teve retorno. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: Suspeita de hipertensão do avental branco e avaliação de normotensos no consultório com lesão de órgão alvo, avaliação da eficácia terapêutica anti-hipertensiva, quando a pressão arterial permanecer elevada apesar da utilização do tratamento anti-hipertensivo e quando a pressão arterial estiver controlada e houver indícios da persistência ou da progressão de lesão de órgãos alvo. Eu acho que acabou né? Só fazer uma observação, é uma diretriz aberta, ampla, mas porque, que é importante? Porque eu acho que a diretriz, ela deve ter uma conotação não só de custo, não só de indicação estrita, mas ela tem que ter uma conotação de educação também pra saúde né? De boas práticas, de uso adequado mesmo de procedimentos muito simples. Então, a gente também tem trabalhado com essa intenção.

P/25 – Eu só queria ver o mapeamento anatômico, porque passou rápido e...

Martha (ANS) – São dois. A penúltima. É, anterior à essa.

P/25 – Anterior... Aí dentro daquela designação, porque na designação atual tá como estudo elétrico fisiológico do sistema de condução com prova, não sei o que. Como é que ficou isso?

Martha (ANS) – Ficou do jeito que a gente combinou lá, dividimos em três procedimentos, vou mostrar na tabela.

P/25 – Ah, legal.

Martha (ANS) – Tá?

P/25 – Tá, tá. Muito obrigado.

Martha (ANS) – Fish, a Diretriz de Fish, conforme foi discutido naquele dia ficou igual, já era igual à Diretriz de Análise Molecular de DNA, continuou igual. Eu fiz a proposta de juntar as duas, mas na hora deu um: “Beleza! Tá aqui igual.” Eu acho que na próxima revisão do Rol a gente vai poder talvez acabar com algumas diretrizes pra genética porque vai tá tudo explicadinho dentro de cada card, mas por enquanto fica igual. No microfone...

Roberto (Fenasaúde) –Você poderia dizer como que ficou a questão relacionada á cobertura da técnica por CGH Array?

Martha (ANS) – Então, CGH Array é a mesma resposta que eu já dei pra alguém, ele é um novo procedimento a ser incluído. Então tá lá na tabelinha de solicitação de inclusão com a nossa respóstinha do lado, não vou falar ainda porque senão a gente mela as DUT, calma, a gente vai chegar lá na tabela. Pode passar. PET Scan. A de PET Scan a gente terminou ontem quase na hora do email sair do ar (Risos.). Então vamos lá: Cobertura obrigatória pra pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas comprovado por biópsia, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido: Caracterização de lesão, estadiamento, detecção de recorrência. Cobertura obrigatória pra pacientes portadores de linfoma quando um dos seguintes critérios for preenchido: Estadiamento, avaliação da resposta terapêutica, monitoramento da recidiva. Até ai tava igual né? Agora começam as mudanças: Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer colo-retal, câncer recidivado, CEA elevado, recidiva com achados radiológicos inconclusivos. Cobertura obrigatória para avaliação do nódulo pulmonar solitário quando preenchido todos os seguintes critérios: Ressonância e tomografia inconclusiva, nódulo maior que um centímetro não especulado sem calcificação. Cobertura obrigatória pro diagnóstico de câncer metastático quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos. Pode subir. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de cabeça e pescoço quando pelo menos um dos critérios for preenchido, então vou ler tudo tá? A gente tinha três indicações, agora a gente tem oito. Então a gente precisa ler cada uma delas, tá? Presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando a biópsia por agulha de uma lesão linfonodal apresentar garinola de células escamosas. Pode subir. Cobertura para pacientes portadores de melanoma quando pelo menos um dos critérios for preenchido: Melanoma de alto risco com linfonodo sentinela positivo pra avaliação de recidível detectada por outro método ou diagnóstico em pacientes candidatos a metasetomia e cobertura obrigatória à pacientes portadores de câncer de esôfago localmente avançado para detecção de metastases a distância. Eu queria só antes de passar pra abrir, dar um exemplo desse grupo que eu acho que foi um grupo que funcionou bem, né, a gente recebeu propostas que foram analisadas por ambos os lados, né, de demanda, contra-demanda, com muita parcimônia e com muita discussão mesmo em cima das evidências. Então a gente conseguiu caminhar porque teve uma aceitação do grupo como um todo de uma maneira bastante bacana, Reinaldo participou ativamente, o Celso, todo mundo. Então foi um grupo bacana.

P/27 – Eu queria agradecer mais uma vez, ressaltar de novo o caráter amplamente democrático, se foi tranqüilo foi graças à sua mediação, à sua coordenação. Inclusive agora, no comecinho da reunião a gente reparou um item de cabeça e pescoço que talvez pudesse ser aprimorado. Que no câncer de tireóide, ambos os lados, acho que foi tão tranqüilo porque ninguém tem interesse em fazer exame que não é indicado, pelo contrário, acho que exame que não é indicado prejudica todo mundo, a começar pelo paciente. Então, o câncer de tireóide, ele só tem indicação em uma situação específica, que é quando o PCI do iodo for negativa e a tireoglobulina tiver alta. Então talvez acrescentando o item C ali dizendo isso, para cabeça e pescoço, câncer de tireóide com PCI negativa, tireoglobulina alta. Conversei com o Reinaldo, acho que ele ta de acordo, inclusive sugeriu colocar também o item D, célula medular de tireóide, que é raro mas ta indicado.

Martha (ANS) – A gente discutiu isso durante a Consulta Pública, não tem problema, assim, eu acho que talvez até apareçam outras coisas pra discutir, mas a gente vai colocar do jeito que ta na Consulta Pública só pra gente não ter que gerar uma outra discussão com o grupo todo né, porque talvez a gente não consiga discutir tudo isso aqui ta?

P/28 – Desculpa, é que eu tava nesse grupo e houve aquela discussão do CONITEC quanto à algumas indicações. Então foi checado e é pertinente.

Martha (ANS) – Ok? Com essa discussão que ela ta falando, pra tudo a gente analisou todas as evidencias disponíveis e tudo que tivesse principalmente relação com o CONITEC, uma vez que a gente ta usando como priorização e aí tem um estudo lá, eles tem isso né, grande que analisou PET Scan como um todo e tinha incluído exatamente aquelas três inclusões que já estavam no Rol, né? Essa revisão se não me engano é de 2008 à 2009 e foi consenso do grupo que isso precisava ser atualizado e todo o levantamento da bibliografia foi levado, né, e aí a gente se comprometeu também a resgatar essa bibliografia que a gente reviu, que várias outras pessoas que estavam no grupo, era um grupo grande, né Ana, que todo mundo reviu. E a gente dá esse feedback também pra Comissão, mas a gente tomou essa decisão por conta do tempo que já tinha passado, ok? Vamos? Vai Tetê. Tem algumas coisas que vocês vão descobrir antes do tempo, (Risos.) porque os procedimentos que entraram ou que tão sugeridos aqui pra Consulta Pública como incorporação, alguns deles a gente teve que colocar DUT, então esse é um exemplo: A rizotomia percutânea por radiofreqüência foi uma discussão enorme do grupo, existe rizotomia percutânea no Rol, a gente recebeu muita demanda dizendo o que ta hoje no Rol não tem mais como ser praticado, uma vez que não se faz

mais a rizotomia por nenhuma outra técnica que não seja radiofrequência. A gente estudou e a gente viu que tem outras técnicas, principalmente químicas, né, que realmente não são mais usadas e aí a gente propões essa DUT pra inclusão desse procedimento. Essa DUT ninguém viu, ta? Então vamos lá: Cobertura obrigatória pra pacientes com dor facetaria quando forem preenchidos todos os critérios do grupo um e nenhum dos critérios do grupo dois. Grupo um: Limitação das atividades da vida diária por pelo menos seis semanas, redução maior que 50% da dor referida, medida pela VAIS após a infiltração facetaria, falha no equipamento conservador adequado. Grupo dois: Cirurgia espinhal prévia no segmento analisado, hérnia discal, sinais de estenose ou instabilidade potencialmente cirúrgicas. Dois: Cobertura obrigatória para pacientes com espasticidade focal intensa e com sintomas incapacitantes e pacientes portadores de nevralgia de nervo trigemio, glossofaríngeo, occipital ou intermedio, refratarios ou intolerantes ao tratamento clinico continuo por no minimo 3 meses. Quando a gente recebeu a solicitação desse procedimento, a gente já recebeu algumas indicações de DUT, da mesma maneira a gente já tinha recebido algumas contra-indicações dessa DUT, a gente viu e a gente reviu que pra gente efetivamente tinha sinal de evidência clara, que é o que a gente colocou ali ta? Tudo bem? Então tudo bem, vamos seguir em frente. Bom, esse daqui é uma DUT e isso daqui é o resultado do trabalho do Grupo Dois, talvez a gente gaste um tempinho discutindo isso agora. Então, o Grupo Dois foi o grupo que discutiu medicação oral pra câncer, o trabalho que a gente fez foi primeiro resgatar a legalidade disso, então existe a exclusão do Artigo 10 e a gente precisava avaliar juridicamente se era possível a inclusão da medicação oral pra câncer, a gente passou pro grupo, eu não sei se passamos pro grupo todo o parecer da procuradoria que fala da possibilidade jurídica de inclusão disso, obviamente pode haver questionamento sobre isso, mas a gente tem um parecer que ta bom, né, juridicamente pra apoiar isso, e a gente quer mostrar pra vocês o resultado do grupo. O grupo fez alguns estudos. O primeiro dos estudos era: Priorizar o que foi incorporado pelo CONITEC pra medicação oral pra câncer até hoje. Aí a gente viu que na verdade em relação ao tamanho disso, a quantidade de procedimentos que tinham sido incorporados pelo CONITEC era muito pequena né? Então hoje a gente tem... Vou chutar, umas 60 indicações de medicação pra câncer mais ou menos e aí já tinham um protocolo, já tinham sido efetivamente incorporadas três. Então, a gente ia precisar criar algum outro critério pra isso. Olhamos também o que não foi incorporado e discutimos, ta? Vou chegar aí. Aí a gente resolveu criar algum outro critério pra isso. Qual foi o outro critério? Então vamos começar da origem: Quais são os medicamentos que tem registro na ANVISA pra tratamento de câncer? A gente pegou toda essa lista de medicamento, a partir disso a gente viu quais são as

