

ATA 3ª. Reunião do Grupo de Trabalho de Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – 09/04/2013/Tarde

Martha (ANS) – É... Eu vou começar aqui enquanto vocês sentam, surgiu uma dúvida aqui do pessoal da odontologia que eu acho que pode ser uma dúvida de todo mundo, vamos gente. Então vamos lá, a gente mandou um email falando sobre o Rol odontológico, ninguém ta me ouvindo... É uma coisa impressionante, só o Carlos. [risos] Ahh... Então gente, a gente mandou um email falando sobre a reunião de odontologia, o CFO pediu pra que a gente reagendasse essa reunião que seria hoje, discutindo a tabela junto com a médica hospitalar, é... A gente topou discutir no dia 30, eles pediram mais um tempinho, não é isso Benicio? E junto a gente encaminhou um batimento TUSS/Rol. O que é que é isso? É o batimento do Rol com a TUSS igualzinho a gente tem o batimento da parte de todos os outros profissionais tem um pedacinho lá que é do Rol odontológico. E a gente, aquilo foi feito por nós da ANS, um batimento do que é que ta no Rol e o que é que ta na TUSS. É, alguém identificou que tem alguns erros né, o pessoal identificou se tem, tem que mandar rápido pra gente analisar esses erros porque a gente precisa publicar a tabela inteira, então se alguém viu algum erro ali manda pra gente, a gente... É, estava publicado, depois saiu e depois teve um aumento na quantidade de procedimentos da TUSS que a gente também correlacionou da TUSS. Então a gente precisa que vocês mandem rápido isso pra gente. Ainda não nos chegou nenhuma solicitação, então aquilo ali não é o que foi pedido, aquilo ali é o batimento que existe hoje, ta? É... O que é que a gente combina com esse grupo? Que a gente mandou aquilo, todo mundo vai analisar, assim que a gente receber qualquer tipo de solicitação ou qualquer outra observação nesse sentido a gente circula pro grupo de odonto, a gente pode ser que não se encontre, mas pode ser que a gente precise sentar pra fazer uma discussão de odonto, isso vai partir muito da discussão que a gente tiver por email primeiro, mas no dia 30 esse grupo de odonto já tem que trazer uma proposta discutida por esse grupinho, então o quando antes isso circular no grupo, mais rápido a gente chega a uma conclusão, ta? Isso tudo a gente vai trocar naquele email do grupinho de odonto, ta?

Só informando, os grupos têm uma planilha ali fora com a Rosa que tem os grupos com cada entidade representando. Dêem uma olhada pra ver se os emails estão corretos, que eu já recebi algumas pessoas falando “Mas eu não to recebendo os emails” então enfim... Da uma checada, vê se o email ta correto, se o email estiver incorreto corrijam e se coloquem em qual grupo que vocês vão participar. Porque quando a gente mandar o convite pras reuniões vocês vão receber. Ta bom?

Martha (ANS) – Então vamos começar. É... A gente agora vai discutir solicitação de inclusão que também é uma solicitação de inclusão é... No Rol total só tirando odontológico, okay? Então é o Rol dos procedimentos de eventos em saúde, menos odontologia, ta? É... Eu vou explicar um pouquinho é... A gente resolveu começar pelo NAT, porque? Porque na primeira reunião a gente colocou isso como um procedimento que tava prestes a ser discutido pelo Ministério, incorporado via portaria ministerial em que a gente sabe que vai ter um impacto importante tanto na discussão de avaliação de tecnologia, principalmente na discussão econômica né. Então a gente falou que a gente ia tentar discutir isso em separado, eu tenho certeza que a gente não vai conseguir esgotar esse assunto aqui hoje, a gente só queria levantar alguns possíveis problemas que a gente vai ter que enfrentar pra gente poder pelo menos ter isso na cabeça ta? Eu não vejo a gente saindo daqui com uma conclusão sobre o NAT e nem é isso que eu espero, mas pelo menos que a gente tenha os problemas na cabeça e algumas formas de enfrentamento, porque se isso for publicado dentro da portaria ministerial que fala diretamente aos bancos de sangue como a única forma de processamento de sangue no Brasil, isso é uma coisa que a gente vai ter que discutir aqui de que forma essa relação vai se dar na saúde suplementar, que isso extrapola um pouquinho a forma como a gente faz inclusão de procedimento no Rol né, então a gente vai ter que dar uma discutida sobre isso, depois a gente entra nas planilhas em si, não vai demorar muito tempo eu prometo... Queria que o Diogo apresentasse então pra gente um estudo que ele fez sobre isso. Então, o que é que a gente tem hoje? A gente tem esse procedimento incluído pelo Conitec... Ah, a Claudia falou que ainda ta faltando a decisão dom secretário, mas teve o estudo que analisou e foi recomendado. É... A gente tem diretrizes da SAS sobre isso e a gente tem uma portaria da ANVISA que também fala sobre isso. A portaria da SAS hoje segue a RDC da ANVISA, a RDC da ANVISA ela não diz nem que sim e nem que não, ela diz que é uma possibilidade de processamento, mas ele não diz que tem que ser por essa via o processamento, ele deixa isso em aberto... e a gente tem uma coordenação de sangue dentro do Ministério da saúde que também estuda isso. É, a gente recebeu também cálculos disso de uma operadora que mostra que o impacto é bastante relevante e a gente queria dar uma discutida maior aqui. Você coloca a apresentação dele, por favor?

Diogo (ANVISA) – Bom, boa tarde... Meu nome é Diogo e eu sou da ANVISA, eu sou especialista em regulação de vigilância sanitária lá na ANVISA, trabalho na coordenação da Rede Sentinela que fica dentro do núcleo de vigilância de eventos adversos. É, eu não estou falando em nome da ANVISA hoje aqui porque não ta relacionado a essa área, é... Eu estou aqui hoje porque no mestrado a minha dissertação foi essa aqui que foi o teste de amplificação do ácido nucléico para detecção do vírus HIV1 no sangue doado. As custo-efetividade perspectiva do SUS ta... E esse foi o título da minha dissertação

que é meio que primeira mão porque ainda não foi publicado ainda inclusive... Foi entregue a Unifesp pra ser publicado no banco de dados da Unifesp semana passada. Então ainda não ta devidamente publicado tudo que eu vou falar aqui, mas já ta em vias de ta. Aqui, meu email se vocês quiserem anotar, caso tenham alguma duvida depois e queira falar sobre o modelo, alguma coisa assim. É, então foi por isso até que quando teve a provocaçãozinha ali na coisa do anti-neoplásico oral, eu me abstive de falar porque primeiro não é minha área na ANVISA. E a ANVISA as áreas são mundos muito diferente, então registros e bulas não são exatamente a minha área que é de gerenciamento de risco em serviço de saúde. É, pode passar o próximo por favor porque esse aqui não ta passando... Funcionou o negocio, mas não funcionou... Agora funcionou. É, então... O problema que a gente estudou foi baseado no problema do Brats, Brats pra quem não sabe o Boletim Brasileiro de Avaliação e Tecnologias em Saúde que tinha sido escrito em 2006, 2007 não me lembro, que trazia esse problema do NAT pra incorporação no SUS, que já estava sendo discutido desde 2004 a incorporação dessa tecnologia nova no SUS. É... Esse boletim trazia só um impacto econômico, então eu decidi fazer um modelo de custo efetividade da incorporação dessa tecnologia, ta? A tecnologia é um teste de amplificação de ácido nucléico, quer dizer, você tem uma amostra de sangue, você retira, você faz extração do DNA do vírus, você faz amplificação dele e detecta antes do que por exemplo, antes do que o ELISA conseguiria detectar, porque o ELISA tem que detectar já na conversão, já a presença do vírus. O NAT conseguiria detectar antes, então ele reduziria a janela epidemiológica pra detecção da presença desse vírus lá. O algoritmo hoje que existe de testagem no sangue doado é que obrigatoriamente ele passa por dois testes concorrentes ao mesmo tempo, independente de ter dado positivo... num você faz o segundo, não, você faz ao mesmo dois, obrigatoriamente um é o ELISA. Obrigatoriamente um é um que é o ELISA. E aí o segundo você pode escolher uma outra tecnologia, na verdade lá diz que você tem que escolher uma outra tecnologia, mas hoje o que se faz são duas vezes o ELISA ta? E o ELISA que é mais feito no sistema, nos bancos de sangue, nos hemocentros é o ELISA de 3ª geração. Existe um ELISA de 4ª geração que é mais eficaz, mas que são poucos que fazem. Aqui no Brasil o que ta disseminado mesmo é a ELISA de 3ª geração. Então quando você incorpora, quer incorporar uma tecnologia nova que ela é comprovadamente mais eficaz, como o NAT é comprovadamente mais eficaz que o ELISA, você tem que considerar também os custos de incorporação disso, porque? Você pode ter uma tecnologia que ela é menos efetiva e mais cara, você descarta ela... Você não vai incorporar. Ela ta dominada pelo que a gente tem hoje que seria o marco zero. O marco zero hoje vamos considerar o ELISA, o ELISA nesse gráfico ele ta aqui nesse ponto zero, se o você tem uma tecnologia que ela é mais efetiva e mais barata, você não pensa duas vezes... Você incorpora também. Agora, onde as maiorias das tecnologias novas recaem é aqui quando ela é mais efetiva, mas ela é mais cara ta? As vezes você pode ter um que é

menos efetivo e menos barato, normalmente não é uma tecnologia nova que não, a tecnologia nova ela vêm trazer um custo agregado, menos efetivo também é difícil ser registrado. Ai então a gente tem um NAT que ele é mais efetivo e ele é mais caro do que o ELISA hoje, eu to falando pra triagem do sangue do (...), não to falando pra diagnóstico clínico, porque o protocolo é outro, eu to falando pra triagem do sangue doado nos hemocentros. Então quando a gente coloca, a gente tem a diferença de custo pra cá, uma diferença de efetividade pra cá, quando eu coloco o NAT nesse plano aqui ele vai cair mais ou menos aqui... E ai eu tenho que avaliar com base no que eu tenho pra pagar, se eu aceito, ele é mais caro, mas mesmo assim eu aceito ou não... Que é o que a gente chama de disponibilidade para pagar. É um limite que alguns países, por exemplo Austrália, ele tem uma disponibilidade para pagar de tanto, vamos chutar aqui 30 mil dólares, eu num lembro de qual era o numero, 30 mil dólares por QALY ganho, eu vou explicar melhor depois pra frente. 30 mil, a tecnologia apresentou depois o estudo, 30 mil e 1 dólar de taxa incremental de custo e atividade, e ela vai ser rejeitada objetivamente e friamente desse jeito ta? No Brasil a gente não tem essa, essa metodologia, esse seguimento. Então, caiu aqui eu vou ter que avaliar, se eu tivesse essa disponibilidade pra pagar, eu traria, tem uma linha aqui que ele pode ficar, se ele ficar abaixo dessa linha eu incorporo, ficou acima dessa linha, eu não incorporo ta? Então eu vou falar diretamente, eu não vou entrar em... a tecnologia como é que funciona, como é que é a AIDS, o... Não vo falar nada disso. Vou falar direto do modelo ta? O modelo foi uma análise de custo e atividade e mais precisamente também, eu tenho dois desfechos, um de custo efetividade e um de custo utilidade que a gente também usa essa terminologia, usando um modelo de Marcov, que também vou explicar o que é Marcov depois. Foram realizadas as análises de sensibilidade determinísticas e probabilísticas pra saber se alterando os meus parâmetros iam mudar alguma coisa no meu resultado. A perspectiva, isso é muito importante, toda análise de custo efetividade em uma perspectiva, aqui a perspectiva foi do SUS. Porque a maior produção hemoterapica é do SUS e também quando a pessoa se infecta e desenvolve a AIDS, ela é bancada pelo SUS, o tratamento é bancado pelo SUS. Então quando você pensa, "Ah, vou introduzir um NAT, que ele vai reduzir o numero de infectados, isso traz um impacto positivo na redução do tanto que eu tenho que gastar com pessoa e com tratamento ao ano, ta? Isso a gente prevê no modelo. As estratégias foram então o NAT e o ELISA de 3º geração com a premissa de que eu já coloquei toda a minha tecnologia pronta, eu não preciso trabalhar mais nada, todos os, as minhas plataformas, o meu equipamento, que é o equipamento de PCR que serve pra vários kits né, tanto ao kits HIV, kit HCV, vários kits... kit até de tuberculose tem. É, tudo isso já ta pronto, a minha curva de aprendizagem eu já passei, todo mundo sabe mexer na tecnologia, ta tudo pronto e instalado pra usar. Eu considerei só o kit que foi comprado ta... Até pra saúde suplementar, isso se aplica um pouco mais porque a saúde suplementar não paga diretamente o curso de implantação, isso vai estar

diluído depois dos preços dos kits, dos exames cobrados. Os desfechos então, foi o custo por cada contaminação evitada e isso transfusões de um ano e o custo por ano de vida ajustado pela qualidade, é o que a gente chama de quali. Quali significa o que? Quantos anos eu vivo com uma determinada qualidade de vida, essa qualidade de vida é um numero que vai de zero a um, sendo que zero eu to morto e um eu estou plenamente sadio, ta? Ai tem mecanismos e ferramentas de avaliação de como que seria viver com AIDS, viver com HIV... Gera uma qualidade de vida de tanto, que ai eles fazem lá os trade offs, coisa e tal e descobrem um número... Por exemplo, aqui o meu quali a cada ano é 0,92... vamos arredondar pra 0,90 pra deixar mais claro. Por exemplo, eu vivo 9 anos plenamente sadio, então eu acumulo a cada ano um qualy, ao final de 9 anos eu acumulei 9 QALY. A pessoa que tem HIV, acumulando a cada ano 0.9 quali, ela vive 10 anos e acumula 9 qualis. É essa equiparação ta? Eu vivi 9, ela viveu 10, nós acumulamos as mesmas utilidades, que é o que a gente vai chamar daqui pra frente. Se alguém tiver sem entender alguma coisa que eu esteja falando pode gritar igual foi com a Martha aqui no começo aqui... Vai falando, vai falando, não tem problema, então não é aula não... É só porque eu tenho que ta explicando o que ta acontecendo aqui. E o horizonte temporal é, eu... Até o fim da vida, ou seja, eu recebi a transfusão eu vou ser acompanhado até o fim da vida, tá? Aqui não foi bem até o fim da vida porque a taba de mortalidade brasileira ta disponível só até os oitenta anos. Então quando chegou com oitenta anos o modelo eu matei todo mundo porque modelo tem que acabar. Porque modelo tem que acabar, eu não tinha, se eu continuasse ninguém ia morrer do 81 pra 81 anos ninguém ia morrer, de 82 pra 82 ninguém ia morrer porque eu não tenho esse dado da mortalidade brasileira. Então quando chegou aos 80 anos eu matei todo mundo e acabou o modelo ali. Ta, como que eu entrei com os dados nesse modelo? A gente tem que prever quantas pessoas vão ser infectadas por ano, a gente não tem esse dado concreto no Brasil, quantas pessoas no ano de 2010 foram infectadas por, com HIV por transfusão sanguínea, a gente não tem esse dado. Então a gente assume, modelos econômicos em saúde são cheios de premissas e assunções e simulações, ta? Então, a gente tem uma incidência, eu vou mostrar até uma tabelinha de dados, a gente tem uma incidência, a gente tem a janela epidemiológica do NAT e do ELISA, a gente tem o total de bolsas doadas pro hemoterapica no Brasil, a gente tem que cada bolsa doada gera normalmente uma bolsa e meia de transfusão porque tem os componentes que você... você grega os componentes... e que cada paciente vai receber em meia 3,3 bolsas, ta? Cada paciente que recebeu uma bolsa contaminada, foi assumido que ele se contaminou com HIV e que cada paciente contaminado não recebeu mais do que uma bolsa contaminada, ele recebeu 3,3, mas só uma tava contaminada, porque dessa forma a gente consegue contaminar o Maximo numero de pessoas possível ta? A gente tem que trabalhar no pior caso possível nesse modelo. Então no final de tudo isso a gente descobriu que 72.8 pessoas foram infectadas com o protocolo do ELISA e 20.09% pessoas foram

infectadas com o protocolo do NAT, aqui ta errado... É, o NAT. Então o Nat prevendo a contaminação de quase 53 pessoas em um ano, essa efetividade do NAT, o NAT é efetivo sim, só que ele é mais caro. Esses aqui são os estados de Marcov... O modelo de Marcov significa o que? Eu tenho uma decisão inicial, eu transfundi um milhão e quinhentas mil pessoas que eram nesse modelo com a bolsa que passou pelo ELISA ou um milhão e quinhentos mil pessoas que passou, com a bolsa que passou no NAT. Ai ela tem duas chances, ou ela é infectada ou ela não é infectada. Se ela não for infectada, a cada ano que roda o ciclo, o ciclo são de um ano nesse modelo, a cada ano que roda ela tem uma probabilidade de morrer por causas diversas que a taxa de mortalidade brasileira. E ai acidente, foi atropelado, tomou um tipo, tudo... É, bala perdida, o que foi... Qualquer coisa. Ai, ele vêm pro grupo dos mortos, a cada ano que roda, sai quem morreu e continua aqui os saudáveis... Na HIV é a mesma coisa, quem foi infectado foi todo mundo pra essa bolinha aqui, a cada ano que roda alguém morre, a mortalidade brasileira ajustada pela mortalidade do HIV. No primeiro ano essa mortalidade já é maior do que nos outros anos, todo mundo que foi infectado, a gente não seguiu com uma história natural da doença do HIV porque a gente vê, a gente sabe que cada pessoa, você pode desenvolver a doença daqui a seis anos, daqui a dez anos, nunca desenvolver, desenvolver daqui a seis meses. Então isso não foi modelado, foi modelado uma média... A mortalidade ela foi feita com base, a gente pegou um ano no boletim, quantas pessoas tinham por HIV e quantas pessoas morreram por HIV, ai viu essa mortalidade, essa mortalidade que implica aqui. A cada ano que passa pessoas vão morrendo e o ciclo vai acontecendo, os custos vão... vai se acumulando e as utilidades vão se acumulando. Aqui são os dados, quantidade de coletas em 2008... Três milhões trezentos e sessenta e nove, lá no relatório de vocês ta três milhões e quatrocentos mil quase, é... É, então a gente chegou num paciente total, potencial, isso aqui não é real, é o potencial de transfusão de um milhão e quinhentas mil pessoas, idade média foi um estudo pernambucano de 32 anos. Lá é um pouco mais baixo porque tinha muito paciente de trauma ta... Mas isso ai depois a gente, essas incertezas a gente vai ajustando depois no modelo pra saber se afeta demais ou não. A janela do ELISA então era de mais ou menos 20 dias, a janela do NAT cinco dias. Quer dizer, você vê que a diferença é grande... A diferença da janela é grande. A incidência de HIV em doadores, isso aqui é um estudo do hemocentro de São Paulo 25,9 por cem mil doadores. É a maior produção hemoterapica em São Paulo, então a gente considerou esse dado. Conseqüências de saúde, pessoas com HIV no Brasil, 675 mil pessoas... Em 2008 morreram 11 mil e 500 pessoas com HIV, então a gente usa essa mortalidade no modelo, que não é a chance de morrer, é a mortalidade, é diferente. A mortalidade no HIV no primeiro ano foi ajustada, foi um pouco, foi maior 6%... Depois foi 1,6% (..) e o QALY do (...) era 92 como eu tinha falado. A cada ano que passa a pessoa vive com a qualidade, 92% seria uma analogia. Os custos, o custo do ELISA 3ª geração só o kit, de fazer um teste... Três reais e três centavos, é o custo de licitação da

Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, como eu disse é a maior produção hemoterápica do Brasil. O custo do NAT a gente não tinha adequado no Brasil. Então a gente pegou o análogo dele no banco de preço seria o HCV que seria, é... A gente viu que era esse preço mesmo porque a gente tava usando o preço internacional de 30 dólares. Certeza que a gente vai ver depois se afeta ou não no modelo quando a gente ajusta. O gasto em 2007, esse modelo foi feito em 2010 a gente pegou os últimos dados que tinham ta? Então gasto de HIV, de AIDS que a gente tinha em 2007 era de um milhão, 1 bilhão 277 milhões e coisa... Esse gasto é do departamento inteiro. A gente fez isso pra brindar essa história natural da doença, cada um faz de um jeito. São 600 mil pessoas que estão recebendo o tratamento. Mas esse gasto também não é só com tratamento, então a gente colocou o gasto maior possível pra cada paciente por ano ta? Que deu mil e oitocentos reais mais ou menos por ano como paciente. Por infectado, não por AIDS, por infectado com HIV. Infectados, isso... Mas eu também não peguei o dado só de gasto com tratamento, eu peguei o dado do orçamento total do Ministério, de AIDS. Isso também é um dado que a gente consegue ajustar depois caso você, caso você tenha por exemplo por... Por paciente a gente gasta na verdade dez mil reais por ano, a gente tem como... eu trouxe um modelo, a gente consegue alterar isso agora aqui pra ver qual é o resultado que daria. A taxa de desconto, 5%, eu acho que desconto a gente tem que assumir no modelo porque a gente segue cinqüenta anos e um real hoje não vale um real ano que vem. Pela orientação que a gente tem, um real hoje, o que a gente compra um com real hoje, ano que vem a gente compraria com um real e cinco centavos, então a gente tem que aplicar essa taxa de desconto. O resultado foi esse... Somo as utilidades, somam os custos de cada modelo, vê as diferenças, divide as diferenças de preço por utilidade e a gente descobre que a taxa de custo efetividade incremental foi de 666 mil reais por quali ganho. Nós temos uma orientação, uma padronização mais ou menos, uma comissão da OMS que pra saúde a gente gasta três vezes o PIB, a gente considera custo efetivo até três vezes o PIB per capita por QALY ganho. Nessa época o PIB per capita tava 18 alguma coisa, eu mostrei ali atrás. Então a minha disponibilidade pra pagar seria de 54 mil e quinhentos reais por QALY ganho. E a gente encontrou de 666 mil reais por QALY ganho, esse é o que a gente chama de custo utilidade. O custo efetividade ta aqui em baixo, 3 milhões e quase 200 mil reais por caso evitado. Isso em um ano... Porque apesar de eu acompanhar por cinqüenta anos as pessoas, eu peguei as conclusões de um ano... E a cada ano esses gastos se acumulam... ta? Ai como eu falei, a gente tem certeza dos nossos dados, então a gente faz análise de sensibilidade determinística e probabilística, A gente alterou o curso de triagem, o curso dos testes e do tratamento... A incidência de infecção, a janela imunológica, a idade média dos receptores, a mortalidade e o QALY e a taxa de desconto. A gente alterou tudo pra ver o que é que mudava no modelo. O custo, a gente fez um mínimo de, o custo do ELISA, mínimo de 2, máximo de 5... Esse aqui depois eu posso deixar porque são muitos dados, é só pra

ilustrar. O resultado, por exemplo, o custo do ELISA, quando eu jogo ele pra cinco, o resto fica fixo ai eu altero só aquele valor, quando vai pra cinco o resultado melhora um pouquinho, quando vai pra dois o custo do ELISA o resultado piora um pouquinho, piora em relação... Pro NAT ta... Se eu sou NAT piora pra mim. O custo do NAT, obvio que quanto menor, mais favorável pra ele. A incidência, quanto maior a incidência, melhor pro NAT, porque eu vou ter mais gente sendo capitada por ele. Taxa de desconto, é... Também, quanto menor melhor pro NAT. A janela, quanto menor a janela do NAT melhor pra ele, quanto maior a janela da ELISA melhor pra ele. E a (...) receptores, quanto mais velho for, menos custo efetivo é... Então por exemplo, se eu acho que a taxa lá em Pernambuco foi muito baixa, que a idade média dos receptores é de 60 anos, ao invés de 166 mil eu vou ter 1 milhão e trezentos, eu dobro pra pior o NAT, ta? Uma outra análise de sensibilidade que a gente faz é probabilística também chamada de monte Carlo quanto a gente delimita uma margem pra todos os parâmetros e muda tudo ao mesmo tempo, aleatoriamente vai mudando, vai mudando, vai mudando... A gente fez 500 simulações onde deu uma faixa, os dados mudavam loucamente. E esse é o resultado, o que significa isso daqui? Lembra daquele gráfico que coloquei lá no comecinho, que eu tinha de um lado um o mais caro e o mais efetivo... Então, por exemplo, vamos lembrar que o meu ELISA ele deve ta aqui assim oh... Ta vendo aqui oh? A pontinha aqui em baixo, ta aqui em baixo no chão o ELISA. E todas as 500 simulações do NAT caíram aqui em cima em não custo efetivo. A linha do meu (...) vai passar aqui assim oh. Então as 500 simulações variando loucamente todos os meus parâmetros falaram que em nenhuma simulação ele foi custo efetivo ta... A curva de aceitabilidade significa, se eu vou alterando aquele valor de 54 mil, como... A minha curva de aceitabilidade de ser (...) ou não, muda. Então por exemplo eu teria que ser 365 mil pra eu começar a aceitar que o NAT é custo efetivo. Isso vai, o que é que isso tudo quer dizer? Isso tudo quer dizer que o NAT não é curso efetivo, mas o gestor, a disponibilidade pra pagar a do gestor, muda. Quanto custa pra sociedade, quanto a sociedade aceita evitar um caso de HIV por transfusão. Qual é a tolerância da sociedade em aceitar que uma pessoa contraia HIV por transfusão sanguínea? E qual custo que o gestor ta disposto? Então esse valor da responsabilidade pra pagar muda, pode ser diferente pra esse caso como pode ser mais baixo pra outros, isso é uma decisão política na verdade ta... De sociedade. A decisão fria dos números é que com esses valores o NAT só seria curso efetivo se ele custasse 7 reais e 61 centavos, ta? Esses valores são valores de mercado, como eu tava conversando com a Claudia agora, a Conitec já fez a sua reuniao, passou a decisão... Aprovou a incorporação do Nat, passou pra consulta pública, mas o NAT pro SUS vai ter disponibilidade in house, que a Bio Manguinhos ta produzindo... E a previsão é que esse teste custe por volta de 11 reais cada bolsa doada.

Cláudia (Conitec) – Eu te passei uma informação incompleta. [risos] O custo do Nat pra gente é 10 virgula alguma coisa, mas é o custo indireto, sem considerar o Kit... da Bio Manguinhos. Então o Kit ta sendo considerado que não, não ta sendo nada, zero entendeu? Os dez reais são só pros custos indiretos como, sei lá, gerenciamento de resíduo solido, procedimento, enfim... Todos os gastos diretos e indiretos.

Diogo (ANVISA) – Ta... Mas se ele, se ele no final sai esse valor por bolsa,. Ele acaba entrando... É porque toda bolsa tem que ser mostrada, porque no Brasil a gente não faz, não pode fazer por mini pool, o mini pool ele tem uma janela um pouquinho maior, que é maior do que o da ELISA, mas não pode fazer. É, então a janela fica um pouco maior do que essa daqui por mini pool.

Cláudia (Conitec) – é, vai ser mini pool de _____.

Diogo (ANVISA) – É, então deve mudar a legislação... Porque da RDC não permite que se faça _____...

Cláudia (Conitec)– Nos vários centros né, que foram instituídos, onde as plataformas foram desenvolvidas, que tem alguns já em desenvolvimento com Ribeirão Preto e... Rio Grande do Sul se não me engano estão sendo feitos os mini pools em seis amostras.

Diogo (ANVISA) – Ta... é, ai a gente tem que considerar várias coisas pra discutir, porque isso aqui é como eu falei, é um modelo fio e objetivo que da o resultado... Ai você tem que considerar, por exemplo, na saúde suplementar, quanto que vai custar esse kit pra cada teste, quem vai bancar o tratamento? Quem banca o tratamento é o SUS. Então por exemplo, se a gente tirar o tratamento, o custo efetividade piora, quanto menor o custo de tratamento, pior a razão de custo efetividade pro NAT. É... Então, como eu falei, eu trouxe um modelo, o modelo ta lá no Excel, ta la no computador... Se a gente quiser alterar qualquer parâmetro, a gente não consegue mudar o modelo, tipo a história da doença, essas coisas a gente não consegue mudar, mas qualquer parâmetro que eu coloquei aqui, qualquer valor a gente altera na hora aqui e da um resultado novo pra vocês, ta?

P/Homem não identificado – _____ a portaria do Nat, foi assinada dia 2 de Fevereiro de 2002, ainda era Serra ministro. É triste agora que 11 anos após ainda estamos discutindo como implementar... _____ quantas pessoas já se infectaram nesse tempo ta... Segundo, a Nat não é só pra HIV, é HIV, hepatite B, hepatite C. Sendo que, os _____ não diagnostica hepatite B e é muito falho em hepatite C, conheço muito bem, sou do comitê de ética da _____, passou por nós ta... Ele _____ e porque deu problema, pode ser barato... Okay, interessa pra SUS... E ai o que é que fez o SUS? Aquele _____ centro que decidiram que já no _____ não utilizarão o teste da _____, utilizarão o texto comercial porque o _____ efetiva e porque detecta a B, _____ com muita hepatite

B, eu fico... Hã... O ministério da saúde ____ utilizarem o teste da _____. Gente, isso é ____ nomenclatura soviética acontecia isso, é uma forma um pouco assim ta... É, hospitais particulares estão interessando o teste comercial porque é muito mais segundo, mais rápido, são equipamentos pequenos, não tem contaminação. Qual é o problema que teria no centro com contaminação, fica dois três meses sem fazer, tudo bem, tem o ELISA... Se dá um problema na plataforma, sabe quanto tempo demora oficialmente uma ____ trocar uma plataforma? É um teste complementar, perfeito... Mas isso de só pagar, só reembolsar, se for ____ não é pra ser aceitado dentro do ____, não tem nada que vir aqui na _____.

Diogo (ANVISA) - Uhum... Algumas, tem algumas limitações nisso que, tem isso que a gente não considerou, a gente considerou só com a HIV, pro HCV a gente teria que modelar uma nova, fazer um novo modelo, um novo brácido porque você tem a história natural da doença pra ser considerada. Ai quando você, se você coloca no HCV é... Se as utilizados dele são muito grandes que são acumuladas, ele pode melhorar esse padrão. É, favorece o NAT. Pode voltando, por favor, pode ir mais um, mais um... Ai, parou. Aqui quando a gente faz essas, aqui eu não fiz, mas é... A gente tem um gráfico estornado que a gente na (...) sensibilidade que é qual variável que mais afeta o modelo quando eu mexo nela. Aqui a variável é a taxa de desconto, aqui a gente não tem como mudar, inflação existe e ponto. O segundo ponto além do preço do NAT que mais mexia no modelo é a incidência de HIV em doadores ta. Então é muito mais custo efetivo você trabalhar em medidas que alterem a incidência de HIV em doadores do que você entrar com uma nova tecnologia de testagem, porque a testagem, o impacto do ELISA ela já foi muito grande e deixou um resíduo muito marginal pra você ampliar. Por exemplo, você viu, a gente tem de setenta, isso é simulação, ninguém ta sendo infectado porque pode por alguma sorte não pegar nenhuma janela, mas pode ta todo mundo sendo infectado, teriam setenta, cai pra 20... Já é muito marginal esse ganho, esse efeito em comparação ao que você teria com a estratégia de reduzir a incidência. Fora do Brasil foram feitos outros três estudos, dois estudos americanos que foram quase iguais, é... Que encontraram que uma relação muito pior, mais de um milhão de dólares por QALY ganha ta... Porque? Porque lá a incidência é ínfima em doadores. E o preço do ELISA é maior e a incidência é ínfima. Agora, você... Foi feito um engana em que a incidência ____ não se dá nem com incidência, se dá com prevalência que as vezes não tem nada de incidência, é gigante! E mesmo lá não foi custo efetivo ta... a incidência ela altera bastante isso. Então é o que eu to falando, medidas que alterem a incidência pra baixo são mais custo efetivas do que a implantação de novas tecnologias de triagem.

Martha (ANS) – Deixa só eu falar uma coisa assim... Primeiro aproveitar a ultima frase do Diogo, o que é que significa isso? É muito melhor fazer uma triagem bem feita no banco de sangue do que pagar o NAT, é isso resumindo o

estudo não é. Então países onde essa triagem é muito bem feita você tem cada vez menos, é... Mas enfim, é isso que... Nos Estados Unidos não é parâmetro de incorporação né, mas enfim... É isso que a gente tá falando. Então, porque é que eu pedi pro Diogo apresentar? Assim, primeiro porque é um problema que talvez, problema ou uma solução num sei, eu tô falando problema pra nossa discussão. Que a gente pode enfrentar esse ano, ele fica muito pouco na nossa governabilidade, por quê? Se a portaria do Ministério sai, ela sai falando pro banco de sangue fazer, então todo banco de sangue vai ter que fazer e uma vez que todo banco de sangue tem que fazer a saúde suplementar tem que funcionar com sangues que passaram por essa triagem e acabou. Mas, primeiro eu queria levantar aqui oh, então pode ser que isso aconteça durante esse ano e a gente vai levar isso em consideração no cálculo do Rol, é o máximo o que a gente pode fazer, tá? E dois, é... A gente queria apresentar pra vocês de verdade o que é que é um estudo de custo efetividade. Porque? Lá no começo, na primeira reunião de a revisão a gente falou o seguinte, que iam ter duas prioridades esse ano, uma a gente analisar o que é que a Conitec aprovou e duas, a gente ter estudo de custo efetividade. A gente sabia que a gente não ia ter custo efetividade, mas que a gente pelo menos começasse a olhar para o custo bruto, preço do procedimento... A gente tem muita expectativa de que pra próxima previsão do Rol a gente tenha isso pra todos os procedimentos que a gente for incluir. Eu não sei se vocês conseguiram ter noção da complexidade que é fazer isso né, mas a gente precisa avançar, assim... Não tem mais sistema de saúde que inclua nada sem fazer custo efetividade, e aí não é custo efetividade que a gente faz não, custa dez reais, vinte pessoas vão usar dois mil... Não é isso, é isso né. A gente vai ter que enfrentar uma discussão que é "Qual é esse parâmetro? É três vezes o per capita?" Que per capita? Per capita do Brasil ou per capita da saúde suplementar? Que é diferente... Seja ele qual for a gente vai ter que estabelecer isso de alguma maneira, agora a gente espera que esse seja o último revisão do Rol, que a gente funcione sem fazer isso. Mas pra gente fazer isso pra daqui a dois anos, no dia em que a gente acabar esse grupo continua o outro para 2016 não é isso? Porque se não a gente não vai conseguir ter três, quatro... O Diogo levou dois anos fazendo isso né, mas assim, a média de produção de uma análise de custo efetividade são seis meses. Então assim, a gente vai precisar se preparar pra isso né, todo mundo entender o que é que é isso, o que a gente tá falando, o que é que isso significa e como é que faz isso. Pro NAT efetivamente é... A gente só vai continuar seguindo as portarias, eu tenho o mesmo entendimento que o Diogo, que precisa mudar a RDC da ANVISA, [e... A coordenação do sangue do Ministério não acha isso, acha que não precisa mudar a portaria da ANVISA, mas aí também o problema já não é meu porque não tá mais no meu quadrado. Do meu quadrado... [risos] Do meu quadrado eu só posso dizer que uma vez que isso aconteça lá a gente vai analisar o impacto disso aqui e que a gente já viu que o impacto é importante. Eu acho também que a sociedade aí, eu acho que a gente tá aqui, a sociedade

precisa discutir outras coisas, então vamos incluir no NAT? Vamos. Agora, se a gente não melhorar a triagem... O que adianta né? E a gente, todo mundo aqui já deve ter doado sangue, todo mundo sabe como é feita a triagem de sangue no Brasil. Então...