indicações para esses medicamentos previstas em bula? Porque a gente não pode incorporar nada off label e a gente e a gente sabe que é uma área que usa muito medicamento off label, né? Depois disso, a gente analisou de todas essas indicações prevista em bula, o que tem evidência pra ser incorporado? E a gente chegou numa lista X, que foi a lista que foi apresentada pra vocês na última reunião com duas pendências: Uma que era discutir rim, medicamentos orais para tratamento de tumores renais. E outra, discutir medicamento oral pra tratamento de melanoma. E a segunda pendência eram: O que a gente faria com as decisões contrárias do CONITEC? Então, essas são as duas pendências que a gente levou pra última reunião do grupo técnico. Tinha tudo pra dar errado mas deu tudo certo na reunião, então o que, que a gente discutiu? Tudo aquilo que a gente foi discutir lá na Interfarma que eram problemas, eram situações entrave e que fogem da nossa governabilidade e tudo que ta relacionado à esses dois problemas, vamos falar assim, que a gente identificou. Na verdade, o CONITEC não mandou parecer negativo ainda pros medicamentos que a gente ta discutindo. Houve uma Consulta Pública pra dois ou três, hoje eu não vou lembrar mais, medicamentos onde na Consulta Pública se entendia que aqueles medicamentos praquelas indicações não teriam avaliação positiva, né? Dentro do grupo estavam presentes várias operadoras, inclusive a gente tem que dar o crédito, assim, a gente teve um apoio muito grande das operadoras nesse grupo, pessoas muito boas e que tinham uma análise muito grande que eles tinham feito, o INCA também tava presente, tava presente o Oncoguia, tava presente o Ministério da Justiça. Então, das operadoras tava a Unimed do Brasil, Fenasaúde, Abrange. E aí nesse grupo o que, que a gente viu por unanimidade do grupo? Que essas indicações q eu tinham sido analisadas, existia evidência segundo o grupo, de que eles tinham algumas indicações sim. Então foi analisada indicação por indicação desses medicamentos e o que a gente se comprometeu a fazer foi o seguinte: A gente não vai criar um núcleo paralelo de ATS de incorporação de tecnologia, a gente vai sempre fazer referência ao CONITEC. Nesse caso, a gente vai fazer uma referência de um arrazoado, de um estudo que retro-alimente aquilo que foi para Consulta Pública, ok? Então, alguns desses medicamentos pra algumas indicações foram incorporadas sim. Eu vou passar um por um. Incorporados. Aqui é uma proposta que vai pra Consulta Pública. E aí o que, que a gente faz com rim e melanoma? Por que os medicamentos pra... Eu vou falar do modo geral ta, ninguém se sinta ofendido, enfim. To falando o resumo que foi discutido na reunião. Em um modo geral, os medicamentos para tratamento de rim e melanoma, eles têm um desfecho comprovado, porém o desfecho esperado, ele é aquém do que a nossa sensibilidade acha razoável, por quê? Porque você tem um medicamento muito caro pra um

desfecho que é muito limitado coletivamente. Ninguém tá falando individualmente. Então, pro indivíduo viver mais seis semanas, é um desfecho esperado. Mas pro coletivo pagar 50 mil pra ele viver seis semanas, pode não ser. E aí a gente discutiu o seguinte: A gente não tem parâmetro de desfecho. Temos? Não temos, vamos construir, vai ser o primeiro trabalho do grupo técnico permanente, mas esse desfecho tava muito claro pra gente que ele não era o esperado. Então a gente colocou isso na mesa. E a gente não tem um parâmetro de custo pra incorporação ainda. Temos? Não temos. Então a gente também vai ter, o grupo técnico permanente também vai estudar isso. E aí, a nossa primeira proposta, eu vou falar, eu, Marta, a nossa primeira proposta foi: Não vamos incorporar, porque mesmo sem ter parâmetro pra isso, o desfecho e o custo são incompatíveis com o resto da incorporação que a gente fez. E aí foi consenso no grupo que não incorporaram remédio pior do que incorporar porque o que se tem pra isso hoje é muito menos custo efetivo que é a medicação venosa, que é igual, tem o mesmo desfecho, já é obrigatória e é mais cara. Então, o que você deixaria de incorporar trás como única opção pra todo mundo uma coisa que tem exatamente o mesmo desfecho, que a gente tá dizendo que é um desfecho que coletivamente não é o mais adequado e é mais caro. Então pelo menos o custo efetivo em relação o que se tem é... Era a única certeza que o grupo tinha. Então, a gente decidiu colocar na proposta, mas em respeito à toda a nossa discussão técnica de avaliação de tecnologia, eu falei que topava a proposta do grupo, desde que a gente deixasse claro pra sociedade que aquele desfecho é limitado sim e que aquilo é caro sim, mas que opção obrigatória regulatória que a gente tem hoje é um medicamento que tá automaticamente incorporado e que é tão ruim. Tão ruim, não é ruim, mas que tem o desfecho igual e é mais caro. Então, sobe um pouquinho. A gente combinou que a gente vai deixar isso escrito, tá? E aí pode não ser a melhor redação, mas a idéia é deixar escrito, porque apesar das evidências relacionadas ao desfecho não demonstrarem os resultados esperados e utilizados pelo grupo técnico do Rol, então a gente viu, a gente discutiu, a gente não se omitiu, certo? Como parâmetro de incorporação, os medicamentos orais para rim e melanoma foram incluídos nessa lista por mostrarem ser mais custo efetivos em relação aos medicamentos recobertos para o mesmo fim. A gente também discutiu no grupo que a gente quer nesse grupo técnico permanente, que vai mudar o mundo! Vocês tão vendo, né, que o grupo permanente vai mudar o mundo. Discutir como se dá hoje a indicação pra medicação hospitalar e venosa na Saúde Suplementar. Por quê? Eu também discuti isso lá na Interfarma, quem tava, a gente pode discutir isso, hoje a gente sabe que a regulamentação permite algumas coisas que talvez não sejam tão adequadas. Então, como a Saúde Suplementar obriga que se tenha cobertura

obrigatória pra tudo que for prescrito pelo médico assistente, que tenha registro na ANVISA e no ambiente hospitalar, a gente sabe que existem alguns estudos multicêntricos sendo feitos no Brasil com cobertura obrigatória pela Saúde Suplementar, que também não é bacana. Então, a gente quer no grupo técnico permanente começar a discutir o que, que é mesmo que ta incluído como medicação venosa de uso hospitalar e aí talvez, a gente dê conta dessa discussão aqui também. Eu vou passar medicamento por medicamento, indicação por indicação, mas a Silvana já levantou a mão.

Silvana – Só de conceito... Que na verdade você ta falando de custo minimização. Duas coisas que tem o mesmo defeito não é custo efetividade, ta?

Martha (ANS) – Custo mínimo mais ação meninas, anotem aí. Eu vou ler cada substância, cada localização e cada indicação, ok? _____.

P/29 – É só uma contribuição, não sei se foi avaliado isso, mas quando a gente ta vendo dois medicamentos, um injetado e um oral, a gente não vê só a questão da eficácia no resultado final esperado com relação à doença, mas a gente vê também os efeitos adversos, né, os efeitos locais, então a gente sabe que a quimioterapia endovenosa, ela é bastante desconfortável e causa muitos efeitos adversos. E aí eu não sei se nesse texto, talvez, considerar a questão de efeitos adversos com a medicação oral...

Martha (ANS) – A gente também discutiu isso, não é tão reto e liso assim, a gente deixou de incorporar alguns medicamentos orais, porque o efeito colateral dele era muito pior do que o venoso. Então, assim, eu concordo que tem algumas indicações que mesmo com custo minimização parecidas...

P/29 - _____ Resultado de um efeito _____ negativo...

Martha (ANS) – O efeito colateral é maior, é melhor, né, você tem menos efeito colateral, mas a gente teria que ver medicamento por medicamento. Eu acho que agente pode melhorar aquela frase, a gente pode melhorar essa redação, a gente pode tirar ela daí, botar em outro lugar, ok. Mas o que eu não quero, é que assim, a gente apertou todo mundo aqui pra fazer avaliação de tecnologia, melhor evidência, ah eu falo assim: Mas aí tem o lá né? Não! A gente abriu porque o grupo percebeu que tinha um ativo, que isso era melhor do que se tem hoje, né? Mas...

P/29 – Não, só como contribuição mesmo porque às vezes...

Martha (ANS) – Minha preocupação é o seguinte: Isso não saiu do mesmo trilho, né, tanto que a nossa proposta inicial era não incorporar. Se venoso já ta, já ta por

causa da regra, mas aqui a gente tem um trilho que é a evidência. But, Ok! Grupo técnico serve pra isso, né, pra gente analisar todas as situações, todos os prós e contras e minimizar ali dentro o que é melhor pra todo mundo, inclusive pro paciente. Então, a proposta inclui sim, mas a gente só queria trazer isso pra vocês e trazer pra sociedade como um todo, ta? Então vamos lá: Abiraterona pra próstata, então vai ter a substância, a localização, qual é a indicação, né, e depois qual é a Dutzinha pra cada indicação.

P/29 – Fala muito né? Mas toma pelo menos água, Marta! Volta ali, qual é o desfecho que foi avaliado? Porque seria legal ganho de sobrevida, aquelas...

Martha (ANS) – Então, a gente teria que fazer isso pra cada um. Aí a gente vai se alongar ao extremo, acho que a gente pode até fazer isso durante a Consulta Pública, não na forma da resolução, mas na forma de uma nota, uma metodologia que veio por trás. Além disso, a gente também discutiu um protocolo manual, né, que eu acho que a gente chamou de Orientação pro Paciente, né? Porque ele também tem que saber como que usa, o que, que ele procura na hora que tiver um efeito colateral, aonde que ele recorre, o que, que ele faz com o remedinho que sobrar na casa dele? Então tudo isso, a gente vai ter que trabalhar daqui pra frente, ta? Então vamos: Abiraterona pra próstata metastática resistente à castração e que recebeu quimioterapia prévia, anastrozol pra mama, adjuvante em mulheres na pós, na menopausa e em mulheres com receptor hormonal positivo, pra mama em primeira linha de tratamento após a menopausa com câncer de mama metastático, receptor hormonal positivo. Pra mama em primeira linha de tratamento em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama metastático, receptor hormonal positivo, pra mama metastático e mulheres na pós-menopausa com progressão da doença em uso de tamoxifeno. A gente também fez um trabalho que é, pra cada medicamento os que a indicação dependa de uma análise de um receptor, né, ou de uma análise de DNA, que a gente incluísse então esse exame dentro da tabela, ta? Bicalutamida pra próstata, eu vou andando mais rapidinho porque senão ninguém vai agüentar, bussulfano pra LLC, capacitabina pra colo retal, ciclofosfamida... Ficou uma linha sobrando ali, depois a gente tem que apagar, ciclofosfamida... Pra leucemia, linfoma, mama, micose fungóide, mioma múltiplo, neuroblastoma, ovário, retinoblastoma, Clarambucila pra linfoma que não hodgkin LLC, desatinibe pra LLA, LLC e... Dietiletilbestrol pra mama e pra próstata, Erlotinibe pra pulmão pequeno, não pequeno, as células, Etoposídeo pra leucemia, linfoma Hodgkin, não Hodgkin, mama, pulmão, pequenas células e testículo, Everolimus pra mama, hexemestano pra mama, fludarabina pra Linfoma Não-Hodgkin, em LLC, flutamida pra próstata, gefitinibe pra pulmão não pequenas células, Hidroxiuréia para LMC -

Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica, Imatinibe pra Dermatofibrosarcoma protuberans, Desordens mielodisplásicas/mieloproliferativas, Leucemia Eosinofílica Crônica, LLA, LMC, Mastocitose sistêmica, Tumor estromal gastrointestinal (GIST), Lapatinibe pra mama, letrozol pra mama, megestrol pra endometri e mama, melfalano pra mieloma e ovário, Mercaptopurina pra LLA, LLMA, LLMC , Metotrexato, cabeça e pescoço, linfoma de Hodgkin e não Hodgkin em LLA, mama, sarcoma e tumor trofoblástico, mitotano pra córtex, Nilotinibe pra LMC, Pazopanibe pra rim, Sorafenibe pra hepatocarcinoma, Sunitinibe pra Tumor estromal gastrointestinal (GIST), rim, tamoxifeno pra mama, Tegafur - Uracil pra cólon-reto e estômago, Temozolamida pra sistema nervoso central, Tioguanina para LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda, LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda, LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica, topotecana pra ovário e pulmão, tretinoína pra Leucemia Promielocítica e Vemurafenib pra melanoma. Pra isso cabem aqueles artigos da resolução que eu já falei, então, preferencialmente o genérico é inflacionado, e dentro dessas diretrizes. Pra quem não entende, ficou medicamento de fora e várias indicações de fora, ta?

Thiago (Oncoguia) - Bom dia a todos, Thiago, do Instituto Oncoguia, eu queria e não posso deixar de registrar, Martha, conversava com algumas pessoas antes dessa reunião, esse grupo foi um grupo muito interessante, né, a gente não trouxe um diretor científico, ou oncologista e foi uma satisfação muito grande discutir com técnicos das operadoras e isso chamou muito a atenção. A gente tem até divulgado e talvez essa seja a principal propaganda das operadas. Nós ficamos muito surpresos e felizes com a qualidade técnica desses profissionais, eles foram extremamente sérios, né, íntegros e discutiram baseados em evidências né, muitas vezes a gente na condição de defensores dos consumidores discutem sobre a propriedade dos planos e toda uma discussão ideológica, mas acho isso super importante registrar que acho que todos os grupos de operadoras, Unimed do Brasil, a Fenasaúde, Abrange, unidas destinaram aí técnicos bastante competentes e íntegros pra chegar aí nessa conclusão, que foi um consenso entre os grupos. Então parabéns pra vocês, a gente fica muito satisfeito e contente com o desenvolvimento do setor nesse aspecto técnico.

Martha (ANS) - Vou deixar a Silvana falar, só pra gente pensar assim: Essa é a maior incorporação que talvez a gente já tenha feito no Rol. Eu não sei se vocês tem noção do tamanho disso, mas assim, esquece todas as incorporações que a gente já fez, essa é a maior. Então só pra gente ver o tamanho dessa decisão que a gente tomou e aí não é só por conta do custo, ou da frequência, não é isso. É

porque isso vai gerar uma reorganização necessária dentro da organização mesmo da operadora. Então, é uma incorporação importante só pra gente pensar.

P/30 – Só de novo com referência ao desfecho avaliado, assim, os critérios que foram usados, eu os entendi, eu já estudei muito dessas coisas aí, não todas. E eu acho que um critério deveria ser mínimo, é grande sobrevida. Não é de sobrevida legal, eu não sei se todos dão isso. Que aquele ganho de sobrevida de doença, ganho de... Desfecho de tudo, eu acho que a gente devia ir mais devagarzinho.

Martha (ANS) – Foi um foco que a gente pensou sempre, né, aí assim, o que, que é ganho de sobrevida pra câncer também foi uma outra discussão que a gente fez. Então a gente discutiu muito tempo isso, né, as pessoas que estavam aqui no grupo, foi uma discussão exaustiva em torno disso, principalmente pra cada indicação daquela que tava lá. Então depois a gente pode até revisar, você me manda suas contribuições, ok? Então vamos. Terapia... Nossa, só tem coisa fácil agora, uma atrás da outra. Terapia imunobiológica, porque que saiu artrite reumatóide dali? Eu vou explicar: A demanda que a gente tinha e que veio como priorização, uma vez que foi aprovada no CONITEC, era o subcutâneo. Ta? O subcutâneo foi aprovado pra artrite reumatóide, a gente fez uma outra discussão importante lá dentro da agência, que aí eu vou dizer pra vocês: “Não dei conta e abortei.” Mas essa discussão existiu, que é o seguinte: Quando o CONITEC incorporou o subcutâneo, ele fez uma grande análise sobre as indicações para artrite reumatóide, tanto venosas, quanto subcutâneas e ela incorporou os subcutâneos sim, mas ela desincorporou ou atentou tanto para o subcutâneo as medicações que tinham superioridade me relação às outras. E aí a nossa proposta inicial era entrar nisso a fundo pra essa diretriz ser a diretriz inicial pra discussão que a gente quer fazer pro futuro. Né? A gente não deu conta, morremos na praia. Então assim, a gente incorporou da maneira como a gente achou mais adequada compatibilizando, mas a gente não deu conta de fazer análise de medicamento por medicamento pra separar no venoso e subcutâneo o que tinha cobertura e o que não tinha. Ia ser um enfrentamento importante que eu acho que a gente tem que ver, mas que não foi dessa vez, ta? Se se alguém quiser ajudar, estamos aí. Então, terapia imunobiológica ficou endovenoso pra artrite psoriásica, doença de crohn, espondilite anquilosante, pode passar. E ficou endovenoso ou subcutâneo pra artrite reumatóide. Ok? Então vamos. Não? (Risos.) Teste ergométrico: Cobertura obrigatória nas seguintes situações: Avaliação do comportamento da pressão arterial, indivíduos com histórico familiar de hipertensão, síndrome metabólica ou diabetes, como teste de screening em pacientes assintomáticos quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: Histórico familiar de DAC precoce ou morte

súbita, paciente de alto risco pelo Escore Framingham, pré-operatório de cirurgias não cardíacas, avaliação de mulheres com mais de 50 anos ou homens com mais de 40 anos, avaliação de indivíduos com ocupações especiais responsáveis pela vida de outros, adultos com arritmias ventriculares na investigação da doença coronariana ambulatorial, na investigação de pacientes de baixo risco com suspeita de síndrome coronariana, avaliação de pacientes com doença coronariana comprovada, na avaliação de classe funcional em pacientes selecionados pra transplante, na investigação de arritmias induzidas pelo esforço, na estratificação de risco para morte súbita, no diagnóstico diferencial de pacientes admitidos em unidade de dor torácica, na avaliação do prognóstico em pacientes com doença cardiovascular, na suspeita de angina vasoespástica, na tomada de decisão de lesões intermediárias, na avaliação seriada em pacientes com BOC. Isso daqui a gente meio que combinou lá na reunião que a gente fez lá em São Paulo, que a gente só usaria a própria diretriz da sociedade, foi o que a gente fez, a gente copiou ta? Ok?