P/Homem não identificado – Ainda o NAT ainda deixa uma margem de pessoas infectadas, potencialmente infectadas de 20 pessoas ao ano, cai de 70 pra 20, ainda há. Então não é a única estratégia pra reduzir.

MIYUKY (Fenasaúde) – Eu tenho uma pergunta na verdade pro Diogo, é.... Na realidade, já que o problema tá na triagem, quer dizer, o problema de contaminação, a origem tá na questão da triagem e a gente têm um mito que eu não sei se no seu estudo você viu isso, muito mais pro HIV do que pra hepatite B ou hepatite C em que as pessoas, agente vêm de uma cultura em que ela doava sangue pra poder saber se ela tá contaminada. Qual que vai? Assim, existe um outro risco que na medida em que eu tenho um teste mais sensível, também, quer dizer, será que nos últimos anos a gente sanou esse problema que ainda é cultural, onde aquela pessoa que muitas vezes tem comportamento de risco que não deveria estar sequer doando sangue né... é porque a gente tem esse perfil no HIV, não é o que acontece na hepatite B e nem na hepatite C. Então a gente tá aprimorando NAT, a cobertura do NAT, mas ao mesmo tempo será que mudou esse comportamento nos últimos anos? É, o risco é de atrair mais pessoas, tá certo que a gente tem hoje os testes rápidos da maternidade, enfim... Outras formas de detecção de HIV, mas que a minha questão aqui é que o comportamento e a cultura na doação de sangue, é... Será que isso efetivamente mudou? Será que a gente já saneou esse pensamento daquela pessoa que tenha o comportamento de risco está lá doando pra ter em troca da doação o exame...

Diogo (ANVISA) – É, exatamente, essa é uma estratégia mais custo efetiva do que a implantação do Nat, que seria... É, é percebido já, eu não inclui isso no modelo porque a gente não tinha dado brasileiro bom. Mas que doadores de repetição tenham o risco muito menor de, a incidência de HIV entre doadores de repetição é muito menor. Então a estratégia seria aumentar o numero de doadores de repetição, consolidar de vez o voto de exclusão que existe, mas as pessoas nem sabem que existe. É, disseminar de vez que existem, você chega, você quer fazer o diagnóstico HIV, é disponível no SUS de forma gratuita e anônima.

P/Homem não identificado – O problema é que não é anônima, era anônima ____ era sempre ____ anônima, fazer ____ aconselhamento. Segundo, você tem que marcar em uma unidade de saúde, não faz na hora, em câmbio pra doar sangue doa na hora tá... então enquanto o sistema de saúde não funcionar em triagem, as pessoas vão procurar. Em fevereiro, 2002, quando Serra assinou a portaria, eu que deveria defender o usuário, fui contra ____

temos PCR pra controlar o tratamento e vamos colocar em um banco de sangue. É, é um absurdo... Agora, o problema não está no banco de sangue, está que você não consegue fazer o teste, ta... Hoje em dia, hoje em dia ____ já fazendo o teste rápido, HIV, hepatite B, hepatite C... Sexta feira discutimos em Brasília _____ muito ____ negativo porque as enfermeiras estão furando o ____ no meio, que tem muita gordura e não na lateral, porque não está sendo explicado isso ta... Está havendo ____ negativo, está... Então você vê que o problema não é o método, o problema ta vindo ____ colocou, da dificuldade ____.

Diogo (ANVISA) – É, pera ai... Como eu falei, eu assumi nesse modelo de que a curva de aprendizagem já tinha acabado, tava todo mundo sabendo como usar a plataforma toda instalada e em perfeito uso e que a validação externa, avaliação de desempenho sem mantinha conforme padrão...

P/Homem não identificado – Na sexta feira o departamento ____ capacitando mil e cem pessoas ta... Ai a pessoa ____ diz, nós temos cinco mil e quinhentos municípios... Olha a diferença que tem ai ta...

Diogo (ANVISA) – Aqui a gente assumiu o melhor cenário possível para que o Nat fosse custo efetivo, para que o Nat fosse custo efetivo. O pior caso possível pro ELISA é o melhor caso possível pro Nat, e foi esse o resultado. Se alguém quiser, eu tenho o modelo ali, mas eu não posso passar porque não ta publicado ainda né... Eu posso mostrar e alterar alguma coisa pra vocês, , não o preço ta errado, o preço não é esse...

Martha (ANS) – Vamos... Obrigada Diogo, vamos tentar seguir adiante assim... Eu acho que a gente conseguiu entender o problema, entender a complexidade do que é e eu acho que entender também pra onde a gente que essa discussão aqui caminhe. Então, quando a gente tem um estudo desse tipo fica muito, muito, muito mais fácil da gente tomar a decisão, ou mais difícil né, porque quando você toma às cegas também é mais fácil, então... É, é esse o mundo que a gente quer chegar okay? Então vamos lá. É, principais pontos pra discussão, esse slide veio no primeiro dia de apresentação, eu sublinhei o que a gente já deu caminamento ou está dando hoje e o que está sem risquinho a gente tem que trabalhar um pouquinho mais. Então demandas anteriores a gente ta aqui na planilha, demandas da sociedade ta aqui na planilha que eu vou mostrar agora, adequação a gente ainda não conseguiu separar todas, muito menos retirada... Então o que é pra tirar do Rol ta longe da gente ter conseguido chegar perto, ta? É... A lei, okay... Exame do Nat, acho que a gente já passou por ele, não tem mais como voltar, saúde ocupacional a gente discutiu na ultima reunião, medicação oral pra câncer a gente deu encaminhamento, a gente vai discutir no grupinho depois volta... Lista do Conitec, a gente ainda não conseguiu completar no listão que vocês vão levar pra casa hoje, tudo que foi aprovado no Conitec todos os anos porque a gente

ta tendo que pegar cada parecer e ver um motivo de reprovação, então a gente tem que abrir parecer por parecer pra poder incluir isso na planilha, a gente ainda não terminou, a gente ta incluindo, mas a gente ainda não terminou. É... exames pra transplantes a gente discutiu lá na discussão da RN, Dut a gente já deu encaminhamento, eu vou repetir as Duts que a gente vai discutir. Última vez de manifestação, a gente vai discutir lá em São Paulo, estamos fechando a data, a principio dia 18 e a gente vai discutir um aneotomo, dois, neurocirurgia, três, genética, quatro, mamografia, cinco, embolização uterina okay? Okay. É... Rol odontológico, a gente encaminhou então pro dia 30 discutir... Pet? Okay... Bota o Pet na lista... Okay. Pet CT, embolização uterina, mamografia. Seis, fecho? Transplante, deixa eu te passar Rosangela, é que você não tava aqui. O que é que aconteceu, é... A gente recebeu uma demanda dizendo que tava tendo problema pra se conseguir fazer o transplante porque algumas vezes estava se utilizando a RN 259 que é aquela que se estabelece os prazos máximos de tempo de atendimento nos ciclos. Então, é... Por exemplo, quimioterapia, toda vez que a pessoa ia fazer quimioterapia recontava aquele prazo, não é isso... Ou transplante, o exame que é pré transplante você tem que fazer muito rápido se não você perde o transplante, se você jogar aquele tempo de atendimento ali ela perde o transplante, então a gente fez um artigo pra colocar na RN explicando isso, o que é emergência, o que não é emergência e que nesses casos não se pode contar aquele tempo. Então é isso que a gente escreveu na resolução ta? É... Rol odontológico, a gente combinou no dia 30...

P/Homem não identificado – Martha, em relação a Dut, vocês vão discutir Dut só de procedimentos já incorporados ou do procedimento a ser incorporado?

Martha (ANS) – Então vamos lá, Dut é só o que... Quando a gente separou esses grupos é só o que já ta incorporado, hoje a gente vai tentar começar a discutir o que é solicitação de inclusão e ai obvio o que for solicitação a gente vai ter que discutir uma Dut, mas primeiro tem a decisão ou não de se construir aquela Dut, então essa Dut que eu falei é só o que já ta incorporado, que já tem Dut ta... É... OPME, a gente ficou de no ultimo dia de GT de Rol já construir os (...) pro GT de OPME... fala Karlota...

Karla Coelho (ANS) – É que nós já revimos duas Duts, a de TCO e toxina botulínica que já estão prontas, uma a TCO que foi de acordo com a incorporação do Conitec e da sociedade brasileira de oftalmologia que já ta revista e da toxina botulínica que foi de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde também.

Martha (ANS) – Isso, isso tudo ta na apresentação que a gente colocou na semana passada ok? Ta no site, se alguém tiver duvida abre lá e manda pra gente. E PAC não ta riscada, a gente sequer começou a dar conta disso, então vai ter que separar todos os procedimentos do Rol e ver o que é e o que não é

PAC e como é que a gente da conta disso, falta coisa pra caramba, então a gente tem que se... respirar e tentar seguir, ta? Então vamos lá! Esse grupo agora, a gente só colocou aqui que a gente vai discutir no dia 30 Rol odontológico, eu comecei falando, a gente não tem nenhuma contribuição ainda, peço pra que vejam a batimento que a gente mandou, se tiver erro rápido e esperamos a contribuição bem antes do dia 30 pra gente poder competir no grupinho. É, batimento TUSS/Rol, o que é isso? Toda vez que sai um Rol novo ou uma TUSS nova, a gente bate todos os procedimentos pra dizer o que é que do Rol corresponde do código na TUSS. TUSS é Tabela Única da Saúde Suplementar, questão de sei lá quantos milhões de procedimentos que... Isso, que tem toda a terminologia, então tudo que é feito na saúde suplementar tem uma, uma padronização de nomenclatura e que ta ali naquela lista. A gente tem que dizer daquela listona enorme! Porque tudo que é feito ta lá... O que, que daquilo tem ou não tem no Rol, então a gente faz esse batimento, agente terminou agora, a gente contou com a ajuda da Bradesco que deu uma revisada, a AMB também deu uma revisada, a gente vai botar no ar essa semana, temos tempo para a revisão, então quem quiser contribuir na revisão, maravilhoso! Gente, vai ter erro... Impossível você bater uma tabela de 6 mil com outra de 4 mil e não ter erro, vai ter erro. Então por favor, cada especialidade dê uma olhada, cada um que entende um pouco mais do seu babado da uma olhada e manda pra gente, ta? É... Isso daqui é só uma contabilidade... O que, que a gente recebeu nesse período? A gente recebeu de RN, demanda da Fenasaúde, Abrange e AMB, AMB só da genética que mandou contribuição pro texto ta... A contribuição da genética a gente já adianta que a gente não vai analisar porque eles pedem pra que seja, na verdade ele que via RN se altere a lei, a gente não pode fazer isso, então não tem como a gente analisar a proposta que possa se fazer exame fora do território nacional, não pode, ta na lei, então a gente não vai analisar. O resto ta lá na listinha pra gente analisar Dut, Abrange, Fenasaúde e AMB, a gente já deu encaminhamento marcando com esses grupinhos separados ta? Procedimentos, a gente recebeu por enquanto, das sociedades, claro todas mandaram, grupo otimismo e Coffito. Do Rol odontológico, um ofício do Sinog pedindo pra não incluir e o do CFO pedindo pra prorrogar. Ostomias, a gente já recebeu da Sobest, da Abraso e do Inca a gente incorporou todas as contribuições. E medicação oral pra câncer a gente recebeu aquele documento que foi citado por vocês, assinado pelo PROCON e (...) Ministério da Justiça e Ministério Público de Minas Gerais ta? Tudo isso que ta aqui, ta no site, o que não ta vai ta amanhã porque chego agora ta? Então o que chega por email a gente também circula por email, pode ser que chegue um antes do outro, a gente ta tentando se organizar é muita coisa, mas vai ta tudo no site ta? Bom, isso daqui é o que a gente ta tentando separar do Conitec e a gente vai circular também e incorporar nessa planilha. Então a planilha que a gente vai botar amanhã no site, que é essa que a gente vai botar hoje, ela ainda não ta terminada, a gente vai botando versão 1, versão 2 que é pra vocês ficarem

expertos e saberem se vocês estão com a ultima versão, ta? É... Por exemplo, a tecnologia que a gente já separou que foram incorporadas pelo Conitec em 2011, TCO, Carla já falou, NAT, sinovectomia, o BAHA, o que é que não foi incorporado... Então a gente ta separando cada protocolo pra poder colocar lá. Dut, já dei esse aviso, doutor Zilli (...), depois a gente marca direitinho, antes da gente sair doutor Zilli a gente tem que confirmar a data ta? PAC... todo mundo quis fazer, mas ninguém meteu a mão na massa ainda, então... A gente é só separar a coluninha lá onde ta escrito PAC e a gente começar a trabalhar, ta... Talvez a gente precise marcar uma reunião pra dar esse pontapé. E agora voltando aqui, bota la a planilha pra mim. O que, que a gente fez, a gente colocou numa única planilha todas as contribuições que a gente recebeu, pra tirar, pra colocar, pra alterar... E a gente foi colocando procedimento, se esse procedimento já tem ou não tem código na TUSS, a gente colocou se esse procedimento ta ou não ta no Rol, qual é a nomenclatura que ele ta no Rol, se ele ta ou não ta na CBHPM, é... Quem mandou e qual era a solicitação desse alguém que mandou. É a partir dessa planilha que a gente vai começar a consolidar alguns procedimentos, mas algumas coisas já chamaram a atenção da gente. É, a gente não teve tanto tempo assim pra conseguir olhar a planilha, mas tem algumas coisas que a gente queria discutir com vocês, por exemplo, a quantidade de procedimento solicitado que já tem no Rol, é uma coisa enlouquecedora, eu vou passar aqui. Nem a planilha abre... Então qual é o nosso trabalho agora? A gente vai pegar essa planilha, nós todos, a gente vai separar, isso já tem no Rol, eu vou mostrar pra vocês, a gente vai tentar entender porque é que isso ta acontecendo e vamos jogar isso fora. Depois a gente vai clicar no outro botão, isso não tem na CBHPM, vamos tentar entender o que está acontecendo e descartar. Então a gente vai eliminando essas coisas até chegar com x quantidades de procedimentos. Quando a gente estiver com essa quantidade de procedimentos a gente vai tentando entender solicitações e tentando discutir em cima de todos os critérios que a gente tem aqui. A gente vai conseguir ver, sei lá... 300 procedimentos hoje? Claro que não, o mais importante pra mim é que vocês entendam a lógica, o que quê a gente ta fazendo e que vocês possam fazer isso também, e mais do que isso, entender o que é que a gente tá fazendo e que vocês possam fazer isso também. E mais do que isso, entender o que que a gente precisa pra poder trazer desse grupo. Depois que essa planilha tiver toda preenchida, e a gente tem um grupinho pra isso, a gente traz pra cá em ordem de priorização. Então, o que que conseguiu preencher todos aqueles critérios e como que a gente vai discutir. Tudo o que foi pedido vai ser incorporado? De jeito nenhum, senão a gente não precisava tá aqui. "Né"? Então a gente ta aqui pra discutir dentro de tudo que foi solicitado como é que a gente dá encaminhamento a essas incorporações. Eu gostaria muito que esse ano a gente conseguisse sair daqui com uma coisa que a gente não conseguiu sair ano passado. A gente vai incorporar X procedimentos, mas outros X procedimentos a gente identifica como importantes, a gente identifica como prováveis procedimentos e que a

gente já saia com o compromisso de estudar, fazer análise de custo efetividade, a gente já sai com esses procedimentos identificados daqui, porque na próxima revisão a gente já tem o material pronto na mão e a gente não começa do zero até pra gente ter mais munção pra discutir. Ta? É... Quando eu tiver falando dos procedimentos eu vou lembrar de alguns que a gente conseguiu se debruçar, por exemplo, radioterapia, a gente recebeu da AMB separado por especialidades, a gente não conseguiu ler todos mas a gente leu alguns. É a maneira... Depois eu vou passar aqui como é que a gente recebeu da radioterapia, a maneira como a gente recebeu da radioterapia a gente olha e fala “Aleluia se tudo viesse assim a nossa vida seria muito mais feliz”. Então é esse tipo de coisa que eu acho importante todo mundo ter noção, “né”? O que que facilita nossa discussão aqui e o que que atrapalha nossa discussão aqui. Então, “vamo lá”. É... Vai passando devagarzinho pra todo mundo ver. Passa primeiro as coluninhas lá em cima. Então “ó”, a gente colocou o código, o procedimento que foi solicitado, o custo, isso daqui é a informação que a gente recebeu e ela tá aqui, não significa que é exatamente isso tá? A disponibilidade, como é que ele tá disponível, tem os mais variáveis tipos de informação em cada coluna ok? Então tá. Diretrizes, (aí é onde que ela tem?), se aplica ou não se aplica; as referências, quem já mandou, quem não mandou; quem foi o demandante, se tem ou não tem no Rol, cobertura, qual era o nome desse procedimento que tava no Rol, as vezes é o mesmo nome, aí é que a gente não consegue entender. Quando não é o mesmo nome eu entendo porque “cê” tem que buscar no batimento ou tem divergência mesmo, um acha que é uma coisa outro acha que é outra; agora quando é o mesmo nome eu tenho dificuldade de entender. É... Exclusão da lei, essa também é uma coluna que a gente fez pra discutir aqui hoje que é o seguinte... A gente não conseguiu terminar ok? Então o que eu mostrar aqui não significa que a gente já deu conta da planilha inteira, a gente deu conta de uma parte da planilha. Quando a gente “bota” ali “exclusão da lei” significa: esse procedimento não pode ser analisado porque ele cai nos critérios do artigo dez. Então, o que tiver exclusão da lei, sim, a gente também não vai analisar por esses motivos ta? Tudo bem aí? Aí depois vem CBHPM sim ou não e se já foi ou não analisado pelo CONITEC. A partir do CONITEC pra trás a gente não conseguiu ainda preencher “esses trem” não, “cês” vão ter que ajudar “pra gente”. A idéia é que a gente preencha se tem ou não estudo custo de afetividade, se tem ou não referências de evidência mesmo de ATS, se é ou não uma tecnologia substitutiva, se tem ou não distribuição de rede, se tem desfecho relevante e depois a gente consiga atribuir um grau de relevância “né”? De priorização. Então “pra lá pra trás” ainda não ta. Qual o exercício que eu queria que a gente fizesse agora, “vamo lá” primeiro no Rol...