P/Claudia- Volta só um pouquinho...

Martha (ANS) - Claudia, só pra gravar, seu nome...

Claudia (Unimed do Brsil)- Por favor, volta um pouquinho na indicação teste ergométrico? Quando ele fala no alto risco do Framingham, por favor. Fala fator de alto risco no critério de Framingham. É, paciente de alto risco pelo Escore de Framingham. Ele só não coloca ali, eu só queria perguntar se tiver alguém do grupo técnico que discutiu isso, ele não diz ali se o critério tem um quadro clínico, se ele tem dor torácica, ou se é só o paciente de alto risco ali pelo Escore de Framingham, porque que o paciente vai pro teste ergométrico, ele já não vai pra um estudo hemodinâmico? Se ele já é de alto risco, o doente já parte de valor de prestígio alto, o teste ergométrico já não leva esse paciente...

Martha (ANS) - Eu vou deixar todo mundo responder, eu só vou falar o seguinte: Essa diretriz toda... Vamos combinar que a gente ta aqui né, pra gente falar de verdade...

P/32 - Isso já vai pra Consulta Pública?

Martha (ANS) - Não, não. Eu acho que assim, essa diretriz toda inteira, ela rolou por causa de um pontinho, que é o teste ergométrico em meninas de 20 anos e em rapazes de 30, não é isso? Então assim, realmente eu copieei a diretriz da sociedade que foi sugerido e não pesquisei nada e não me detive a nenhum ponto, então agente pode discutir, o _____ pode falar as coisas, assim, mas eu acho que no

fundo, no fundo ela foi muito solicitada e a gente se sentiu confortável em colocar por causa do mal uso dela nessa questão, e aí a gente detalha...

P/33 – Só pra responder a pergunta, ali em cima no caso ta escrito como teste de screening em pacientes assintomáticos. Então não é o paciente com dor torácica, não, ele é assintomático e tem alto risco pelo Escore Framingham.

P/34 – Então se ele tem alto risco, o valor preditivo dele positivo, um paciente de alto risco...

Martha (ANS) – Ele é assintomático...

P/34 – O teste ergométrico num valor preditivo positivo vai levar o teste ergométrico pra que valor preditivo, em (...).

P/35 – Heim Cláudia? Ele ta falando de risco, não de probabilidade pré-teste. A prioridade pré-teste pelo Diamond e Forrester ta corretíssima, não tem o porque de fazer teste ergométrico, mas aí como é assintomático é o Framingham que é o colesterol, a glicose, e aí você é risco de eventos entre 10 e 20 por cento nos próximos dez anos.

P/34 – Então esse doente aí é assintomático, ele não tem _____. Ok...

P/35 – Assintomático, isso, aí entraria nesse... né?

P/34 - Respondeu, obrigado.

P/35 – O teste ergométrico, que você falou entre jovens de 20 e 30 anos, mas existem pessoas e até adolescentes com dor torácica com risco de anomalia coronária. Como é que vocês divisarão isso?

Martha (ANS) – Na verdade, ele entra em outro item da diretriz e não somente pra entrar na academia, né? Então assim, ele vai acabar.. Isso, então ele vai se encaixar em outro, né, na verdade essa diretriz não é minha não, essa diretriz é de você, Doutor Zilli

Zilli (AMB) – Eu acho que na realidade, essa diretriz aí não tem nada pra ser discutida no momento, se alguém tiver alguma sugestão pra sociedade, a gente recebe com bastante prazer, porque essa diretriz realmente, ela ta exatamente como a diretriz da sociedade brasileira de cardiologia e ta publicada. Alguém se tiver dúvida, se quiser discutir item por item pode discutir aqui, não tem problema algum, mas as coisas eu ia até fazer a observação que o Cláudio acabou de colocar,

mas tem que diferenciar essa probabilidade pré-teste na situação realmente do risco total, tá bom?

Martha (ANS) – Bom, de anti-teste... Essa foi a última a gente revisar. Risos.) A gente também copiou a última revisão que chegou pra gente, que foi enviada pela AMB, existia uma diretriz que dava muita confusão, tá? Então é uma tentativa de trazer uma redação mais adequada, cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: Sincope recorrente na ausência de doença cardíaca conhecida ou suspeita, para avaliação do componente neurocardiogenico; Sincope recorrente na presença de doença cardíaca, após exclusão de causas cardíacas de sincope, Quando a demonstração da susceptibilidade a sincope neuromediada e o diagnóstico diferencial entre reflexo neurocardiogenico e insuficiência autonômica possam trazer implicações no tratamento, Sincope de origem indeterminada ocorrida em situação de alto risco de trauma físico ou com implicações ocupacionais.

P/36 – Chegou antes de cair o sistema.

Martha (ANS) – Chegou antes. Chegou. TCO, essa diretriz, ela foi adequada pra mesma diretriz que foi aprovada no CONITEC, depois foi discutida com a sociedade. Cobertura obrigatória quando preenchida um dos seguintes critérios: Acompanhamento de pacientes em tratamento ocular quimioterápico. Ela amplia as indicações pra tomografia de coerência óptica, acompanhamento e confirmação diagnóstica das seguintes patologias retinianas: edema macular cistoide, edema macular diabético, buraco macular, membrana neovascular subretiniana, membrana epirretiniana, distrofias retinianas. Ok? Passou. Esse é um outro procedimento que tinha sido solicitado pra inclusão, a gente incluiu como todos os procedimentos com DUT, então consulta com o fisioterapeuta. Cobertura obrigatória de uma consulta de fisioterapia para cada novo CID

apresentado pelo paciente, e conseqüente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico. Ok? Então vamos. A gente tá em qual agora? Nutricionista, então vamos. Eram doze sessões quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: Crianças até dez anos em risco nutricional, jovens era entre 10 e 20, ficou entre 10 e 16 porque depois a gente já tem o critério do NC, segundo o Conselho mandou pra gente, idosos, pacientes com insuficiência renal crônica, e aí vem a sugestão pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso com mais de 16 anos, pacientes ostomizados após cirurgia gastro-intestinal, e aí o resto já tava. 18 sessões por ano pra diabetes e o resto seis, ok? Quer subir? Ham? Não, na verdade como é que tava? Tava, já tinha todo mundo, só que tava com números diferentes e tava percentil. Então antes tava até 20 caindo o percentil, ninguém faz

percentil pra quem tem 20 anos, então a gente botou até 16, pra cima de 16 aí é IMC, ta? E aí a gente ampliou o número e pra obesidade eram seis, a gente ampliou pra 12. É isso. Ok? Fonoaudiologia, a gente acrescentou alguns Cids, transtorno global do desenvolvimento, pode passar. E pacientes portadoras de retardo com transtorno de fala e retardo mental. Ok? Lá atrás, tem que falar alto.

Viviane (CFFa) – Bom dia Marta, sou Viviane do Conselho Federal Fonoaudiologia, não sei se você recebeu um ofício nosso número 262 pra inclusão de 48 sessões pra Fonoaudiologia, isso ta descrito?

Martha (ANS) – A gente recebeu, a gente analisou, a gente achou 48 um pouquinho em excesso pra nossa discussão agora, então a gente incorporou os Cids e a gente precisou refazer com vocês a discussão do número de sessão. Eu encontrei, já não venho lembrando o nome dela. Numa reunião e a gente...

Viviane (CFFa)– Andréia.

Martha (ANS) – Isso, e a gente combinou de marcar durante a Consulta Pública uma reunião pra discussão com vocês. Não só de como a gente calcula, como é que a gente vê essas coisas das sessões, né, porque se 48 sessões...

Viviane (CFFa) – Não, uma sessão por ano. Uma sessão por semana durante um ano.

Martha (ANS) – Isso, isso. Então assim, pra ver pra qual side isso realmente é necessário, o que, que a gente precisa ter de compra... Enfim, a gente vai fazer essa discussão e a gente também se comprometeu a fazer a compatibilização da lista de procedimentos que vocês pediram com o que retém no Rol, porque a gente fez um levantamento e quase tudo que vocês pediram ta no Rol só que com outro nome, né? Então como é que a gente faz esse batimento? A gente vai sentar durante a Consulta Pública e vai conversar ta?

Viviane – Você vai marcar isso com a gente?

Martha (ANS) – Vamos, ta?

Viviane - Ta. Ta ótimo.