Então primeiro Tete “mostra ae” quantos procedimentos a gente tem nessa planilha.

...aqui tem inclusão, exclusão e adequação ta? Quantos procedimentos têm? Só pra gente ir tendo noção do tamanho. São 452 procedimentos. Tava feliz da vida, fala “pô” a gente vai (...) 524, oito. Ok, 527 procedimentos, ta? Só pra gente ir guardando esses números, então a gente tem 527. Sabendo que tem alguns, pouquinhos aqui que é pra excluir, ta? A grande maioria é pra incluir. Agora “vamo lá”, “vamo” pra coluninha que diz “Rol sim”, cobertura sim...

Ficou mais alguma coisa ali vazia.

...Então “Rol sim”, só pra gente ter uma idéia 172, então de 526, 172 já tem no Rol. Fala João. Não, é porque a gente botou cobertura sim ou não e na direita a gente já ta colando o nome do procedimento no Rol entendeu? Pra poder identificar, porque as vezes um procedimento do Rol tem três na cobertura, aí a gente foi colando o nome do procedimento. Então assim, é... Obviamente a gente nem consegue enxergar aí atrás, né, os procedimentos mas pra “cês” ter uma idéia do volume disso. Então a gente vai precisar entender e a gente vai precisar ler cada um deles, porque que aconteceu? Né? É se a gente for...se você conseguir juntar aqui até o nome que ta no Rol, acho que fica mais claro isso. Então, é... Que que aconteceu? Isso não ta tendo cobertura, o nome ta muito difícil, ta muito diferente, o batimento não ta bom, o que que ta acontecendo pra esse volume tão grande ta caindo aqui? “Né”? 172, 172 já tem cobertura. Tá? Então essa é a primeira coisa que a gente vai ter que descobrir hoje. Então já guardamos de 526, 172 já tem. Agora volta pro tudo. E aí gente, só pra gente ter uma noção, a gente ta falando da gente mesmo. Quando a gente faz isso pra uma consulta pública ok, porque na consulta pública a pessoa realmente não tem acesso a planilha, ela não tem entende o que que é aquilo neh? A gente ta falando da gente “hein” que é mais grave. “Vamo” lá pro CBHPM, ta, CBHPM não, quer dizer, CBHPM não. Pode.

P/ Homem não identificado - É só uma curiosidade, assim esse dado realmente é impressionante e eu imagino que isso afeta também o que muitas operadoras de plano de saúde, auditoria, enfim, é na hora de avalia se um procedimento é coberto ou não, talvez eles caiam nesse mesmo equívoco e talvez até mesmo a equipe da ANS que controla o 0800, a (...), também eventualmente possa cair nesse erro porque justamente as vezes da com um nome mas ta com outro nome. E aí assim, isso acaba tendo um reflexo grande na...

Martha (ANS) – É, o que que a gente fez, é, quando por exemplo, no 0800 na hora que a pessoa fala qualquer um desses nomes a planilha que ta por trás delas já é o batimento, então se ela acha qualquer um daqueles nomes ela relaciona com o procedimento correto, isso não é fácil não. Assim, é difícil para nós, imagina para todos. Então assim, é difícil, mas a gente ta tentando criar algum mecanismo assim... que facilite isso, mas não é fácil.

Sheyla Rodrigues (Fenasaúde) – Eu acho que isso é um ponto pra ficar bem claro pra todo mundo que o Rol é cobertura, não é código de procedimento “né”? Então quando ele cita uma cobertura A, aquela cobertura A pode refletir dois, três, quatro códigos. Ele não é uma tabela de CBHPM, de (...), nada disso, é Rol de cobertura. Eu acho que todo mundo tem que ter isso em mente pra poder entender o que que tá acontecendo aí.

Martha (ANS) – Conseguimos? Então, dos 526 solicitados, 65 não tem na CBHPM. Então se a gente somar os 172 com 65, a gente já tem mais da metade dos procedimentos, 237. Ok? Então a gente também vai ter que ver esses procedimentos aqui, o que que a gente fez da outra vez, a gente encaminhou pra AMB. Então assim, a gente recebeu tudo isso de solicitação mas isso não tá na CBHPM, pra eles terem conhecimento também do volume de coisa que tá chegando pra gente sem antes ter passado por lá. É...Karla falou que isso é um dois, dois “tão” em exclusão. Tem, tem, tem.

P/ Mulher não identificada - Dois foram solicitações da Fenasaúde de exclusão, células LE e ductografia mamária, tem uma referência bibliográfica em relação a isso também.

P/ Mulher não identificada – Tá.

P// Mulher não identificada - Foram duas solicitações pra exclusão desses procedimentos.

P/ Mulher não identificada – É da Abrange?.

P/ Mulher não identificada – É da Abrange, desculpa.

Martha (ANS) – É Tete, dá uma olhada agora no... se a gente já marcou alguma como exclusão da lei.

Tereza Pasinato (ANS) - Tem um homecare que é atendimento domiciliar.

Martha (ANS) – Então assim, depois de todas essas análises, a gente ficou com mais ou menos 200 procedimentos, é... pra gente analisar. Tá? Desses 200 procedimentos...

...desses procedimentos que sobraram a gente vai ter que fazer então aquelas análises que a gente se comprometeu, tem ATS, tem mais ou menos custo efetividade ou pelo menos um valor de custo, como é que tá a distribuição, qual é a relevância e etc. “Né”? Esse grau de priorização é a soma disso, então ele tem distribuição geográfica, ele tem ATS, ele tem análise de custo, ele tem, ele tem, ele tem. Quanto mais ele tem, mais ele sobe na lista.

Marlene (COFITO) – Martha

Marlene (COFITO) – Eu, Marlene, do Coffito. Então a gente tem uma solicitação, eu encaminhei pra você. Estava falando com a Karla aqui parece que não foi...

É. Porque na verdade, no Rol de procedimentos, é... não consta, é, os procedimentos de fisioterapia ta? Na verdade, o que consta lá são procedimentos de fisioterapia, medicina física, ta? Então assim, a nossa solicitação é que no Rol de procedimentos tenha a nomenclatura da fisioterapia, ta?

Martha (ANS) – Ta. Então deixa eu falar uma coisa assim, quando a gente interpreta o Rol, a gente interpreta o Rol é pra qualquer profissional da área da saúde. Então Marlene assim, se tem escrito lá, por exemplo, colher maçã, colher maçã é um procedimento que pode ser feito por médico, dentista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Ok. Se todo mundo pode fazer e quem diz quem pode ou não pode fazer é o conselho. Se todo mundo disser que esse é um bom exemplo disso é psicoterapia por exemplo, “né”? É... Se todo mundo disser que pode fazer, pela gente ok. A gente precisa achar é a nomenclatura do meio, eu também não posso usar uma nomenclatura que só a fisioterapia use e a fisioterapia não use, então o ideal é que seja a nomenclatura padronizada. Qual é a nomenclatura padronizada hoje? Hoje a nomenclatura padronizada é a TUSS. Então, é...

É... Se a gente tiver então a nomenclatura padronizada para isso na TUSS), ok a gente usa a da TUSS. Qual é o meu problema? A gente já viu isso, isso acontece pra todo mundo ta? Pra fisio, pra fono, pra TO, pra psico., pra todo mundo. O mesmo procedimento, o mesmo, ta na TUSS com nome pra médico e o outro nome pra outro profissional; aí eu não dou conta, aí vai ser “uni-dunite” “ahn” escolhe um e bota, porque eu não posso coloca os dois e eu vou ter que escolher um dos dois, então entendeu? A gente não tem...

Marlene (Cofito) – Eu entendi Marta mas veja, tem casos que é... da fisioterapia que não consta, por exemplo, vou dar um exemplo ta lá tratamento fisiátrico de patologia ortopédica, quem faz? Tá dizendo, é tratamento fisiátrico, não é o fisioterapeuta.

Martha (ANS) – Olha, pode ter algum erro, a gente na ultima...

Marlene (Cofito) – Tem vários.

Martha (ANS) - ...revisão tentou, botamos buscador, localizar e arrancamos todos os fisiá... assim, fisio... fisiátricos. Se sobrou algum, “cê” mostra pra gente qualquer que a gente arranca, e aí fica o procedimento. Eu não sei, eu “num”... A gente tentou mesmo colocar no localizar e sair tirando, mas se sobrou algum a gente apaga. Eu num consigo é... porque assim, são muitos diferentes os nomes pelo menos do que a gente viu na TUSS e é a mesma coisa, aí eu vou ter que escolher um não tem jeito, ta? Entao se sobrou esse tipo de coisa é

uma adequação, é só a gente ir lá tirar o nome, rapidinho a gente faz isso e apaga, ta?

Marlene (Cofito) – Ta, mas tem a nomenclatura da fisioterapia na TUSS aí e agora?

Martha (ANS) – Mas é isso que eu “to” te falando. É assim, quando... se for um procedimento diferente, diferente do que ta lá no Rol, é um outro procedimento. Ótimo, isso é uma solicitação de inclusão, mas se é o mesmo procedimento só que por uma questão de linguagem ele tem um outro nome da fisioterapia e na fisioterapia, aí eu não dou conta, aí a gente vai ter que escolher um.

Marlene (Cofito) – Então que seja um da fisioterapia e outro da fisioterapia. E não todos na fisioterapia.

Martha (ANS) – Aí vai ficar todo mundo na terra de malboro “né”?...

P/ Mulher não identificada – Pois é.

P/ Mulher não identificada – ...que aí ninguém vai fazer nunca mais nada.

Marlene (Cofito) – Mas não pode ser sempre o mesmo...

P/ Mulher não identificada – Assim é...

Marlene (Cofito) - ...tendencioso, não pode.

Martha (ANS) - ...eu entendo, eu entendo. Eu... claro que a gente tem que tirar a palavra fisioterapia, eu não tenho a menor dúvida mas eu acho que a gente tem que diminuir erro, e aí diminuir a chance da pessoa deixar de ser atendida. Essa é minha maior preocupação. Principalmente deixar de ser atendida por erro de nomenclatura, “né”? Então Marlene, eu acho que a gente tem que usar um nome mais comum, a gente vai ter que chegar “num” consenso de qual é o nome mais comum. Se o nome mais comum é uma linguagem médica, ótimo, se o nome mais comum é uma linguagem fisioterapeuta, ótimo e a gente vai “bota” o mais comum. Agora tem que ser o mais comum porque senão as pessoas vão deixar de ter aquele atendimento por um erro de nomenclatura, ta?

Marlene (Cofito) – Martha, só pra esclarecer, só pra esclarecer porque ta escrito assim “ó”: reeducação e reabilitação, ta? A fisioterapia ela não se resume nisso só, esse é o problema que também está ali também no Rol, “né”? Não é só reabilitação e reeducação...

Martha (ANS)– Ta.

Marlene (Cofito) - ... vou chamar atenção só pra isso. Porque a forma como está descrito tanto pra fisiátrico quanto pra fisioterapeuta é isso, reabilitação e reeducação. E não se resume a isso a fisioterapia e fisioterapia.

P/ Mulher não identificada – Mas são vários procedimentos “né”? Como...

P/ Mulher não identificada – Mas eles normalmente começam assim.

Martha (ANS) – Mas se a gente tirar essas duas palavras resolve?

Marlene (Cofito) – Vamos analisar com calma.

P/ Mulher não identificada – Ta bom.

P/ Mulher não identificada – Ta bom?

Martha (ANS) – Então “cê” faz essa proposta pra gente...

Marlene (Cofito) – Sim sim.

Martha (ANS) - ...porque se for uma proposta de nomenclatura, sem problema. Ta?

Marlene (Cofito) – Ta ótimo. E a nossa consulta fisioterapeutica “né”? Que a gente não vai abrir mão mais “né” Martha?

Martha (ANS) – Ta bom. Benício ta inscrito e o Arthur... Ta.

Benício (CFO) – Benício, Conselho Federal de Odonto. É esse problema nós “tivemos” na realidade na odontologia, na medida que a gente foi discutir a TUSS existiu a regulamentação, “né”, uma RN pra odonto e existiu uma RN pra os outros procedimentos em saúde, “né”? Era uma, cinco, quatro... era todo o Rol de odontologia, a partir da 211 acabou a um cinco quatro foi incorporado dentro da 211; aqueles procedimentos que diz que batia muito com o procedimento médico, “vamo” supor, da boca maxilo facial, o que aconteceu? A cobertura dele na sua grande maioria, ou praticamente 100%, era no plano médico e isso ficou na tabela médica. Então a odonto até aqui, “né”, ficou praticamente até aqui nesse momento, nós ficamos só com a parte ambulatorial, a outra parte que tinha cobertura mesmo o dentista fazendo, ela ficou na tabela médica. Então tanto pode usar o médico como pode usar o dentista...

Martha (ANS) – Isso... Então “vamo” lá. Tem uma diferença entre segmentação e quem faz. Então a segmentação é pra quem compra aquele plano, não é que eu comprei o dentista, eu comprei um plano odontológico, então se eu comprei o plano odontológico eu tenho direito aquela cobertura que ta marcada pra odontologia; outra coisa é quem faz o procedimento buco maxilo, o médico e o dentista, então ele ta marcado não é como o médico faz, ta marcado que ele é

feito dentro do plano hospitalar. Então é totalmente diferente a segmentação de quem faz. Então só pra gente não confundir Arthur. (Quem vai depois?)

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) – É na verdade eu fiquei um pouco confuso, é, dentro daquilo que “cê” acabou de começar a mencionar da preocupação de deixar gente de fora, a _____ da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. É... Porque mais da metade... Eu diria que 60% das demandas que nós encaminhamos e aí eu até receito que algumas delas tenham caído no Rol sim, entendeu? É... de maneira inadvertida, mas uns 60% dessas demandas desrespeita as seguintes situação: vocês tem na resolução _____ o capítulo... o artigo 11 do capítulo 2 que determina algumas técnicas entre elas as que nos interessa que é a...

Martha (ANS) – Ok.

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) - ...neuronavegação...

Martha (ANS) – Ok.

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) - ...e a radiofrequência que precisariam teoricamente por esse artigo ta denominado após o procedimento...

Martha (ANS) – Ok.

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) - ...Como exemplo, por exemplo, ir dentro da situação da exclusão frequente pra não dizer 100%, por conta das operadoras de procedimentos frequentes como a rizotomia percutânea; a rizotomia percutânea, está no Rol, então meu medo é que ela aparece Rol sim naquela tabela que você mandou. Porém, única maneira de se fazer rizotomia percutânea hoje em dia é com radiofrequência, no entanto, a radiofrequência ta no artigo 11 do capítulo 2 e como não está depois do procedimento que está no Rol, então a conclusão é a seguinte, ninguém faz rizotomia percutânea hoje em dia porque o único modo de fazer rizotomia percutânea é por radiofrequência, e a RN pede que a radio frequência esteja discriminada após o procedimento. E várias das nossas demandas tem esse sentido é... na visão que esses indivíduos tão sendo excluídos do melhor tratamento por uma questão que não é nem de inclusão no Rol, porque o procedimento está realmente no Rol, mas é de uma brecha jurídica aberta pela maneira como a redação atual se encontra, então a minha pergunta é como é que isso vai se lidar?

Martha (ANS) – Tá. Pra gente isso é uma outra tecnologia, então se tiver ali Rol sim ta errado. Então, isso é pra ser analisado sim, isso é pra ta no Rol não e isso é pra ta nessa discussão sim. Porque? Porque não foi a toa que a gente colocou, não é uma brecha jurídica, é intencional, a gente colocou aquele artigo

pra que? Pra que essas tecnologias estejam sim discriminadas quando houverem. Então, é pra ta no Rol não e é pra ta na nossa discussão sim. Tá?

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) – Mas é na nossa discussão de hoje ou na (...)

P/Mulher não identificada - De hoje, de hoje.

P/Homem não identificado -... a de hoje.

P/Mulher não identificada - De hoje, ta?

P/ Homem não identificado – Marta, você falou que a partir da construção do Rol de 2016, a análise econômica definitivamente vai entrar em pauta. Todavia, nessa planilha, ta explicito que questões de análise econômica também serão consideradas. É... ocorre que a planilha que foi solicitada pras sociedades de especialidade e/ou área de atuação por intermédio da associação médica brasileira, não há solicitação é... de estudos econômicos, é... a nossa sociedade fez o pleito de incorporação pela CONITEC e um determinado procedimento, esse mesmo procedimento nós solicitamos é... a pré inclusão na ANS de 2014 por intermédio da AMB. É... esse trabalho de solicitação de inclusão CONITEC considera, entre os critérios a análise de custo efetividade e impacto orçamentário só que feito no âmbito do SUS. É... a pergunta, é... essa análise é considerada por vocês da ANS como (...) da análise econômica ou não? É... e a vez que apesar não haver espaço nessa planilha de Excel pra colocar isso, nós encaminhamos o documento submetido a CONITEC por intermédio da AMB pra ANS. É... se não for considerado, ainda há tempo hábil pra que se remeta uma custo-efetividade no âmbito da saúde, é... o modelo econômico que é solicitado pela CONITEC, nós podemos também encaminhar pra ANS pra que ela possa fazer as devidas análises e julga conveniente?

Martha (ANS) – Sim, sim, sim, sim, sim. Então “vamo” lá. É... primeiro na planilha que a gente mandou pela AMB tinha uma coluninha custo, né? Não tinha análise de custo efetividade. Na reunião que a gente fez lá na AMB, a gente começou a conversar um pouquinho sobre custo efetividade. É... a gente falou que a gente ia sim se debruçar sobre isso, que a gente sabia que nessa revisão de 2012 a gente não ia ter condição de ter aquele tipo de análise de custo efetividade pra tudo, claro que não, mas que a gente precisava começar essa discussão, então uma análise mínima de custo e frequência a gente ia fazer, a gente ia trazer pra cá pra discussão, então o que a gente queria pra naquela coluninha de custo? O custo. Custa, o procedimento custa X, né? Que é por onde a gente começa né o que já tiver análise de custo efetividade muito melhor então serve sim porque a gente não vai usar a reprovação de lá pro conta de custo pra isso e claro que análise de custo efetividade é a mesma cultura é o mesmo tudo então é claro que serve pra encaminhar pra gente não tem problema tá

Marcelo Queiroga (Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista) - específico pra saúde suplementar ou não?

Martha (ANS) – o ideal que a gente caminhe nesse sentido você na vai ter tempo pra fazer ...

Marcelo Queiroga (Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista) - eu tenho eu tenho Marta em relação a saúde suplementar eu apenas não mandei pra Conitec pois não era o caso

Martha (ANS) – então manda pra gente claro claro por favor

P/Mulher não identificada – são semelhantes as tecnologia disponíveis na suas no sistema privado então a análise de tecnologia vão ter que ter os aspecto do sistema que se esta se relacionando então esse é um fator que provavelmente nem sempre o comparador vai ser o mesmo e segundo e a questão da informação como é que a gente vai usar os dados de custo? cada hospital tem um valor de procedimento cada mercado tem um valor de produto cada como é que a gente vai usar pra isso se a gente não tiver um banco de dados que nem a gente tem a data (...)

Martha (ANS) –... vou te falar como a gente usa se a gente não tem se ninguém manda pra gente a gente usa a ultima CBHPM em vigor

P/Mulher não identificada – mais ai é só os honorários médicos

Martha (ANS) – não a gente soma e pega o calculo do custo do procedimento ponto algumas vezes a gente entra no site de prestadora três, quatro tira uma media e pá.

P/Mulher não identificada – então a gente pode fazer um simulado por exemplo

Martha (ANS) – e deve...

P/Mulher não identificada – usar um (...)

P/Mulher não identificada – Doutorzinho João

Emilio Zilli (Presidente da Câmara Técnica da AMB) - a tarde a todos meu nome é Zilli, eu sou presidente da câmara técnica da AMB desculpe pelo horário na realidade eu acho que a gente tá num processo bastante interessante mais muito complexo que é basicamente um processo de incorporação de conceitos né . Quando o Queiroga fala que ele tem condições de fazer um custo efetividade de dinâmica da sociedade rica ocorre que você tem uma sociedade que não é tem rica ocorre que tem a maioria de especialidades que não são tão ricas como aerodinâmica que não tem condições de fazer uma relação de custo e de (...) aliás até a própria relação de custo efetividade é questionável porque qualquer relação de custo efetividade

em nosso meio é questionável então é... porque eu to te colocando isso ? Eu to colocando isso porque me preocupa muito quando você fala sobre incorporação de conceito eu acho que é um processo mais o grau de priorização não é o processo ele já existe então quando a gente fala incorporação quando a gente define incorporações de conceito e fala em grau de priorização isso me assusta porque esse ano o que a gente vai ter uma porção de coisa que a gente não vamos ter condição de cumprir e nem a medicina de grau (...) e o que vai ser incorporado o que é grau de priorização vai ser isso que acabou de ser falado o custo operacional a eficácia a eficiência essas coisa todas ou são as ações tecnológicas saúde eu não sei o que é isso então eu acho que primeiro a gente tem que sentar pra ver isso se não a gente vai ter um grande (...).

Martha (ANS) – verdade o que a gente discutiu internamente disso doutor Zilli assim a gente tem as análises que a gente sempre faz então uma das principais hoje pra gente tem uma avaliação de tecnologia positiva essa a gente não foge essa a gente vai discutir vai buscar melhor evidencia essa a gente não vai fugir né e eu acho que essa já permeou todo mundo aqui to mundo já entende já compreende enfim e quando a gente não tem a gente busca lá na AMB tenta achar o que a gente tem e ponto. É a segunda análise que não é fácil mas que a gente também não faz sem ela é a análise de rede se o equipamento cirurgia medicamento qualquer coisa que seja não tiver a a palavra é ruim mas é a única que existe razoavelmente distribuída no país não tem como a gente trazer isso pra cá então essa aula de (...) São Paulo obviamente o procedimento não pode ser feito só em São Paulo então isso também é um parâmetro importante né e que também e eu acho que é palpável e que a gente consegue discutir aqui o terceiro parâmetro que a gente sempre coloca ali pra discutir é, ele vai precisar ou não vai precisar de diretriz? Qual é a diretriz que precisa ser feita? A agregando a isso a gente já fez um pouquinho dessa discussão ano passado é a gente não vai querer que todo mundo faça a análise de custo e efetividade do que (...) esse ano, por isso que no final desse GT cada um vai sair com uma listinha pro ano que vem o que que a gente vai precisar de análise de custo efetividade por que ai com 1 ano e meio a gente consegue fazer sim, então pro ano que vem a gente vai querer sim, mais esse a gente vai fazer a mesma análise que a gente fez ano passado e quem tava aqui ano passado viu, a gente pega o valor unitário do procedimento e bota em setinha a freqüência que ele tem, alta média ou baixa e apresenta pra vocês, a... um custo x preço unitário x com freqüência alta, custo unitário x com freqüência baixa, custo unitário x com freqüência mediana, é o que a gente consegue fazer, é isso a gente consegue fazer sozinho pros procedimentos que já tiverem passados nos critérios anteriores então é, ele ta na lá na priorização? Ta, por que no final das contas a gente vai usar agora ele é um dos primeiros a ser analisado? Ainda não; então é mais ou menos isso que a gente faz a gente não vai poder fugir muito dessa análise igual a do ano

passado, frequência e custo, então é óbvio que quando a gente já tem uma coisa mais avançada é muito mais fácil da gente discutir quando a gente não tem, frequência e custo. Ok a gente também separa um capituluzinho pra isso, mas não é o nosso problema, o nosso problema aqui é alta frequência e alto custo. Passar um exame de triagem de alto custo, é o que impacta...

P/Mulher não identificada - ...Frequência esperada...

P/Mulher não identificada – Coincidência da patologia que necessitaria por que são coisas diferentes...

P/Mulher não identificada –... é o que a gente tiver.

P/Mulher não identificada – Por que assim é, é o que eu acho a gente tava até conversando no intervalo que no Brasil há necessidade de você incorporar a tecnologia, medicamento, procedimento seja enfim isso não importa o profissional, importa sim o direito do cidadão de ter uma cobertura que abranja a maior parte da população seguindo aquela sua necessidade absoluta né? e não aquele procedimento que não é realizado em quantidade, é ou é realizado mui... ou teria muita frequência de otimização mas na realidade tem outro que você não tem tanta frequência por que não tem abrangência não tem mais é extremamente necessário, então acho que nessa questão a gente tem que analisar a necessidade o fator epidemiológico da nossa população...

P/Mulher não identificada – Mas é isso, quando eu falo assim, baixa frequência alto custo é um outro capítulo que não é o capítulo alto frequência alto custo.

Martha (ANS) – Né principalmente quando você tem outro substitutivo, sim então é... (ininteligível) exatamente (ininteligível) quem foi que falo que não acreditava no crescente, crescente de educacional? (risos) então vamos lá, João quer falar e... (ininteligível)

P/Homem não identificado – Eu...

Martha (ANS) -... ai Joana desculpa esqueci de você (ininteligível) o Marcio já com mic... a ela também ai depois o (MARCIO JOÃO?)

Joana Cruz (IDEC) – Bom ah é o que eu queria, é verificar é que eu vi ai no Rol ... nessas propostas acompanhamento de trabalho de parto e ai eu queria resgatar aquela discussão que a gente teve no GT do ano passado, e, é... esclarecer se esse acompanhamento de trabalho de parto que ta ai nessa proposta significa... a cobertura do honorário do pré-natalista que se dispôs a fazer o parto em (...) a taxa e se isso ta coberto ou não porque a gente ficou naquela discussão no GT teve toda uma discussão se era ou não procedimento, mas a questão era que não ficou claro pelo menos pra mim quando eu vi a nota da ANS no final do ano depois daquela discussão, se, tudo bem nem todo pré-natalista tem obrigação de fazer o parto, mas aquele que se

dispõe e que é credenciado, se cobrar esse, esse honorário vai ser coberto? Por que nós entendemos que sim...

Martha (ANS) – A Joana melou a reunião agora, acabo a gente desiste vamos embora, vamos desistir da reunião do Rol (risos) ...

P/Mulher não identificada -... não, mas era assim ...

Martha (ANS) -... vou falar rápido, vou falar rápido pra ninguém ouvir (ininteligível), primeiro o procedimento já ta incluído no Rol...

P/Mulher não identificada -...ta...

Martha (ANS) -... então não existe isso, ele ta marcado ali como já ta incluído e tal...

P/Mulher não identificada -... aham...

Martha (ANS) –... a proposta aqui é fazer uma diretriz então não é essa a proposta da sociedade...

P/Mulher não identificada -... ta...

Martha (ANS) -... é um pouquinho diferente por que eu já dei uma olhada, eu to falando bem RÁPIDO,e segundo não, não pode se ele ta (...) se ele ta credenciado na saúde suplementar com os contratos que existem hoje em vigor não pode, agora vão passa pro segundo ponto antes que a gente entre nesse com maior profundidade, é, Marcio.

Márcio (CFM) – Márcio _____, Conselho Federal de Medicina, não eu só queria faz... primeiro fazer uma sugestão, é que separasse o que é procedimento médico, quantas sugestões vieram do que é procedi... é exames de laboratório e raio-x anh? Assim se é grosseiro...

Martha (ANS) – VOCÊS não são procedimento médico...

Márcio (CFM) -... não falo, falo alá pro exemplo, ácido não sei o que não sei o que, que de repente uma máquina que ta fazendo, né? o que eu to colocando é que depois, depois a ANS solta que entraram mais trezentos procedimentos no Rol ai duzentos e cinqüenta é exames de... ah não é assim que funciona né, nos precisamos preservar os procedimentos que estão fora, que...

Martha (ANS) -... mais eu entendi o que você quer dizer

Márcio (CFM) -... entendeu o que eu to querendo dizer?

Martha (ANS) -... mais todos eles são procedimentos...

Márcio (CFM) -... sim claro, claro...

P/Mulher não identificada -... eu vou dizer _____ assim, pode ta errado ta, eu vou lê...

P/Homem não identificado -... é...

Martha (ANS) - ...por, por especialidade quantos foram solicitados? a anatomia patológica, Citopatologia, não a anatomia patológica 4, cabeça e pescoço 3, é... eletro-fisiológicos 16, endoscópicos 8, exames específicos 7, genética 27, medicina laboratorial 128, mais da metade do que sobrou...

P/Homem não identificado – Ai esse ai o exemplo que eu queria dar...

Martha (ANS) - ...pra ser analisado, é, medicina nuclear 5, medicina transfusional 13, diagnóstico por imagem 11, nariz e seios para nasais 12, isso aqui ta por capítulo ta? É, olhos 8, orelha 1, outros, outros é ótimo 4, é, outros procedimentos invasivos 2, parede toracica 3, tecidos subcutâneo 10, procedimento clinico ambulatorial 18, é, radioterapia 5, ressonância magnética 8, sistema cardio circulatório 9, digestivo 39, genital e reprodutor feminino 39, genital reprodutor masculino 6, músculo esquelético e articulações 6, sistema nervoso central e periférico 2, respiratório mediastino 8, urinário 20, testes pré-diagnósticos 19, tomografia computadorizada 7, transplante de órgão 11, ultrassonografia 11, aqui “tão” aquele “totalzão” lá, então daqui a gente tiro aqueles outros que já tavam no Rol e tal... mas ele tem razão, da metade que sobrou, metade é de anatomia anatomia patológica, patologia...

Márcio (CFM) -... é, não, não questionando o procedimento em si né? por que o que a gente sabe que hoje todos os dias sai um exame novo, principalmente laboratório, agora, temos que ter cuidado (...) é... na hora de... (...)

P/Mulher não identificada -... mais Márcio só pra gente entender aqui, é um procedimento...

Márcio (CFM) -... sim...

P/Mulher não identificada -... que as vezes tem alta freqüência e alto custo, né? Mas João...

P/Homem não identificado – É, só Marta, reforçando isso que tu já falas-te, da... da questão de essa diferença que todos tem que entender, quando a gente fala no GT, no grupo técnico de que vai, fazer analise de custo e efetividade é óbvio que ninguém vai conseguir fazer de todos os procedimentos, mas eu imagino que a gente vá filtrar aqueles que tem, ai sim, independente do preço, que tem o custo alto pra operadora, que tem um impacto econômico grande então só diferenciando, voltando a ressaltar a diferença entre preço e custo, o NAT, o preço não é tão alto, dependendo da negociação oitenta, noventa reais, mais o custo é muito do NAT, por que ele impacta é... por conta da EPIDEMIOLOGIA do (...). a... freqüência que vai ser

utilizada, então isso é muito importante, a outra que eu já falei na primeira reunião, é... é assim, é lamentável que a gente veja pedidos de incorporar quinhentos e tantos procedimentos se a Martha, deve ser tão pouco que gera... nem lembrou quantos foram desincorporados, quantas propostas de desincorporação?

P/Mulher não identificada – Duas...

P/Homem não identificado – Talvez só a Fenasaúde, duas...

P/Mulher não identificada – ...Abrange...

João - ...Abrange? Bem, então é assim, se vocês forem fazer uma análise da CBHPM dos quatro mil cento e oitenta e sete procedimentos, ou quatro mil e poucos... é, somente mais ou menos quatrocentos e poucos representam 95% da utilização de um plano de saúde, existe... (...) obviamente que são feitos em varias regiões do país, mais eu acho que ninguém para pra pensar nisso, existe procedimentos da... da CBHPM, que pelo menos na operadora que eu... que eu trabalho a mais de cinco anos que são realizados, e é uma operadora nacional, ninguém tira esse, desculpa o termo... lixo que ta na tabela e ai fica toda vez essa confusão...

[falam muito baixo ao fundo]

João – ...é, então eu acho que isso seria um trabalho que ai ah... as sociedades médicas poderiam ajudar a gente a limpar essa quantidade de procedimentos, ai começam as confusões é... de interpretação de tabela, de saber se ta no Rol ou não, causando confusão na cabeça do usuário...

Martha (ANS)– Eu concordo totalmente com o João, ano passado a gente fez uma lista de 12 procedimentos, o João deve lembrar disso, a gente fez uma lista de doze procedimentos que a gente considerava obsoleto, depois da consulta publica a gente so conseguiu tirar 4, então assim, nem o que a gente jura por Deus que é obsoleto, assim as pessoas se agarram a aquele procedimento como se fosse a ultima coisa do mundo e ninguém mais faz efetivamente e aquilo atrapalha realmente quando você vai fazer, é... por que atuário não é médico né gente, atuário na hora que fazer o cálculo do plano e saúde pega cinco mil procedimentos, é diferente de você ter dois mil, então assim eu não tenho a menor duvida que a gente tem que limpar essa planilha, agora é *very difficult*...

P/Homem não identificado – É, e eu acho que isso tem um pouco haver, caso... meu conhecimento nesse aspecto é... é um pouco limitado mas... a gente conversava um pouco sobre a questão da estrutura de outros locais, quer dizer você tem regiões que não tem estrutura pra fazer ai você inclui um procedimento ali, você cria um vácuo, é... o que é preocupante por que a gente estaria nivelando por baixo nesse aspecto, mas talvez muitos procedimentos

que não saíram do Rol ainda é por que em alguns estados que não tem a uma tecnologia mais avançada acabam fazendo, né? acaba sendo um círculo vicioso nesse aspecto, é... mas também acho, e aí uma sugestão é... talvez de criar também formas de induzir é... uma reestruturação tecnológica do, dos centros mais avançados e tal, como por exemplo eu vejo muito acontecer com santas casas, é... que quando um procedimento é incorporado no SUS elas acabando criando aí uma...

P/Mulher não identificada - _____apresentação...

Tiago (Oncoguia) - ...necessidade de incorporar aquela tecnologia no hospital e justamente pra poder vender e ter mais giro econômico, acho que acaba sendo uma coisa positiva, e uma outra questão Martha, que... que... a gente conversava aqui é... e eu sei que isso encontra uma série de resistências e... argumentos até relativamente consistentes, o Conselho Nacional de Justiça ele editou uma recomendação que óbvio não tem valor vinculativo mais, é... de que a ANS considerasse no Rol dos procedimentos a sumulas editadas pelos Tribunais de Justiça, eu sei que é uma questão é um “calcanhar de Aquiles” mas, não seria talvez interessante se a gente fizesse um levantamento e eu me proponho e eu acho que... a... as pessoas até da... das próprias operadoras os médicos, fazer um levantamentos das sumulas que existem nos Tribunais de Justiça e a gente por como um critério, é... de avaliação de incorporação ou não por que a partir daí eu acho que a gente ia acabar, resolvendo alguns gargalos, né? por exemplo a judicialização, é... e tá dando uma resposta pro Conselho Nacional de Justiça enfim... acho que acaba sendo uma construção conjunta e positiva pra todo mundo.