Martha (ANS) – Consulta com o psicólogo, a psicologia eu não sei se ta ai também, ela solicitou o aumento de alguns sides pro que já era 40 sessões e passar os 12 pra 48 né? A gente fez uma discussão, depois a gente pode sentar com vocês também, a gente fez uma discussão extensa lá dentro sobre isso, e aí na verdade assim, o que a gente discutiu foi o seguinte: A gente precisa atrelar a consulta, a

51

sessão, o que quer que seja ao tratamento de uma patologia. A gente não tem a expectativa de ver a Saúde Suplementar fazendo análise, por exemplo, não estaria no escopo do tratamento de uma doença. Então, quando a gente vê 48 sessões sem ligar algumas diretrizes, a gente fica um pouco preocupado com isso. Então, a gente fez algumas propostas aqui, a gente levou alguns sides pra dentro do 40, que aí a gente aumenta alguns números de sessões dos sides e trouxe alguns sides que estavam faltando pra dentro do 12. E aí a gente senta e continua rediscutindo isso só pra não deixar alguma coisa solta que pareça que você vai tá fazendo análise pra uma coisa que na verdade é um tratamento de uma patologia. E a gente criou um outro item pra vocês que vocês não pediram mas a gente achou importante porque várias diretrizes da gente se remetem à psicologia ou à fisioterapia. Como a fisioterapia as sessões já são ilimitadas, não tem problema, o uso que vai fazer das sessões é o uso que tá lá nas outras diretrizes, né? Tinha uma diretriz eu acho que da neuro, que fazia referência a um laudo, igual a um lado médico, um laudo de fisioterapia com a consulta isso tá contemplado, e a gente viu que tinham várias diretrizes do Rol que fazem, falam de consulta de psicólogo, não a psicoterapia pra aquela DUT. E aí a gente criou um item, vou mostrar ali, com esses sides pra consulta de psicólogo, tá? Então a gente deu uma arrumada desse jeito mas a gente pode conversar. Então vamos: 12 sessões, aí aqui a gente colocou... Pode chegar pra baixo, eu não vou ler absolutamente tudo mas a gente foi colocando alguns sides que a gente achava importante que tinham sido deixados de lado, tá? Essa já é a primeira que eu falei? É, os sides. Ah, então deixa eu ler que essa é toda nova, é isso? Então vai, sobe que eu vou ler, que essa é toda nova. Essa é a que eu te falei, que fala com as DUTs, tá? Então cobertura obrigatória de mínimo 12, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: Cirurgia de esterilização feminina, masculina, bariátrica, implante coclear, pode subir. E estomizados. Todas essas diretrizes falavam pra fazer uma consulta, mas não tinha no side de consulta. Então a gente criou isso, ok? A gente inclusive recebeu contribuição de pessoas que da Unimed, falavam que não tava confuso, mas não estavam fechando com a outra.

Alexandre – Volta. Aqui. Alexandre do Conselho Federal de Psicologia, né? Primeiro parabenizar pelo trabalho que outros colegas fizeram, mas você trás a questão de pensar em duas sucessões num aspecto de tratamento. E daí eu entendo também que esquece o diagnóstico pra se pensar em tratamento. Mas eu queria trazer também, eu acho que isso vai ficar ao longo da Consulta Pública, a idéia de prevenção, né? Porque boa parte do material que a gente trouxe do CFP apontando estudos que apontam que o atendimento continuado, não talvez em 48 sessões, mas em um número maior que 12, ele pode ser preventivo na saúde. Aí você

minimizando tanto o tratamento medicamentoso, quanto o médico que aí eles podem ser entendidos em alguns aspectos até mais caros do que o da psicoterapia.

Martha (ANS) – A gente tentou contemplar esses sides, a gente deu uma olhada nisso, a maior parte a gente contemplou. Tem que dar uma olhada depois pra vocês como é que ficou essa organização, ta? Então vamos lá: Psicoterapia... Pode abaixar. Pode abaixar. Paciente com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade, pode ir. Hospital dia ficou igual. Acabou? Então, gente, nós temos agora, não sei que horas são, são quinze pra meio-dia. Agora que vai começar a brincadeira, não é isso? A gente vai começar a passar todas as planilhas. Então, que, que é isso? A gente até agora falou de resolução, de diretriz, né, e agora a gente vai começar a falar de todos os procedimentos que foram solicitados, que esse foi o meu grande trabalho, nada disso que eu falei até agora deu trabalho. A gente separou o que era elegível, o que não era a gente já colocou não e porque. Então a gente vai analisar cada justificativa do não e depois a gente vai ver cada procedimento que foi incluído ou não foi no Rol. Então esse é o nosso trabalho na parte da tarde. Então eu acho melhor a gente não começar, né, porque nós estamos ainda todos amigos. Ah, então ta, a gente pode fazer PAC agora e aí a gente vai pra tabela depois? Só pra gente separar uma coisa da outra? E é isso que eu queria falar também, enquanto a gente é todo mundo amigo, né? No final da reunião talvez não sejamos mais tão amigos assim, com tanta... Então eu queria agradecer a participação de todo mundo efetivamente, foi de verdade um grupo diferente, um grupo que a gente conseguiu evoluir muito, que a gente teve muito dialogo. Então mesmo que no final da reunião a gente não seja mais tão amigo assim, eu queria dizer que a gente é amigo ta, que a gente gostou muito de fazer esse grupo que foi muito bacana e que a gente aprendeu muito com ele. Vamos passar só o PAC e aí a gente deixa só a tabela pra de tarde, ta? Então vamos lá. Pode passar. O que, que é o PAC? Vou resgatar rapidinho pra quem não participou da discussão. Quando a gente publica o Rol, a gente publica uma tabela que tem várias colunas. Uma coluna é o procedimento, aí a outra coluna é em que segmentação ele é feito? E aí ele vai ganhar um "xizinho", se é feito naquela segmentação. Então pode ser ambulatorial, odontológico, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e tem uma outra coluninha que se chama PAC. Que, que é isso? São procedimentos de alta complexidade que nada tem a ver com procedimento alta complexidade do SUS. É uma coincidência de nome infeliz ta? Então o que, que é o PAC da Saúde Suplementar? O PAC da Saúde Suplementar, ele ta estabelecido por lei, então isso tem na Lei 9656 e ele serve pra dizer quais procedimentos podem ter cobertura parcial temporária. Que, que é isso? Quando eu compro um plano de saúde, se eu já tenho uma patologia, praquela patologia, alguns exames podem ter

a sua execução adiada por até dois anos pra sua execução. Então, por exemplo: Hoje a ressonância magnética é um PAC, então se eu na hora que comprei um plano de saúde, eu falei: "Eu tenho aneurisma.". Então pra aquele aneurisma, não é pra qualquer coisa que eu tenha na cabeça, tem que ter nexos causal, pra aquele aneurisma eu não vou poder fazer a ressonância por até dois anos. Porque que isso foi criado na Saúde Suplementar? Pra se diminuir uma coisa que se chama risco moral, que é eu comprar o plano pra usar um procedimento ao qual eu já sei que o meu risco é certo. Então foi pra isso que a lei criou o PAC e que a lei criou a Cobertura Parcial Temporária. Ta? A gente precisava rever essa lista de procedimento de alta complexidade, por quê? Porque que a lista é a mesma desde 98. Então, a gente precisa ver se o que tá lá é realmente PAC ou não é. Só que a gente começou a discutir primeiro: O que, que é PAC? Então a gente viu que na lista tinham de tudo, desde que coisas que você olha e fala: "Eu acho que isso é alta complexidade." Até coisas que não tem nem cheiro de alta complexidade. Então a gente precisava criar critérios pra tornar palpável esses procedimentos que são considerados alta complexidade. Não foi fácil. Talvez tenha sido o grupo que a gente ainda não fechou, né, mas a gente tem uma proposta que foi a proposta que foi consensuada no grupo e a forma como isso vai pra Consulta Pública, eu também vou mostrar pra vocês. Ta? Então o que, que é PAC no SUS? É um conjunto de procedimentos que no contexto do SUS envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar a população acesso à serviços qualificados, integrando às demais níveis de atenção. Então no SUS tem a conotação de hierarquização. Então no SUS não é um procedimento que é PAC, é toda uma estrutura que as vezes envolve uma especialidade inteira que vira PAC. Na Saúde Suplementar, a gente criou uma definição nesse grupo que a partir de agora deve constar Resolução Normativa que é essa aí. Então, pra gente são procedimentos que possuem especificidades quanto ao acesso e a necessidade de especialização pra realização que se refletem em um custo diferenciado e que tem por usos a aplicação de Cobertura Parcial Temporária e os tempos de atendimento da B 59. Por quê? Então é PAC, a lista, a definição, tudo foi criado em 98. 2010 saiu a Resolução 259 que fala o seguinte, sabe aquela listinha de PAC que já existe? Pra quem tá marcado como PAC, o tempo de atendimento, o tempo pra realização do procedimento pode se dar em até 21 dias, então estende o tempo de realização pra o que é PAC. Isso causou uma confusão... É, quem regula o tempo de atendimento é essa B 59, ta? E aí cria uma confusão, porque o que era pensado pra ter uma carência, que tá errado falar carência, mas vamos falar assim pra facilitar, uma carência maior, ele acabou sendo usado por um tempo de liberação um pouquinho maior. Então, a gente obviamente não pode se basear só nisso, mas na hora que o grupo discutiu,