Martha (ANS) – Assim, duas coisas disso, assim... uma é que tá aqui Tiago, na hora que a gente coloca ali que a gente coloca todos os nossos pareceres, é... todos os pareceres então de judicialização, de Ministério Público “nana” tá tudo aqui, como sugestão que chego pra gente então tá nessa planilha, tá? Tá... tá identificado quando você abrir ela como demanda, então quando tá escrito demanda geralmente isso é uma demanda judicial...

[fala baixa ao fundo]

Martha (ANS) -... chego pra gente e a gente colocou na planilha, isso é uma coisa, outra coisa é... se a gente é... levasse ao pé da letra a decisão do CNJ a gente não tava aqui, então a gente acha que isso tá no meio daquela coisa da cultura que a gente tá falando, que a gente espera que um dia a gente supere, então é... nos países aonde a avaliação de tecnologia funciona, e ele é respeitada e ela é feita ela funciona pra todo mundo então, o Diogo falou isso né? se é... na Espanha na Finlândia na... França em Portugal em qualquer lugar do mundo você falar que era trinta mil dólares o... o teu corte e der trinta mil e um absolutamente todo mundo do país vai respeitar isso, né? aqui a

gente fala analisamos isso não tem efetividade isso, mata e as pessoas mandam fazer então é desse lugar que a gente tá falando e muitas dessas coisas que a gente analisou são experimentais então, a gente trouxe pra cá também, tá triado, tá na planilha igual a tudo, só que tá identificado como demanda tá?

Karla Coelho (ANS) – Só pra complementar, a... aproveitando ...a a proposta do... Tiago, do CNJ, o que que nós fizemos ano passado? Pegamos uma... análise de 2012, todas as demandas que cobertura que chegaram pelo Ministério Público ou Poder Judiciário, fizemos esse levantamento não to lembrando de cabeça a gente tem essa estatística, quatrocentos... setecentos... qua... setecentos, processos... é... pareceres jurídicos que foram dados pela, pela ANS, e eu vi, quantos que que... a gente teve esse trabalho de separar, quantos são de cada estado por estado, quantos são de Minas, São Paulo, Minas Gerais foi o campeão, é... seguido de São Paulo, e aí Rio de Janeiro e alguns outros estados, vimos também de onde tava vindo essa demanda, depois separamos o que que era solicitação de tecnologia ou procedimento e o que que era de medicamento, conseguimos fazer essa análise, depois dessa análise, vimos o que que era precedente, ou seja o que realmente tinha cobertura e chegou no judiciário e coisas que não eram precedentes exemplo: procedimentos experimentais como a Martha tá colocando que o próprio CFM fala que na... não... não deve ser feito no país que mesmo assim foi solicitado o juiz é, demandou pra gente, vimos também o que que era de plano antigo e o que que era de plano novo, por que a gente sabe o que que é plano antigo, a gente tem toda uma análise de contrato, o que que é plano novo tá dentro da cobertura tem um, toda uma legislação envolvendo isso e a gente consegue ter esse parecer mais rápido, fizemos o... os noventa mais procedimentos mais solicitados, criamos no site junto com o CNJ que era um grupo de trabalho que a ANS participa, os pareceres técnicos, então tem uns oitenta, solicitações que os juízes e Ministério Público, as operadoras mais solicitaram “tão” no site esses pareceres, tiramos é... nome de operadora, nome de beneficiário, sem identificar ninguém, é limpo... fizemos esse trabalho de limpeza desses pareceres, foram trabalho, da equipe o André tá até aqui que ajudou bastante a fazer esse trabalho com a gente, André e a Rosa que trabalharam nessa... nessa avaliação, tiramos, colocamos no site esses oitenta pareceres, temos mais duzentos e trinta já prontos pra colocar no site, que já “tão” na minha mesa tá ok, só falta essa parte de tecnologia de informação, vocês sabem como é que é, digitalizar tudo e colocar no site, ou seja, a gente tá alimentando isso, essa planilha, quando eu comecei a falar desses dados eu fui convidada pra FioCruz, já fui na ENSP, na FioCruz falar sobre isso, por que são poucos os dados do judiciário temos uma mestranda que quer trabalhar com esses dados, fazer uma tese de mestrado com essas informações, que é um banco de dados, que a gente tá alimentando e a gente continua alimentando esse bando de dados, isso não paro a gente já tá em

abril de 2013 esse banco alimentado mensalmente com essa avaliação, então a gente avalia a tecnologia faz uma triagem e começa a avaliar pra poder ver o que que tá chegando mais e informando pros juízes, por que muitas vezes a gente percebe que é falta de informação, e eles não conseguem tomar essas decisões, aí acaba tomando uma decisão sem embasamento técnico, é... ano passado a gente foi em dois congressos apresentamos esses dados, esses trabalhos inclusive “prum” grupo de magistrados embargadores, esses dados da saúde suplementar.

[Ininteligível de 01:48:02 às 01:48:07]

Tiago (Oncoguia) - ...já é súmula, a gente tá falando de decisões reiteradas, que já foram analisadas, diversas vezes e é um entendimento do tribunal, não é de uma câmara, não é de um determinado desembargador, então talvez se a gente conseguir pelo menos priorizar, não que tudo vocês vão concordar ou vocês vão achar que é adequado, mais talvez priorizar alguns, algumas súmulas a gente pode encontrar algum interesse (...) que vai trazer uma resposta pra ANS...

Martha (ANS)– Tiago assim, a gente tá numa é... hora que a gente fala muito isso, pra mim na hora da consulta pública aqui não importa se só a Lindália me pediu ou se a Lindália passou um e-mail todo mundo copiou e colou, e eu recebi vinte e nove mil contribuições, pra mim não importa, as da Lindália é mais consistente, tem avaliação de tecnologia, tem estudo “nana”... e a de vinte e nove mil não tem, a da Lindália entra e as da vinte e nove mil não entram, então é, eu prefiro colocar aqui dentro tudo que chego pra mim de judiciário e identificar como demanda e a gente estudar tudo do que eu pegar uma coisa que pode ter sido simulada errado no nosso conceito e deixar de fora uma coisa que poderia ter um monte de... de... de coisa bacana que poderia entrar, então a gente resolveu colocar tudo que chego pra gente e identificar como demanda, tá? Isso daqui, alguém pergunta, Ana?

P/Mulher não identificada – Só queria fazer dois comentários, o primeiro contra filantropia, é...

P/Mulher não identificada – Tá sem som o microfone da Ana, foi.

Ana Paula Nassar - ... quanto a filantropia, que, nós ESTAMOS “numa” contra mão né? então as operadoras surgiram verticalizaram, criaram cursos pra prestar serviços a outras... né inclusive até né pro SUS, e as filantrópicas surgiram as operadoras pra sustentar os hospitais né, que atendem 70% dos leitos do SUS do país então que fique claro que a gente é um sistema extremamente frágil de sustentabilidade dessas operadoras, eu quero deixar esse registro bem claro aqui embora eu tenha me mostrado a favor de uma série de inserções no Rol por que eu encaro isso assim como a CBHPM como custo efetividade como no futuro isso vai trazer benefício ao sistema, aos

beneficiários e por tanto a própria operadora mais me chamou muito atenção nesse gráfico pelo número de demanda recebida, não sei se é por causa do volume que é muito grande mais eu não vejo em imagem que você também tem um grande número de solicitações de radiologia enfim__ Patologia clínica da medicina laboratorial que teoricamente 80% do exames são simples né, são exames de baixo custo né, máxima e média complexidade e pouquíssimos de alta complexidade então me chamou atenção eu gostaria de ver esse dado depois no requinte.

Martha (ANS) – Então, por que, que eu quis botar esse gráfico aqui alguém perguntou isso a gente fez essa estatística do que recebemos então aqui ta é... A gente viu lá que o total 526 só que como a gente recebeu de várias vamos combinar que aqui tem 500 vamos dizer que aqui tenha 500 solicitações ta é... Isso daí é distribuição por sociedade do que a gente recebeu da CBHPM é o que, que a gente viu olhando... A gente vai passar a planilha inteira pra todo mundo e ta, mais, por exemplo, da medicina laboratorial tem muita coisa é... Eu esqueci o nome da especialidade agora que fica vendo é... Iodo, cálcio... Como é o nome daquilo? Não! É uma especialidade...Ortomolecular então tem uma quantidade de coisa bastante razoável de medicina ortomolecular e é uma especialidade que não é obrigatoriamente coberta pelo Rol então tem coisas desse tipo aqui dentro ta a gente ainda não fez uma análise importante mais tem muita coisa é... Desse tipo ta bom, como é que a gente segue? Vamos lá! Vamos lá! Então vamos voltar paras as estáticas que eu acho que a gente consegue é simplifica nossa vida, a gente recebeu então 526 solicitações sendo 172 já constando Rol, 65 não constam da CBHPM, duas foram solicitações de exclusão disso sobram 285, é isso? 235 quatro é segundo as contas isso... 65 isso! Então a gente tem dois caminhos é a minha proposta era que primeiro a gente olhasse, tentasse entender os problemas, primeiro problema por que, que tem tanta solicitada que já tem no Rol? Segundo problema, tem muita solicitada que ainda não tem na CBHPM, terceiro problema o que, que sobrou como é que a gente vai dividir isso? Ta é... Eu não consigo imaginar a gente conseguindo fazer isso tudo no grupo a gente também não conseguiu computadores separados eu vou projetar aqui o que der a gente dá uma olhada macro né, a gente pode fazer umas filtragens aqui por especialidade então a gente separa isso tudo e filtra por especialidade e a gente tenta discutir pode ser ? Então vamos lá , filtra primeiro pra gente, não eu acho que podia filtrar primeiro já tem no Rol, isso... Tem isso lembra que a gente falou que a gente não conseguiu chegar no final então tem vazio, tem em branco que significa que a gente não analiso ok? Então vamos lá, não mais o que já tem já tem ta? Então já têm no Rol esses aí é... Coloca ali, por exemplo, na hora que a gente coloca ali na especialidade o solicitante... Eu queria só aperta aqui no... Então... Você ouviu? Alguém que seja (...) assim pra ajudar... O João a lá, aproveita senta aí João, senta aí é... Eu acho que podia tirar custo, código, mais a gente não vai dar conta de discutir isso aqui hoje... Isso daí já

tem no Rol... Eu queria primeiro assim que a gente olhasse ali demandante só clica na setinha que a gente vai ver, por exemplo, o tem basicamente pode ir, de todas as especialidades é... A gente tem mais ou menos de algumas então, por exemplo, ali já chama atenção do que ta na tela a medicina laboratorial , a hematologia, tem de cirurgia geral então assim a gente vai precisar pegar isso daí, separar olhar ver se está certo vê se o problema é no batimento ou não é, depois a gente podia excluir isso então isso daí já deixa filtrado ao contrário volta pro planilhão o que não ta no Rol fica e mais o quem ta vazio e aí você exclui também o que já ta na CBHPM e aí a gente vai ter a planilha do que a gente... O que já ta na CBHPM que... Não... Vai excluir o que não estar isso! Fica o que já esta , então... Não, não pra uma (...) agora olhar agora assim a gente é rápido (...) excluiu por que se não... Eu entendo você mais se a gente já boto aqui já rodo o que a gente pode discutir é o seguinte ta errado aí volta ta, então a gente ta colocando isso tudo vai ficar com vocês, vocês vão poder concordar e discordar agora o que a gente classifico como já ta, já saiu fora da nossa análise ta, depois vocês podem criticar e dizer não é bem assim, cobertura não Ok! E vazia também... Isso... E mais o que já está na CBHPM e fica então aqui sobraram... É vazio que a gente ainda não fez... Ta então aqui são os procedimentos que efetivamente a gente vai ter que olhar pra discutir ta é... Tem alguém que já queira colocar alguma coisa, discutir algum procedimento... Você patologia clínica não quer falar nada depois disso tudo? Vai, vai Artur começa.

Artur – Bom, talvez seja... Não seja possível mas filtra pela neurocirurgia pra que todo mundo possa ver do que nós estamos falando.

P/ Mulher não identificada – Vê se vocês conseguem fazer isso, filtra aí o que sobrou da neurocirurgia.

P/Homem não identificado – Espero que tenha sobrado tudo né.

Martha (ANS) – Ok. Volta lá no nome do procedimento.

P/Homem não identificado – Vai ter que aumentar a letra também por que o pessoal aqui...

Martha (ANS) – Eu leio implante de eletrodos pra estimulação cerebral, implante de estimulador profundo pra depressão, implante de estimulador pra transtorno, implante de gerador pra neuroestimulação.

P/Homem não identificado – Então na verdade eu já começo aí perguntando onde é que ta...

Martha (ANS) – Rodaram aí a gente vai ter que voltar com todos eles, foi um batimento um (...) tem que voltar com todos eles, você tem razão as meninas já podem ir fazendo isso.

P/Homem não identificado – É ou talvez pudesse já ir fazendo... Pra que a gente enxergue é... A totalidade.

P/Mulher não identificada – Olha só a gente tem aqui a lista, implante de gerador pra estimulação do neuro... Do nervo vago, radio frequência para rizotomia, de nervação lesão do sistema autônomo, neuro navegação para... Não ta aqui é... E alteração de dut pra implante de estimulador cerebral profundo pra tremor não parkinsoniano, EPILEPSIA, depressão, TOC, implante de (...) pra plasticidade e mais duas DUTS pra alterar.

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) – então na verdade o que eu gostaria de dizer é o seguinte, é... as nossas demandas acabam se dividindo em alguns é... alguns pontos mais ou menos estanques né? É... o primeiro ponto é aquele que... eu mencionei anteriormente que agora acabou sendo corrigido, mas ao meu receio se provou é... real né? Eu mencionei que o meu receio é que tivesse saído... na... na... não... [Falamos juntos]

Martha (ANS) – Gente olha só vai ter muito erro ok? Erros, erros e erros não erros.

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) - Ninguém ta, ninguém ta, vamos dizer assim, ninguém ta colocando nada eu só to é... colocando das nossas demandas como elas se posicionam frente do que se está sendo discutido néh, então uma boa parte da... “cês” viram que tinha cerca de cinco ou seis anteriormente, agora entraram mais algumas que são exatamente essas que se rela... relacionam a especificação da técnica a ser utilizada num procedimento que já está no Rol, então eu diria que toda essa parte debaixo ai basicamente se refere a introdução das palavras neuronavegação ou radiofrequência após os procedimentos que já estão incluídos no Rol...

Martha (ANS) - Que pra gente é um novo procedimento.

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) – Que, que agora nós es... temos o entendimento que é o mesmo proce... um novo procedimento, por isso é... eu to imaginando que esta sendo discutido hoje aqui...

Martha (ANS) – Isso

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) – ... e não na reunião das Duts que aparentemente vai ser feita em separado”...

Martha (ANS) – Isso, isso

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) - ... junto na... AMB pelo o que eu entendi, mas de qualquer maneira é... os outros procedimentos são verdadeiramente inclusões e não, vamos dizer assim é... apesar de vocês encararem como um novo procedimento essas pa... a inclusões dessas

palavras neuronavegação e radiofrequência no nosso ponto de vista é um fechamento de uma brecha jurídica porque os processos... eu sei... eu entendi a posição de vocês, mas do nosso ponto de vista, quando eu digo do nosso ponto de vista é do ponto de vista dos indivíduos que necessitam dos tratamentos isso é... tem servido como uma brecha jurídica para que as operadoras utilizem o Rol, não como um... a... uma sugestão de cobertura, mas como uma cobertura máxima, e não uma cobertura mínima. Então do ponto de vista prático a não inclusão da neuronavegação e da radiofrequência que estão incluídas nos capítulos do corpo da RN acaba fazendo com que a... o percentual de _____ seja praticamente 100%, uma ajuda jud... judicialização completa desse procedimento, o que eu acho que não é bom pra ninguém, mas uma boa parte das nossas demandas se relacionam a isso. A outra parte é... diz é... respeito a incorporação de novos procedimentos mesmo né? O que eu poderia dizer é o seguinte nós é...i... a... tanto a solicitação do fechamento do que nós entendemos como brecha jurídica como dos novos verdadeiros procedimentos, vão ser acompanhadas de uma busca completa de evidências é... nos mesmos moldes é... em que foram feitas os pesquisas de evidencias daquele projeto piloto AMB/ ANS da... do... departamento científico da AMB junto com a ANS, então é... as nossas demandas, não são só uma demanda, por favor inclua isso, mas cada uma dessas demandas vai vir acompanhada é... das suas é... das suas, vamos dizer assim, .. do seu respectivo suporte técnico para que isso ocorra. As... demandas que... nós temos muito mais demandas dentro da especialidade, mas aquelas demandas que não vieram acompanhadas desse suporte, nós nem sequer é... encaminhamos, então tenho certeza que o que nós “tamo” encaminhando é algo que nós podemos suportar...

Martha (ANS) – Posso tirar uma dúvida? Qual é a disponibilidade da neuronavegação hoje no país?