ele tinha que levar em consideração que agora existe um outro critério que é esse também. Ta? Só pra gente pensar onde é que a gente tava e o que a gente tava fazendo. Pode passar. E aí, o que, que a gente viu? Daquela definição inteira a gente não tem nada na mão. Eu tenho o que, que tem facilidade de acesso ou dificuldade de acesso? Não. Em cada município, em cada bairro eu vou ter uma dificuldade de acesso diferente. Eu tenho o que, que precisa de especialização? Claro que não. De novo, claro que tem uns que a gente sabe, mas tem outros que vão ter uma dificuldade de especialização por não ter profissional naquela área. Enfim, nada disso é palpável, nada disso é objetivo. E aí a gente viu que a única coisa que a gente tem de objetivo que pode refletir isso tudo que a gente ta falando é o custo. Nè? A gente discutiu muito no grupo, a gente recebeu contribuição do PROCON, do Ministério da Ação e Justiça contrário a isso, a gente não tem outra saída, assim, até que a gente receba uma outra contribuição dizendo isso é não é bom, mas isso é, a gente já gastou todos os nossos neurônios pensando numa outra possibilidade e a gente não conseguiu. Então, o que, que a gente fez? Ele sendo um custo improxy dessa alta complexidade, qual é o custo (Aí eu vou falar.) o preço que demarca essa linha? Então essa era a primeira dificuldade do grupo, achar o preço que passa a régua que estabelece pra cima é, pra baixo não é. A segunda dificuldade do grupo era: Que tabela? Porque eu vou ter que passar a régua numa tabela. Que tabela? Então foi isso que a gente discutiu exaustivamente no grupo, ta? Então a gente tinha um problema, os procedimentos classificados no Rol são considerados no contexto da Saúde Suplementar pro estabelecimento de CPT declaradas na ocasião do plano de saúde, além disso tem a 259, a lista não tem uma definição clara e aí a gente deu alguns exemplo. Então nessa lista de hoje a gente tem desde procedimentos que custa 51 reais, até um procedimento de 1700 que não ta na lista. Então hoje a gente convive com o erro tanto do que ta, quanto do que não ta. Então a gente precisava rever isso, ta? Então a nossa proposta é criar, associar o custo dos PACs com a expectativa de desembolso por parte do conjunto de beneficiários que estejam sujeitos às condições de CPT. Nesse sentido, o valor atribuído ao PAC deve estar associado à soma dos desembolsos necessários, pra que esse conjunto de beneficiários seja apto à realização desse procedimento. O que, que é isso tudo? A gente precisava de um número que primeiro fosse público, segundo, que todo mundo tivesse como replicar a metodologia, terceiro, que fizesse algum sentido o que, que a gente ta falando e qual é esse número? Obviamente é o quanto eu pago e por quanto tempo eu pago pra que caso eu pudesse, eu usasse esse procedimento. E qual é o tempo que eu tenho que ultrapassa pra que aquilo no cálculo atuarial daquele produto, como é que isso foi levado em consideração, né, pra eu chegar nesses dois anos? É fácil?

Não, é super difícil, mas... Pode passar. Voltamos um pouquinho. Então hoje a gente tem um procedimento que pode ser de alta complexidade e um procedimento que se ele for cirúrgico ou de leito de alta complexidade, que, que é isso? UTI, ele já é PAC. Tá errado falar PAC, mas ele já é sujeito à Cobertura Parcial Temporária, então eu não preciso pra nenhum procedimento cirúrgico ou de leito de alta complexidade marcar ele como PAC, ele já é. E na nossa lista tá cheio, aí eu vou mostrar o quanto, de erro nesse sentido. Então isso é uma coisa que também a gente vai ter que limpar tá? Pode passar. Então a gente chegou aqui nesses valores, João, quer falar um pouquinho do valor? Até a Rochele falou hoje.

João (ANS) – O valor que a gente chegou, na realidade ele tá associado então ao tempo necessário pra que um determinado beneficiário possa estar apto a fazer utilização daquele procedimento. Então esse tempo tá associado logicamente à carência, ao tempo de carência. Então a gente multiplicar esse período de carência, né, pelo valor da conta prestação, então a gente teria esse limite né, que a partir do qual seria considerado como PAC. A questão é: Qual é a contra-prestação que a gente vai usar? Novamente pra atender aquela premissa que foi colocada de nós utilizarmos um número, um valor que seja de acesso da sociedade, nós pegamos então o valor das notas técnicas de registro e produto, né? Então uma operadora, ela pra registrar um determinado plano, ela tem que se submeter à INS uma nota técnica de registro de produto. O que, que é isso? Né? É uma nota na qual ela declara ali qual vai ser o valor que vai ser cobrado pela venda daquele plano, né, cada plano que é registrado tem essa nota técnica. O que nós fizemos foi um levantamento de todas essas notas técnicas associadas aos planos individuais que são por tanto planos sujeitos ao cumprimento de carência, e aí multiplicamos o valor desse período né, de seis ou três meses aí, fizemos algumas simulações e chegamos então ao valor de corte, não é Martha? Pode passar aí. E ali tão as diversas simulações que a gente fez, né, e com os resultados apurados. Quer dizer, então se nós aplicarmos só pra efeito de exercício, né, o valor zero, todos os procedimentos que nós temos na lista e que lista é essa, né? A lista da CBHPM. Né, a lista dos procedimentos que constam na tabela da CBHPM. Então se nós considerássemos por hipótese o limite zero, obviamente todos os 421 procedimentos virariam PAC, né, e aí a medida que a gente vai mudando esse limite, obviamente, o número de PACs vai diminuindo. Aquele azul ali representa o que é atual, quer dizer, atualmente nessa lista nós temos 415 PACs e não tá associado à nenhum limite econômico, né, aquela lista que tem lá desde 1998 por ocasião da publicação da Lei 9656. Se nós colecionarmos então aqueles 415 procedimentos, fizemos um cálculo da média de quanto valem aqueles procedimentos, essa média vai dar ali aquele valor 900 e tal, tá? E aí nós vamos

fazendo a simulação pra cada limite. Então, por exemplo, esse limite de 765 o que, que é isso, tá? Isso aí é a contra-prestação média dos planos individuais, esse valor, a média da 255 reais, tá? Dá 255 reais que é o valor médio ponderado também por faixa etária, né? 255 é a média então de todos os planos, notas técnicas de registro de produtos de todos os planos individuais, ponderado pela faixa etária, né, dos planos individuais deu um valor de 255 reais e aí nós fizemos algumas simulações em cima desse valor. Aquele 765, por exemplo, é o que? É a carência, uma carência de três meses que seria a carência intermediária entre nenhuma carência e a carência máxima de seis meses que daria então 765. E aí tão as simulações que nós fizemos e apresentamos ao público.

Martha (ANS) – Em cima disso aqui que o João falou, eu queria colocar quatro coisas que é o que a gente tá discutindo lá. Primeiro assim, os 271 não são os mesmos que os 415, então os 271, os 212, os 150, eles não estão contidos dentro do 415. Por quê? Porque tem procedimentos aqui que não estavam e viram, e tem procedimentos dos 415 que saem. Então, dali pra frente não é derivado da lista de 415, é derivado da lista do 1421 que são em teoria, eletivos que a gente também vai ter que limpar, tá? Outra coisa: Os 415 na verdade a gente fez a última conta lá, 88 são procedimentos cirúrgicos. Então na verdade, os 415 não são 415, são 200 e muitos né, então isso não é comparável, tá? Segundo, qual é o trabalho que a gente tá fazendo agora e que o grupo vai fazer durante a Consulta Pública? A gente pegou todos os procedimentos que eram os 415 e depois que caiu em cada grupo desse, tá analisando pra ver se o procedimento que tá lá, ele é claramente uma alta complexidade, se a gente conhece a metodologia, tá conseguindo ser sensível pra botar pra dentro o que é alta complexidade e tá sendo sensível pra excluir o que não é alta complexidade. A gente já escolheu o número? Não. O que, que vai pra consulta pública? Vai a metodologia. Então o que vocês tão vendo aqui é o que vai pra consulta pública. Por quê? Depois que o grupo fechar qual é o número e que a gente receber as contribuições da Consulta Pública é mole, é só passar a régua. Ai vem aonde é que a gente vai passar a régua. A gente perdeu muito, muito, muito tempo no grupo discutindo isso. A gente decidiu que vai ser na CBHPM a última edição valor cheio. Por quê? Primeiro não tem nenhuma outra lista pública que se refira à qualquer tipo de custo. A CBHPM pra isso tem duas limitações importantes. Uma que ela não leva em consideração insumo, ela é uma lista de honorário, a gente sabe disso. Por outro lado a gente fez alguma comparação com outras listas, se ela deixa de fora insumo, por outro lado ela é uma lista que ela, do valor cheio não é praticada. Então se a gente tá perdendo por um lado, a gente tá ganhando por outro, certo? E a gente não recebeu nenhuma outra lista, e eu acho que a gente não vai receber. Então, o grupo se dispôs a