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) – total, todos... os hospitais do país é... utiliza neuronavegação, a neuronavegação é um técnica simples na verdade não é... é... uma técnica complicada, e ela é uma técnica acessória “numa” maneira que o microscópio ou seja lá o que for. Só pra terminar o posicionamento frente a... as nossas demandas, as outras demandas que nós temos são alterações de DUTS, que sei que no... eu entendi que não vão ser é... discutidas aqui, mas eu só queria deixar claro a... as... os motivos que nos é... nos levam a solicitar essas alterações, e esses motivos, também, na maioria das vezes, são motivos é... aonde... que permitem muito o, o... as DUTS já estão feitas, e elas tecnicamente elas são na maioria delas adequadas, o problema é que já tem brechas jurídicas que também permitem é... que... é... que os procedimentos sejam negados na sua quase integralidade, por exemplo: “cê” pega estimulação medular, nós já temos uma DUT pra, eu to chamando a atenção, que muitas vezes não é que o Rol ta

ruim ou incompleto, as vezes a maneira como se escreve as coisas é que acabam deturpando o dia a dia das pessoas inclusi... principalmente os pacientes que “tão” envolvidos com estas situações, então veja por exemplo: a estimulação medular é... já existe no Rol e ela já existe uma DUT pra estimulação medular, mas na estimulação medular tem uma parte da DUT que diz o seguinte: “que antes de você fazer esse tipo de procedimento deve... deve ser feita uma estimulação percutânea da medula pelo médico assistente” . O que ocorre é que isto não existe, não existe estimulação percutânea da medula, existe estimulação percutânea de nervos superficiais, mas da medula, isso não existe. Então isso é um erro, na verdade que o provavelmente quiseram dizer quando fizeram essa DUT, é que seria necessário um teste de... externo de estimulação, que é o comum nesse tipo de procedimento, mas da maneira como está escrito a... DUT solicita um procedimento que não existe, e é... os procedimentos são negados _____ a operadora pergunta: “Você fez o teste de estimulação transcutânea medular?” Isso não existe, ou seja, 100% de _____, 100% de _____, isso não leva a nada, então só está apenas colocando racional, que permeia as nossas solicitações.

Martha (ANS) – “vamo” então tentar discutir os procedimentos que “tão” aqui pra solicitação de inclusão. É... a Marlene já falou um pouquinho, depois se ela quiser falar de novo, a neuro ta se colocando, Manoel tinha levantado a mão e a gente, “é aqui ô”, e a gente depois vai dar uma circulada no resto ta?

Manoel (Fenasaúde) – Só fazer uma pergunta pro colega aqui, Manoel Peres Fé na Saúde, quantos hospitais no Rio de Janeiro, por exemplo, pra estar mais próximo do que a gente está aqui tem neuronavegadores, falou que todos os hospitais têm.

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) – Eu não sou do Rio de Janeiro, então é...

Manoel (Fenasaúde) – Em São Paulo, Porto alegre, melhor

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) – ... em São Paulo todos os hospitais é...

Manoel (Fenasaúde) – Todos têm?

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) – ... Tem acesso a neuronavegação.

P/homem não identificado – Acesso a neuro.

P/homem não identificado – Acesso a neuronavegação.

Manoel (Fenasaúde) – Como que é esse acesso?

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) - Alguns hospitais têm o instrumental Próprio, alguns hospitais terceirizam esse tipo de coisa, mas veja a neuronavegação não é um luxo, é isso que to eu quero dizer, nos vamos mandar as evidências, e essas evidências demonstram que em determinados pacientes, não to falando que eu não vou fazer neuronavegação no primeiro que passar no consultório, não é isso, a neuronavegação como qualquer outra tecnologia necessita de uma é... regulamentação de quando ela deve ser utilizada, mas que “numa” duvida que as evidências técnicas sugerem que a neuronavegação é fundamental em certo tipo de situação, isso também não é dúvida. Veja] _____ Deixar claro que a pesquisa de evidências é uma coisa técnica, a sua pesquisa de evidência não pode ser diferente da minha, e nem a sua avaliação das evidências pode ser diferente da minha. Ninguém quer esconder evidências, ou inventar evidências ou manipular evidências, as evidências estão ai, elas são é... são geradas, essa análise é feita de acordo com a ANS, AMD, e a gente vai _____.

Martha (ANS) – Arthur eu concordo totalmente com você, assim, a... é por que você não veio na ultima reunião, eu acho que a ultima reunião ela foi, pra quem tava... pelo menos pra mim, ela foi super ilustrativa, então é... a gente teve aqui a apresentação de uma DUT é... uma sociedade apresentou a DUT, totalmente baseada em evidências é..... e uma instituição foi abrange, apresentou também a mesmo DUT, baseada em evidências, um chamava de coca cola e o outro de guaraná, então assim, hoje a gente tem evidência pra absolutamente tudo né? E ai a gente viu a dificuldade que é, não to dizendo do teu procedimento não, to contando o que aconteceu aqui, é... ai o que, que a gente viu, que assim, a gente precisava colocar todas as evidências na mesa, pra um procedimento que já ta no Rol que já tem DUT, a gente vai pegar todas as evidências que existem sobre esse procedimento e “vamo” discutir baseado no papel né? Por isso que a gente levou essa reunião pro outro lugar, que não da pra ser feito aqui né? É... e a gente vai fazer isso de uma maneira organizada, para cada diretriz daquelas seis que eu aponte, então, hoje, que bom, a gente ta conseguindo discutir num outro nível, num outro... então assim primeiro a ATS, avaliação de evidência, ele é primordial ta lá em cima, o que a gente ta colocando é um segundo passo, então assim, se tem ou não tem evidência, isso é uma coisa que ta no papel, a gente vai lá levanta a bibliografia, tem ou não tem? Outra coisa é essa... esse equipamento, essa metodologia, essa cirurgia, essa equi... medicamento, essa qualquer coisa. Lembra aquilo que eu falei dos critérios, ele ta disponível, é iss... essas perguntas que a gente te fez, dois: em estando disponível, ela é facilmente acess... acessável? Porque uma coisa é estar disponível, outra coisa é você conseguir acessar. Três: qual é o custo disso? Quatro: em termos do volume de todos os outros procedimentos, como é que isso ta? Então assim, é... só pra gente ir pisando em cada degrau né? Assim, não misturar, ele tem evidência com ele ta disponível, um exemplo disso, e a gente sempre fala do mesmo exemplo foi o Petscam, desde o inicio a

gente já tinha a avaliação positiva do Petscam né? É... quando a gente fez a análise de rede, to falando em 2006 ta? O Petscam, existia oito aparelhos no Brasil, seis na Avenida Paulista, a gente não incluiu, a gente sabia que ele era efetivo, a gente não falava de custo naquela época e a gente sabia que tinha evidência, a gente sabia até pra que né? Mas ele tinha oito aparelhos, seis na Paulista, então é disso que a gente ta falando assim, de quais os... estepe né? Os passinhos que a gente da, na hora que a gente faz qualquer tipo de análise de qualquer procedimento, e o que a gente precisa enxergar, e o que, que a gente precisa ter noção na discussão do grupo assim, o que a gente precisa de... munição, de informação pra gente discutir.

Sheyla (Fenasaúde)– Martha é... só pra complementar, já existe no site da ANS um parecer sobre neuronavegação, nesse parecer é explicado como é que é a técnica que é feita, é explicado também que não é indispensável pro procedimento, e que a gente sabe que é um equipamento bastante específico e que não tem _____ nacional, e existe uma limitação clara e... durante o procedimento á um a marcação do ponto de (...). Colega me corrige se eu estiver errada, e durante, (risos) não, não, é... e durante todo o ato cirúrgico é... cerebral e na coluna existe uma movimentação da estrutura, o que pode levar a uma alteração nesse ponto de referência e perde a validade, a utilização do neuronavegador, principalmente em nível de coluna quando você marca, por exemplo, L2 e começa artrodese em outra vértebra a coluna se movimenta, então esse ponto de referência que “tava” em L2 é... o equipamento perde a capacidade total de ficar acompanhando aquele procedimento.

P/homem não identificado – olha, eu realmente desconheço aonde você encontrou a informação, é que “cê” deve ter operado muitos pacientes que necessitam, [pessoa fala muito baixo] é eu sei que não, é por isso que “cê” ta dizendo essas.....

P/mulher não identificada – Artur olha só, a gente não leva em...

P/homem não identificado – Não...

P/mulher não identificada – ...consideração experiência, a gente leva em consideração, informação então assim...

P/homem não identificado – ... é... que veja...

P/mulher não identificada – ... na verdade...

P/homem não identificado – ...eu não sei, eu não sei...

P/mulher não identificada – ... Não, só pra gente pontuar assim, a Rosangela ta aqui, o pessoal de defesa do consumidor ta aqui, todo mundo pode dar algum tipo de informação e algum tipo de OPINIÃO, não é porque não é da especialidade que não vai ser levado em consideração...

P/homem não identificado – Desculpa, não é isso, não é isso que...

P/mulher não identificada – ...Vai ser.

Arthur Cukiert (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) – ... Não é isso que eu quis dizer, agora veja, a partir do momento que qualquer indivíduo, de qualquer setor da sociedade obtém uma informação de que tal técnica não é utilizada, ou que não serve pra nada, isso você tem que... tem que infiltrar também, essa informação da mesma maneira que se eu... você ouvir de um neurocirurgião dizendo que a neuronavegação é uma (...) de tudo, que sem isso não dá pra fazer neurocirurgia etc. Você provavelmente vai discu... vai achar esquisito e duvidar, a gente acha bastante esquisito quando alguém chega e diga “olha não a indicação disso é... as estruturas se movem” entendeu? Existem é... ninguém está dizendo que neuronavegação e radiofrequência vai ser utilizada em todo mundo, afinal, estamos dizendo é que é uma técnica que já é aprovada em todo o Mundo, em todos os países do Mundo que tem as suas indicações e apenas o que nós gostaríamos de ver ocorrer, é que essa técnica possa beneficiar os indivíduos que dela necessitam, não é qualquer um.

Martha (ANS) – Arthur, a gente entendeu, a gente só tá tentando te explicar assim, quais são os passos e o que, que a gente vai analisar pra que isso aconteça. A Ana quer falar, a Rosângela falou uma coisa que eu queria levar em consideração, a gente é um grupo grande, e a gente é um grupo diferente, cada um aqui tem uma especificidade melhor em uma coisa e outra, se vocês forem discutir aonde é que marca o parafuso do não sei que, eu não vou entender nada e aí a Rosângela tem uma especificidade maior em uma outra coisa, enfim, eu acho que a gente não tá aqui pra puxar tão lá pra baixo o que a gente não vai dar conta né? Por isso a gente marcou o grupinho de DUT também, e por isso a gente vai ter um tempinho para analisar, acho que “na essa” intenção eu concordo com você Rosângela, senão a gente exclui a maior parte do grupo da discussão, então eu vou fazer uma outra proposta, da mesma maneira que a gente visualizou aqui os procedimentos, a gente visualiza um determinado grupo de procedimentos e a gente pode retornar já com e... com... as exclusões, não tem problema, a gente filtra de novo daquela maneira o que sobrar a gente vai passando por especialidade tá? E aí, pelo menos, pra todo mundo visualizar tudo, melhor né Rosângela? E aí, a gente não entra em uma discussão tão profunda, se precisar a gente aprofunda um ou outro pode ser assim? Que aí todo mundo tem uma idéia do geral e de todas as solicitações que chegaram, e a gente dá um encaminhamento de como que a gente vai estudar. A minha proposta de como que a gente vai estudar, eu vou disponibilizar a planilha inteira, do jeito que ela tá aqui, com erro, com acerto, com tudo tá? E aí, a gente vai poder ver se o que tá filtrado tá certo, o que tá filtrado tá errado, vocês vão poder me dizer se tá no Rol, se não tá no Rol, se tá na CBHPM, se não tá na CBHPM, por que, tirando isso que o Artur falou, que aconteceu que a gente vai corrigir, o resto a gente vai

estudar o que estiver fora dos filtros ta? Esse do Artur a gente já vai corrigir agora ok? Então a gente vai passar já com filtrado.

P/mulher não identificada – Mar... Marta, só pra complementar, é porque é o seguinte, é... eu to... a... assim você (...) a reunião, tem perguntas muito relevantes que foram feitas que vão virar dúvida pra quando...

P/mulher não identificada – ok ok.

P/mulher não identificada - ... a gente sair daqui, então por exemplo, se... tudo bem se... você pode ter duas metodologias, faz um recorte do recorte, você vai tirando ali sem especificar muito, dentro da especialidade como que você vai trabalhar quando sair daqui, por que por exemplo, eu trabalho com IPEA, eu trabalho com grupos técnicos, colegas da _____, as vezes eu tenho dúvidas que não da pra gente tirar aqui, e ai fica muito por alto, ai volta de novo ao assunto porque trouxe dúvida, então eu acho que a gente devia se concentrar é... como é que quando sair daqui qual... como é que vai ser o nosso trabalho, e como é que a gente vai poder dar essa contribuição e que _____, você falou da questão econômica, já surgiu até questões aqui que já deu o norte de como a gente pode avaliar e de quem a gente pode procurar...

P/mulher não identificada – ok

P/mulher não identificada - ... é só mais nesse _____ta?

P/mulher não identificada – Show, então “vamo”, só pra gente não perder o fio da meada Ana eu já vou deixar você falar.

P/mulher não identificada – é... a... Na realidade eu nem preciso mais falar, porque eu queria pedir exatamente isso, pra gente sair com um norte de priorizações tal...

P/mulher não identificada – então vamo lá...

P/mulher não identificada - pra todo mundo pensar igual, fazer a mesma... o mesmo formu...

Martha (ANS) – então “vamo” combinar que eu vou filtrar de novo aqueles filtros e a gente vai olhar um pouquinho, especialidade por especialidade que foi solicitado, em casa qual é o nosso dever, primeiro: colocar o filtro um e ver o que foi solicitado que já tem no Rol, esse batimento ta ok? Ta ok, sabendo que em estando ok, está descartado, se não “tiver” ok, me avisa rápido ok? Ta Dr. Zilli, a gente vai ter que contar isso [risos], então isso é uma coisa. Dois, dois, vamos filtrar já, não está na CBHPM, se “tiver” certo, não está mesmo na CBHPM, descartamos, se tiver erro avisem rápido, rápido, rápido. Sobramos uma terceira planilha que vai ter 237 procedimentos...

P/mulher não identificada – Cinco

Martha (ANS) – Cinco, esses 235 procedimentos, serão os procedimentos que a gente vai se debruçar de hoje até o dia 30. O que, que a gente vai fazer com esses 235 procedimentos, cada um vai tentar preencher aquelas caixinhas, e ai claro, cada um vai se debruçar por um grupo maior de procedimentos, qual é a primeira caixinha que eu Martha vou preencher, a ATS, a segunda caixinha que eu vou preencher Rede, a terceira caixinha que eu vou preencher um valor, uma coisa do preço, agora aprendi João, não vou mais falar custo ta? Vou falar preço, preço! A partir disso a gente vai ter mais ou menos já uma análise macro do procedimento, e a gente vai trazer _____ grupo de novo, por que “emsabendo” que foi solicitado todo mundo vai conseguir trazer argumentos prós e argumentos contra o que está sendo solicitado ali ok? As DUTS a gen... isso, as DUTS se tem mais uma vez analisado o procedimento, a gente vai ter que construir a DUT pra que ele serve foi?

Emilio Zilli (Presidente da Câmara Técnica da AMB) – é... eu... até a última reunião eu “tava” entendendo, agora eu já não entendi mais nada. É, deixa eu colocar aqui uma coisa que pode ser até que eu tenha a ver, num raciocínio simplista demais nessa história, é, eu acho que tem duas questões que a gente tem que discutir efetivamente, se o procedimento agrega valor, ou seja, se ele tem ... se ele é valido em termos de diretriz, se ele é válido em termos de agregar valor pro tratamento do paciente e... eu acho que é isso que o meio médico tem que fazer só, nós podemos até aprimora um pouquinhos, aprendemos um pouquinho e analisarmos um pouquinho de custo efetividade mas vai ser um desastre porque agente não sabe fazer isso e alias eu acho que muito gente aqui sabe mas tudo bem, agente vai fazer isso também, agente vai se me ter a fazer isso porque agente não tem competência por que o que agente tem competência a fazer é diretriz e saber se pode tratar doente ou não.

Se diretriz e valida ou não esse é o ponto e desculpem eu acho que fora agente desculpem eu não quero ser grosseiro ninguém mais tem condições de fazer isso ninguém tem condições de avaliar se a coisa se a diretriz é valida ou não pode discutir com o pessoal da ABRANGE medico discutir evidencia e mais ninguém por que com todo respeito que tenho a cada um dos senhores eu respeito a área de cada um dos senhores eu não tenho competência nenhuma para analisar, desculpa eu vou fica em pé não é por que eu quero aparecer não e porque acabou aqui o fio é eu também não tenho competência para analisar a área de nenhum de vocês então eu acho embora enorme agente vai levar coisa para casa vai fazer um deve de casa enorme e vai chega aqui e vai fica na mesma confusão, vai fica discutindo _____

Na ultima reunião , ate que eu descordo um pouquinho de você quando um chamou de coca-cola outro chamou de guaraná talvez tinha chamado ate de guaraná de coca-cola erradamente e por isso o fórum para discuti aqui não é aqui, o fórum e na AMB ta.

P/Mulher não identificada – sabem qual é o errado

Emilio Zilli (Presidente da Câmara Técnica da AMB) – não não não sabe ué nos vamos discutir isso La, então uma mês que tenha se discutido isso tenha se definido o que é o certo a análise disso aqui só cai num ponto distribuição e custo econômico aí é outra conversa, aí é outra conversa então eu acho que talvez exista ate uma certa , uma certa , uma certa, filosoficamente uma certa um certo viés no Rol ta, mais isso aqui pode discutir depois também. Então tenho muita preocupação de cada um levar aqui liga _____ pra casa pra botar numa caixinha, eu não a _____ sessão medica brasileira composta por 53 especialidades não tem condições pra preencher todas as caixinhas eu acho que aqui pessoal da defensoria publica muito menos pessoal da Abrange _____ talvez fiquem mais organizados, bem mais organizados mais talvez tenham menos chance também, então é isso eu to preocupado com essa historia acho que agente não vai conseguir _____

Martha (ANS) – Eu também queria descorda um pouquinho, assim na verdade hoje éééé já é visto em um monte de países que assim quem melhor faz a ATS , ta longe de ser medico Doutor Zilli, geralmente é economista, não to falando de analise econômica não, eu to falando de analise de avaliação de tecnologia mesmo, então assim: medico pelo contrario não sabe fazer esse babado, então assim

P/Mulher não identificada- Nos tivemos uma palestra do NAS

P/Mulher não identificada- Fala no microfone

P/Mulher não identificada- Nos tivemos uma palestra do NAS sobre a ATS de dois especialista um era estatístico e o outro era economista só para senhora ter o conhecimento , não quero botar palha na fogueira , mas só para teu conhecimento.