57

receber qualquer lista praticada, a gente viu, fez um monitoramento, hoje existem 910 listas praticadas. Qualquer uma que a gente escolha ta errada, não é isso? Se a gente tem 910, qualquer uma que eu escolher... Tabelas. Qualquer uma que eu escolher ta errada. Até a média ta errada, a mediana ta errada, ta tudo errado. Então a gente optou por escolher a tabela publicada que existe sabendo das duas limitações. Essa metodologia tem mais duas limitações importantes, que a gente escreveu na nota e que vai entrar pra Consulta Pública. Uma é a frequência individual de repetição do procedimento, por quê? Porque PAC não é um risco coletivo, PAC é um risco individual. Então não importa se o procedimento é de alta ou baixa frequência, o que importa é quantas vezes aquele procedimento, aquele individuo faria esse procedimento. Vou dar um exemplo: Análise molecular de DNA. É um procedimento que se repete várias vezes na hora que eu to fazendo. Se eu pegar talvez o valor de um não seja PAC, mas se eu pegar a média de repetições daquele procedimento, talvez ele vire. Isso é uma limitação. Isso aqui não ta levando em consideração a frequência de repetição do procedimento. Ta levando em consideração não é o custo, é o preço unitário daquele procedimento, ok? A segunda limitação que ele tem, é que ele não leva em consideração o que a gente chamou de custerização, o que é isso? Quando eu faço um procedimento, as vezes eu não faço um, eu faço quatro procedimentos da tabela que no total me dão um resultado, não é isso? Então às vezes pra fazer um único procedimento eu boto lá quatro códigos. Também não está levando em consideração isso porque a tabela, ela não é agrupada, a tabela é procedimento por procedimento. O que a gente falou que dá pra fazer é o seguinte: A CBHPM, ela às vezes é por membro, é por unidade de pagamento. O Rol não é. Quando o Rol é agrupado, ok, a gente consegue agrupar. Então cada olho, cada membro, aí é mole. Mas quando não é assim não tem como agrupar. Então a gente tem quatro limitações, ok? Passa pra ver se tem mais alguma coisa. E aí... Pode voltar. A gente do grupo tem várias tarefas. Uma, descobrir qual é o valor mais sensível pra destrinchar o que é alta complexidade do que não é através das simulações que a gente fez com os procedimentos. E depois minimizar, não vamos resolver, minimizar essas quatro limitações que a metodologia tem. Ok? Silêncio mortal assim, ou ta muito ruim ou ta muito ruim. Ou ninguém entendeu nada, né, o que é pior ainda.

Alexandre – Alexandre Corovelo, da Radiologia Intervencionista /Colégio Brasileiro de Radiologia - Se você ta falando que vai levar em conta a última CBHPM e a maioria operadoras de saúde operam ela com redutor, você não vai ta jogando mais procedimentos do que você deveria no processo de exclusão? Esse não é um critério errado e irreal, uma vez que não é isso que acontece na prática? E a segunda coisa, seria: Nos procedimentos que utilizam mais do que um código como

é que isso vai ser feito individualmente para cada código, no conjunto de cada código, e terceiro: O seu exemplo da aneurisma. Como você vai qualificar se esse aneurisma aparece à um ano, à três meses, ou à dez anos?

Martha (ANS) – Então vamos lá que são três perguntas bem diferentes. Então assim, Sim, é uma limitação, falei. O uso da CBHPM valor cheio não é praticado mas é o que a gente tem publicado. Então é uma limitação importante. Eu falei. É uma das quatro. Por outro lado, a CBHPM não leva em consideração insumo, então ela também poderia ser um pouquinho maior se você colocasse ali dentro o insumo. É só no horário médico. Então, não equilibra, a gente já viu que não equilibra ta? Fica maior mesmo, mas é a única que a gente tem publicada. A sua segunda pergunta...? (Risos.) A sua pergunta é se é por procedimento. É por procedimento, é isso que eu falei, a gente não consegue crusterizar, ela é procedimento por procedi... Código por código, ta? E a outra é o seguinte, como é que eu imputo CPT – Cobertura Parcial Temporária na pessoa? É o seguinte, quando eu vou comprar o plano de saúde, se ele for individual ou coletivo pra _____ um papelzinho, né, que se chama Declaração de Saúde. Aí eu vou e eu declaro a patologia que eu tenho e depois eu sou “cepetado” que é uma palavra que a gente inventou, que não existe. Que, que é isso? Eu vou ganhar Cobertura Parcial Temporária, uma listinha praquilo que eu declarei, que eu era portador e eu sei que aquilo ali eu vou levar dois anos pra usar. Eu vou levar dois anos pra usar ressonância? Não, eu vou levar dois anos pra levar ressonância praquela indicação. Entendeu?

Alexandre – Mais uma vez no caso da _____. Ninguém sabia que tinha um aneurisma cerebral até ter os sintomas. Ai não conhecida. Ta ok.

Martha (ANS) – Toma aqui, vê se chega aí.

P/37 – Quer sentar aqui?

Martha (ANS) – Foi?

P/38 – Em relação à _____ né? Em relação à CBHPM, quanto às limitações, nós ainda não fizemos esse cálculo, né, que foi colocado aqui em relação ao que compensa o que? A gente não tem essa avaliação ainda, a gente precisa ter essa avaliação, ta começando a fazer essa avaliação agora na AMB. Agora, quanto ao problema da limitação, primeiro lugar ela não é realmente uma tabela de honorários, ela é uma tabela de referência, né, e não é honorário infelizmente, né? E em segundo lugar, que o problema do limitador, da banda, ele não pode ser encarado como um problema geral, porque na realidade é a banda que é mal interpretada, a banda é geográfica, ela foi inicialmente criada com critério

geográfico, só que isso não é respeitado, isso é nacionalizado, né? E às vezes nem nacionalizado é, que a gente admite isso. Então eu acho que essas duas limitações que ela tem, realmente ela tem até outras e nós identificamos além dessas, mas por um problema específico, também nessas duas que a gente aceita em parte ela pode ser discutida. Mas indubitavelmente dentro de tudo que se tem, ela é uma lista referencial e ela tem que ser entendida como tal. A partir do momento que ela começa a ser entendida dessa forma ela pode até corrigir algumas coisas que tem lá dentro, mas eu acho que ela tem ____ _____. Se vai aumentar ou vai diminuir o ingresso em PAC, por exemplo, nessa lista é uma coisa que a gente também ainda tem dúvida, um critério que a gente vai ter que fazer e vai ter que fazer junto com os economistas. Aliás, você deveria ter me falado, deveria ter trazido a secretária pra cá hoje, ela precisava ter vindo. Ela ia entender tudo que vocês falaram aqui.

Martha (ANS) – A gente tá falando aqui de uma parte dos procedimentos Rol, mas não de todos, né, porque nem todo Rol tá na CBHPM, tem coisa no Rol que tá além da CBHPM, não é isso? Então pra esses todos procedimentos a gente vai ter que ver o preço de cada um deles pra poder classificar, tá?

P/39 – Viu, Marta? Na CBHPM os procedimentos laboratoriais, hemoterapia e genética tá incluindo os estudos e reagentes. Então ____ laboratorial, hemoterapia e genética tão inclusos.

P/40 – Não é só pra esclarecer. Quando a gente faz esse número aí que seriam basicamente aqueles procedimentos que estarão nos próximos contratos como exclusão de cobertura por um prazo de carência, ou para esse temporário, mas não na questão da urgência, ou é previamente sabido?

Martha (ANS) – Não...

P/40 – Na urgência então, porque como eu vi anteriormente se considerar cirurgias, a maioria das cirurgias como PAQ, então essa é só uma questão pra esclarecer, só pra...

Martha (ANS) – Tá, é um pouquinho anterior. Então assim, como é que é a regra de urgência e emergência...? Eu só vou contar pra ela mas a gente não vai discutir não, tá gente? Discutir com os três aqui eu não dou conta, mas a regra é o seguinte: Se eu entro numa emergência e eu estou em carência, seja porque eu não fiz os 180 dias ou porque eu tenho CPT, ou porque meu plano é só ambulatorial, eu não tenho plano hospitalar, a cobertura cessa ao se perceber que você tinha que fazer aquele procedimento que tá coberto, à exceção disso é o acidente pessoal. Então isso tá escrito numa Resolução que se chama Cònsul 13.

Depois a gente conversa isso com você, porque senão daqui a pouco morreu o GT do Hall e a gente tá aqui discutindo essa emergência.

Marlene (Cofitto) – Marta, só pra colaborar com o que você disse agora a pouco, na verdade o Hall não tem só procedimentos médicos, né? Não é só CBHPM. Então eu tô aqui fazendo um pedido, solicitando que vocês passem a considerar também as tabelas, os referências das demais profissões que constam no Hall...

Martha (ANS) – É, é isso que a gente vai fazer também pra...

PMarlene – Então fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, nutrição porque a gente também tem os nossos diferenciais...

Martha (ANS) – E aí assim, eu também conversei isso com a Fono assim, é importante a gente fazer o batimento da tabela de vocês com o Hall. Então é um trabalho que a gente precisa saber pra gente fazer qual é o procedimento que tá lá que corresponde com o que é do Hall. A gente precisa fazer isso também.

P/Marlene – Perfeito.

P/41 – Se eu entendi, como é que fica? O honorário do tratamento é...

Martha (ANS) – Então, é o que eu disse, pra alguns procedimentos, na verdade, quando é só medicamento não tem na CBHPM. Qual é a tabela de referência pra isso? É o renome. Então assim, a gente vai ter que trabalhar com as tabelas publicadas, vai ter sessão, não tem jeito, mas pro medicamento por exemplo, é renome. Então como é que a gente vai lidar com isso?

Vania – Oi Marta, tá ouvindo? Meu nome é Vania Coutinho, eu sou enfermeira estomoterapeuta. Desculpa, eu não vou falar do PAQ, mas eu vou voltar um pouquinho à DUT anterior. Você não contempla consulta de enfermagem? O que entrei em conflito é com o Anexo Quatro, porque o Anexo Quatro fala da consulta do enfermeiro no atendimento ao paciente no pré-operatório, que vai ser submetido à uma estomia, seja urinária, seja intestinal, enfim. E lá fala sobre essa necessidade desse atendimento no pré e no pós operatório até pra avaliar complicações, indicados positivos, já que é uma lei federal que já tá atuando daqui à sessenta dias. Mas no DUT não contempla a consulta do enfermeiro, muito menos a enfermagem estomoterapeuta. E como é que a gente pode fazer pra tá aplicando essa consulta nesse DUT anterior que você acabou de colocar?

Martha (ANS) – Eu acho que a primeira vez que você vem não é?

Vania – Não, é a terceira.

Martha (ANS) – Não? É? Então, a gente discutiu isso um pouco em todos os outros GTs e a gente discutiu também na hora que a gente discutiu estomia, né, a regulamentação da lei. Primeiro assim, a gente precisa receber a sua solicitação de inclusão do procedimento...

Vania – É, isso eu já mandei pro Conselho Federal de Enfermagem, hoje eu vou ter uma reunião com o Presidente do Conselho Regional e vou ta mais uma vez focalizando essa situação que já, eu discuto isso desde a primeira reunião do Hall que eu tive em 2000 na ANS, ____...

Martha (ANS) – Qual é o problema que a gente viu hoje? Então assim, recebendo a demanda, a gente faz três análises, né? Uma é de efetividade, não precisa fazer, a outra é de custo, obviamente a gente vai ter que fazer mas não é um atendimento e a terceira que é aonde a gente se pega com vocês, que é de rede. Então pra incluir um procedimento no Hall, eu preciso ter comprovação de que existe o método, o procedimento, ou o profissional disponível pro credenciamento na hora da inclusão. Todas as vezes que a gente já conversou com o COFEN, que a gente tem sentado pra discutir isso, a gente não consegue monitorar e comprovar rede de profissional de enfermagem. Claro que o profissional existe. Esse profissional geralmente ta dentro de uma ____ de saúde pública, ou dentro de uma clínica, ou dentro de um hospital. O que, que a gente precisa? Esse profissional disponível pra ser credenciado. Então preciso que ele tenha o consultório dele. Não tem. Então a gente sempre se agarrou nisso, e se você ver, a enfermagem é o único dos profissionais da área da saúde que não tem consulta.

Vania – Marta, são... Muitos profissionais autônomos tem. ____ _____. Eu mesmo tive seis anos consultório na área de estomoterapia, três anos em Teresópolis, três anos no Rio, foi na época que eu entrei da _____ e que eu não consegui entrar no Rol de procedimento. Desde 2000. E tem vários, então o que, que a gente faz hoje pra "fugir" entre aspas dessa autonomia não reconhecida? É ser pessoa jurídica. Então, hoje os profissionais de enfermagem, eles passam a ser pessoas jurídicas pra ter o procedimento respaldável.

Martha (ANS) – Mas pra mim não importa ser pessoa física ou pessoa jurídica, que, que eu preciso? E a gente fez isso com o a TO. A TO a gente também tinha duvida da rede, ainda tem, ta? É uma rede que é super espremida pra demanda, então a gente sabe hoje que se tiver uma rede maior de a TO estoura a frequência de uso de TO, não é tão maior porque não tem rede. Mesmo assim, a rede já era na época que a gente monitorou muito maior do que a rede de enfermagem. Então o que a gente sempre conversou com vocês, é assim: Trás a demanda do

procedimento e trás a lista visual, e aí várias pessoas já fizeram isso na hora de pedir procedimento, foi um entrave que a gente teve com PET Scan, enfim.

Vania – Mas eu não to nem falando de outros procedimentos, eu to falando um que foi definido pela própria ANS...

Martha (ANS) – Eu também, eu também. Por isso que assim, ali a gente falou assim: “Vai ter que se dar um jeito, vai ter uma enfermeira estomoterapeuta que vai ser credenciada pela operadora e que ela vai servir para vários médicos.” Por quê? To falando a verdade. A gente não consegue ter definição dessa rede que dê segurança para incluir esse profissional, né, esse ato.

Vania – Ta, a minha pergunta é pra finalizar: Teria como... Isso eu vou ter que correr atrás o mais urgente possível. Até como enfermeira estomoterapeuta e tendo empresa na área nesse segmento, me interessa e muito que o enfermeiro seja incluído nessa situação, até porque ele faz esse trabalho à muitos anos, ele só não é reconhecido, ta? Enfim, como é que a gente pode proceder se ainda dá tempo da gente incluir nesse último DUT...

Martha (ANS) – Claro, claro. Claro, a Consulta Pública ta aí pra isso, então assim: Que, que eu preciso receber seu? Primeiro a demanda, né? O nome do procedimento e a justificativa. E segundo, essa comprovação da existência da rede, aí a gente trás pra esse grupo discutir, nenhum problema. Assim, a Consulta Pública serve exatamente pra isso, pra gente continuar recebendo as demandas, ta?

Vania – Obrigada.

Emerson – Por favor, meu nome é Emerson Garcia, eu sou, estou aqui representando o Conselho Federal de Educação Física. A consulta do nosso colega lá parece que respondeu a minha duvida também. Porque não tava claro isso, parece que nem pro Conselho e nem pro professor Pedro que tava dando assessoria pro Conselho, a necessidade de _____, o que, que é que comprova a existência da rede? Essa é a primeira pergunta né, como é que pode comprovar isso? Qual seria o documento hábil para essa comprovação? E o segundo é o seguinte: A educação física, ela já está no(...), já está no SUS, já está espalhada em hospitais, no ENCOR já existe á 30 anos, a mais de 30 anos. É um exemplo né, mas em vários hospitais no país e todo mundo reconhece a importância e tudo, mas a dificuldade geralmente dos profissionais de educação física que trabalham na área de saúde é exatamente essa, porque eles ficam, como você disse, a enfermagem é mais integrada, né, mas a educação física fica como periférico, entra dentro do hospital, atua e como na periferia, não há como receber. Alguns hospitais

usam de artifícios, né, pra isso. Então eu queria que você respondesse essa pergunta e se é possível _____ um documento claro pra saber o que, que CONFEF tem que... Porque é agora, né, tem que ser agora. Né, nós já temos Rol, nós já temos tudo, mas o que mais que precisa, se você poderia mandar pra gente isso por escrito, eu pegaria seu email, cobraria né?

Martha (ANS) – Nenhum problema assim, o que, que a gente precisa? Quando é um equipamento, geralmente a sociedade ou quem lida com esse equipamento tem um mapa de onde esse equipamento ta distribuído no país, né? Quando é uma sociedade, ela sabe, o Conselho, ela sabe onde ta inscrito aquele profissional e como ele atua e se ele tem uma porta aberta credenciável ou não. Então é um documento que você tem lá de como tão registrado os profissionais e se eles tem porta credenciável ou não, porque não adianta existir profissional naquele lugar, mas todos eles tão dentro de um ambulatório do SUS, por exemplo, né? Então ele tem que ter a possibilidade de ser credenciado, é isso, ta?

Roseli – Marta, eu queria só te fazer uma pergunta, porque às vezes anda muito rápido e a gente não conseguiu verificar. Eu sou Roseli Goffman do Conselho Federal de Psicologia. Não consegui identificar a manutenção das 40 sessões nos casos de transtornos...

Martha (ANS) – Eu vou passar ali com vocês só pra não ter que voltar no arquivo, a gente faz ali agora antes do almoço, a gente da uma olhada com você, ta?

Roseli – Ta, ok, tudo bem, e a outra coisa, quando é que vai ficar disponibilizada essa apresentação pra gente esclarecer essas nossas duvidas antes da consulta?

Martha (ANS) – Então, talvez isso trepe. (Risos.) Porque a Colegiada é em breve. A gente vai tentar organizar todos esses arquivos pra botar no site o mais rápido possível. Mas geralmente entra com o que? Com uns dois ou três dias, não é isso? Então deve ta saindo tudo junto, mas a gente vai botar o mais breve possível, Doutor Zilli quer falar e aí eu vou dar as orientações pra gente voltar, ta? Rápido.

Zilli – O Marta, é o seguinte, me parece que a Consulta Pública dura 30 dias podendo ser prorrogada e logicamente que todas essas coisas vão pra consulta, as pessoas vão propor alguma coisa. Então o que a AMB gostaria de propor de uma forma muito clara e desde agora, é que no momento que terminasse o pré-término de Consulta Pública, a gente se reunisse com as especialidades, com a ANS pra discutir cada um desses assuntos no mesmo modelo que a gente fez da última vez.

Martha (ANS) – Com certeza! Isso já ta pré-agendadíssimo. Vamos lá gente, então são que horas? Meio dia e meia. Aqui em Copacabana tem milhões de coisas pra gente comer rapidinho. Uma hora e meia é mais que suficiente. Duas horas, mas a gente vai começar duas horas. Então chega aqui antes, gente, por favor, senão a gente não termina.