P/Mulher não identificada- Mais ai é assim é eu acho que estamos aprendendo todos unidos (risos) . P/Mulher não identificada

P/Mulher não identificada- te ensinaram bastante coisa

Martha (ANS)- então vo te passa agora sim eu acho que é um trabalho conjunto sim, Dr.zilli eu acho que é um aprendizado de conjunto sim é , eu acho que todo mundo aqui tem capacidade e ai todo mundo inclusive o pessoal que ta representado o órgão de defesa do consumidor ou que ta representando beneficiário em fim.Tem capacidade de fazer uma analise e ééééé mesmo né de avaliação de tecnologia, claro que agente ta aprendendo NE, ééé então assim agente vai contra argumentar a analise da mesma maneira que agente fez com a Dut, agente vai ter a mesma profundidade de não por que se viu a dificuldade que foi assim, na Dut agente conseguiu aprofundar agente levaria

dois anos só fazendo esses duzentos procedimentos se agente fosse fazer isso para cada um, então agente vai precisar ter uma que agente chama de ter uma análise rápida

é um _____ e cada procedimento desse o que, que já existe de consenso de avaliação de tecnologia e trazer para cá para discutir, todo mundo pode trazer a mesma, então na hora que agente botar os 200 procedimentos listados agente vai falar assim, vou pega um:

espectroscopia por ressonância- não faço a menor ideia de que é isso na hora que agente falar espectroscopia por ressonância todo mundo viu que tem efetividade para sei lá, tumor de crânio todo mundo chegou nessa mesma conclusão, chegamos a onde tem esse procedimento à tem no Brasil inteiro então é assim que agente vai caminhar um pouquinho da que para frente, é porque a primeira que so vem no final tudo da certo , mais ou menos ninguém fica muito feliz mais todo mundo fica médio feliz e da tudo certo a revisão do Rol é sempre assim não é, agente chega em algum lugar no final ta

P/Homem não identificado- é

P/Mulher não identificada- isso

P/Mulher não identificada- _____a pontuação ou seja auto prevalência de indicação ou custo efetividade duque agente consegue hoje ter de raciocínio agente não incluir a criticamente dos procedimentos e depois agente incluir tudo e a sustentabilidade do setor acaba

Martha (ANS)- Eu vou passar para ele que ta escrito a um tempão ela também eu so queria levar consideração o seguinte na hora que eu agente for priorizar agente vai resgatar assuntos que já passaram por aqui tipo já incluímos ééé a estomias estamos discutindo a medicação oral eu vou ser chata na hora de agente voltar por isso ta é por que isso tudo parece que ta por fora mais é tudo a mesma coisa é tudo aquela tabelinha ali no final de um ano na hora que dividir por 45.000.00 vai todo mundo pagar aquele bolinho todo ali, eu vou voltar o tempo inteiro nessa discussão , deixa só ele falar que ele tava na sua frente um tempão.

P/Homem não identificado- _____ééé eu so queria lançar mais uma demanda ae e na verdade uma solicitação de uma inclusão na fisioterapia na terapia intensiva, hoje é a fisioterapia coberta na terapia intensiva como fisioterapia respiratória e procedimentos fisioterapia motora e o universo hoje como a fisioterapia funciona dentro intensiva e bem diferente, então assim alguns operadores já trabalham ate com esse linha de pagar ,_____ de remunera por turno e assistência por paciente. Então ao invés de usar aaa codificação didididi procedimentos de fisioterapia incluir procedimento de

assistência de fisioterapia por turno de doze horas por cada paciente incluindo ae .

P/Mulher não identificada- não podemos deixa eu te explicar por que é isso que agente tava falando alguém falou aqui da lógica do Rol foi a Sheyla, é a lógica do Rol é cobertura então se você me falar assim não tem fisioterapia em UTI, dentro do Rol eu ia falar isso é um procedimento super importante de colocar ...

P/Homem não identificado- Mas não tem.

Martha (ANS) -... tem um artigo no Rol que fala, que todos os procedimentos necessários de serem executados por qualquer profissional dentro do hospital tem cobertura então não é a fisioterapia...

P/Homem não identificado- _____

Martha (ANS) - ...isso não é a fisioterapia que tem cobertura, a fisioterapia a a fonoaudiologia então assim e nutrição todos procedimentos tem cobertura em numero ilimitado dentro do hospital isso tem um artigo que fala né , então qualquer procedimento que agente coloque no Rol ele vai ser incompleto em relação a um artigo que é bastante abrangente, ae se vai me falar mais não ta sendo feito esse é um outro problema não é um problema de não estar no Rol cobertura ele tem ele ta tendo algum tipo de regulação que agente vai te que olhar na contra-atualização se o problema e batimento _____ se o problema, não sei qual é o problema agente vai ter que discutir qual é e tentar resolver, eu vou te dizer o que eu acho em qualquer procedimento desse coloque dentro do Rol ele vai ser mais restritivo do que o artigo que esta na RN se vocês quiserem agente coloca duvido se alguém aqui se oponha agora ele vai ser pior do que esta escrito hoje mais pode falar Marlene Fala

P/Homem não identificado- é então é coisa da contra-atualização isso foi colocado em pauta na reunião anterior eu acho que não cabe nessa discussão do Rol agente precisa rediscutir por que assim agente tem uma analise ai , do Brasil inteiro de que ocorre é o que esta na resolução 262 não é seguido, as operadoras limitam o numero de procedimento sim e limitam a dosagem que é injustificável do ponto de vista ééé de evidencia científica e da necessidade da demanda que os paciente precisam dentro da UTI...

Martha (ANS) - Vocês falaram na outra reunião assim agente foi procura saber, a gente não tem nenhuma demanda sobre isso...

P/Homem não identificado- pois e mais a gente tem um processo agente ta com o numero do processo aqui que foi entregue dos processos com toda documentação ...

Martha (ANS) - então você manda para gente que agente vai identifica as vezes é um problema localizado (...) assim algum lugar , a gente tenta resolver

isso, eu acho que qualquer sugestão de colocação de procedimento nesse nesse neesentido é pior do que deixar o artigo na resolução.

P/Mulher não identificada - _____Sabe qual e a resposta da operadora não esta no Rol essa , esse é um dos motivos de negativa de glosa. essa é a frase mais utilizada, não está no rol.

P/Mulher não identificada – Mas isso é...

P/Mulher não identificada – Portanto não é obrigatório.

P/ Mulher não identificada – ...uma operadora ou são todas...

P/ Mulher não identificada – Muitas...

P/ Mulher não identificada – Muitas?

P/H Mulher não identificada – Várias, quase todas. E a gente tem essa documentação, inclusive eu tenho aqui Marle...

P/Mulher não identificada – Gente, isso pra mim é uma adequação, se isso for uma solicitação de vocês mesmo depois de a gente ter falado isso, a gente coloca sem nenhum problema no rol e eu acho que ninguém até vai querer discutir isso porque já ta muito mais no rol. Agora é uma questão de vocês gerarem então essa demanda pra gente, a gente adéqua e coloca isso no rol. Eu só acho que isso vai trazer mais dor de cabeça do que solução, mas...

P/Mulher não identificada – Mas por quê Marta? Veja, o que a gente sente na prática , eu posso falar na minha prática, né, da prática da fiosioterapia, o que a gente sente... o que acontece é assim, tudo é, não está no roll. Então assim, tratamento fisioterapêutico, ah não está no rol, ah mas na resolução na RN 262 ta dizendo que é ilimitado. Qual é o paciente, qual que é o prestador de serviço que vai ficar, sabe, perdendo tempo inúmeras vezes pra correr atrás da RN 262. Primeiro que quando você vai recorrer a uma negativa ou ao não pagamento à uma Glosa, você perde dias, semanas e meses, essa é a realidade, a gente ta discutindo isso lá no COPIS ta. Então um frequência enorme de “não está no rol”. Isso virou chavão.

P/Mulher não identificada – Ok. Beleza? Alguém tem alguma coisa contra pra gente colocar tratamento fisioterápico em pacientes internados? Não? Anotaram?

P/Homem não identificado – Perdão, peraí. Eu acho assim, colocar em uma diretriz eu acho que realmente pode restringir. Eu acho que a intenção excelente, mas é uma falha de interpretação e talvez ai a própria INS possa punir operadoras que tenham uma falha de interpretação nesse sentido, né? Tem o 0800 pra isso naquela lista negra que fica com o plano suspenso de comercialização, enfim... acho que talvez tenham mecanismos de fiscalização

e regulação que possam ser mais eficientes em proteger o consumidor de uma forma mais efetiva do que talvez incluindo uma diretriz que vai restringir talvez a ____ não sei o que quê vocês acham.

P/Mulher não identificada – A Lindália estava escrita coitada, ela entrou no meio dessa confusão, não vai, termina ai.

P/Mulher não identificada – Eu acho que na realidade, até a Marlene ta falando do COPIS e a gente ta já ____ 3.0 ta a (TUSS?) da IN 51 tem vários procedimentos e especificamente pra físico, fono e nutricionista, porque havia conflito, tem código, começa com cinco na (TUSS?), que já ta vigente, mas é obrigatório a partir de primeiro de dezembro e ai a questão acho que de batimento, porque no caso de cobertura pra nutrição, por exemplo, a gente tem na CBHPM um código que a operadora pra regularização ela deixa o nutrólogo, que é médico, em especialidade médica. Agora tendo um código (TUSS?) específico pra nutricionista, isso facilita. A mesma coisa acontece com a psico-nutricidade, com a avaliação de psicoterapia, casal, individual, grupal, enfim, que existe feita pelo psiquiatra, como também pelo psicólogo. Então neste caso em particular eu acho que está tendo uma questão de primeiro a questão da (TUS?), acho que é a questão de batimento, agora o que me impressiona, o pessoal do conflito ta ai, é que assim, antes de sair a ____ 3.0, agora em outubro de 2012, nos andamentos anteriores vocês tinha de fato assistência em UTI 12 horas, só que a (TUS?) saiu sem esse item. Ai isso é uma questão de vocês verificarem porque quê não no COPIS essa (TUS?) porque ai é uma coisa específica, então isso é uma coisa específica da (TUS?). Agora uma vez existindo a (TUS?), a (TUS?) vai estar amarrada ao rol, porque um item do rol pode ter cinco, seis itens, seis códigos de (TUS?) né, então, aqui eu até concordo com a Marta de não ficar especificando no rol enquanto na realidade vai ter que verificar o batimento com a (TUS?).

P/Mulher não identificada – Leva o microfone ali pra ela por favor.

P/Mulher não identificada – Marta, só uma sugestão, quando eles colocam... a minha preocupação é que quando você coloca o item teria que, se já ta contemplado no rol tem que ter um sub grupo que justifique aquele procedimento pra não Glosar, que ai os planos lá no caso, quando eles dizem que não vão fazer, não tendo especificação, dentro do que você já falou, que já está contemplado, a solução pro cliente que ta precisando daquele procedimento é ele ta no sub-grupo dentro do...

P/Mulher não identificada – Então, o sub-grupo que você ta falando que é a lógica lá do CH...

P/Mulher não identificada – Isso.

P/Mulher não identificada –... É o que ela falou da TUS.

P/Mulher não identificada – Então, na TUSS, no caso, já tem que corrigir isso...

P/Mulher não identificada – Isso.

P/Mulher não identificada -... Primeiro pra entrar a proposta e ter no sub-grupo a especificação...

P/Mulher não identificada – Isso, isso.

P/Mulher não identificada -... do sub-grupo.

P/Mulher não identificada – Se na TUSS estiver tudo detalhado, a gente consegue um artigo do (...) à quinze artigos da TUSS, ok, é isso que precisa detalhar.

P/Mulher não identificada – Isso, isso.

P/Mulher não identificada – Eu, (...) o pior, mas se isso continuar sendo uma demanda de vocês eu acho que é consenso aqui, a gente coloca um procedimento, não tem problema, ta? Eu queria que pra próxima reunião vocês pensassem isso e trouxessem a proposta, ta?

P/Mulher não identificada – Agora eu heim! (Risos.) Bom, eu to aqui... Sim senhora, porque eu também tenho que voar hoje. Então assim, eu vim aqui representando a sociedade de Urologia, então só pra falar que desses vinte e poucos procedimentos que nós fomos solicitados, eu queria entender como é que vai ser a priorização, uma vez que ficamos deficitários, nas questões das videolaparoscopias e das _____, e nós temos quatro prioridades. Então é assim, se não houver um jeito, como é que eu coloco essas prioridades, o que a sociedade julga que hoje... Ham?! Não, essas quatro não são verde.

P/Mulher não identificada – Você já mandou pra mim a prioridade?

P/Mulher não identificada – Não, porque a gente já mandou tudo dentro da...

P/Mulher não identificada – Tá.

P/Mulher não identificada -... Não houve essa possibilidade da gente colocar como prioridade.

P/Mulher não identificada – Tá.

P/Mulher não identificada – Como é que eu envio agora como prioridade? Porque é assim, a gente entende que nesse momento, talvez não seja possível colocar as 28 certo? Compreendo.

P/Mulher não identificada – Você manda um email...

(Alguém da platéia fala muito baixo. Inaudível.)

P/Mulher não identificada – Ela tem quatro prioridades.

P/Mulher não identificada – Não, são prioridades pra especialidade.

P/Mulher não identificada – Eu queria que você mandasse isso... Eu queria que você mandasse...

P/Mulher não identificada – (Risos.) Aquelas que não ta dando mais pra segurar, porque assim, as laparoscopias estão prementes, a gente já teve a discussão.

P/Mulher não identificada – E isso é importante. Eu acho que você podia mandar isso pra gente, a gente circula no gt.Rol. Pode ser?

P/Mulher não identificada – Por que lembra? Naquela reunião...

P/Mulher não identificada – Manda pra gente?

P/Mulher não identificada -... Não, não dá pra sobreviver pra sobreviver mais, então mais ou menos...

P/Mulher não identificada – Beleza. Tá? Então a gente circula pelo gt.Rol, eu vou passar pro Marcelo falar rapidinho e a gente...

Martha (ANS) -... Vídeos, só aproveitando que a Lindalva falou, das vídeos, a gente também fez esse levantamento alguma coisa. Então a gente juntou palavras endoscopia, vídeos, laparos, tudo que tinha “escopias“ e fizemos esse levantamento por especialidade. E ai percebemos muito que sistema digestivo, sistema reprodutor feminino e urologia eram as que tinham maior falta de vídeos, então a gente fez essa listagem até pra a gente ver assim de acordo com as nossas demandas, o que, que a gente recebe dos usuários de plano de saúde, de negativa de operadora, de solicitação, A gente fez esse batimento pra poder ver as demandas que também tão sendo mais solicitadas, ta?

P/Mulher não identificada – Manda isso pra todo mundo? Esse quadrinho ali que a gente botou do vídeo?

P/Mulher não identificada – Tenho. Tem como mandar o quadrinho.

P/Mulher não identificada – Esse quadrinho aqui, que foram as demandas por capítulo e por vídeo.

P/Mulher não identificada – A gente vai re-fazer isso. Amanhã tem tempo.

P/Mulher não identificada – Olha só...

P/Mulher não identificada – Eu já anotei aqui na demanda pra gente ver direitinho...

P/Mulher não identificada – O Marcelo vai falar um minuto, agente vai dar um intervalo e a gente vai voltar só pra fazer a proposta da Rosângela, a gente vai passar os itens por especialidade e a gente saí daqui com o dever de casa, porque não vai adiantar mais, a gente não está mais pensando, tá? Vai Marcelo.

P/Homem não identificado – Você falou aí dos critérios de priorização pra incorporação no Rol. Ai você cita ter avaliação tecnologia saúde, e segundo lugar rede e terceiro lugar custo. Eu senti falta, por exemplo, aqueles procedimentos que efetivamente reduz mortalidade em relação aquilo que ta lá.

P/Mulher não identificada – ATS.

P/Homem não identificado – Isso ta incluído em ATS. O outro aspecto é em relação à rede. Como é que pode existir rede, se não há a cobertura do procedimento? Quem nasceu primeiro, o ovo ou a galinha? Quer dizer, o procedimento não ta no sistema público de saúde, o procedimento não ta no Rol da INS, como vai ter rede?

P/Mulher não identificada – Tá. A gente...

P/Homem não identificado – E a terceira questão, é que a nossa sociedade propôs três procedimentos e eu vou abrir mão já de dois pra facilitar o trabalho da agência.

P/Mulher não identificada – Tá bom. Então ta todo mundo _____ das priorizações, a gente vai circular, Marcelo, assim, respondendo a tua pergunta, como que isso funciona? Eu só espero que isso seja consenso dentro da tua especialidade, senão isso depois me dá uma dor de cabeça danada, então ta bom, como que a gente faz essa coisa da rede, eu acho que é importante, a gente já vai parar gente, é importante para todo mundo, lembra que eu falei do PET-SCAN, assim, a gente precisa de uma rede disponível para que as operadoras contratem, por que: Porque essa pessoa que comprou o plano, ela vai ter um reajuste por conta disso e vai ta pagando isso, então isso vai entrar no preço, ela não pode ter a expectativa e a ideia de que ela tem direito aquilo quando efetivamente ela não tem, então ela não pode morar no Ceará e de repente essa tecnologia só existir em São Paulo, ela tem direito a isso? Não, isso ta no calculo? Tá. Então assim, a gente precisa garantir que o que ela espera que ela tenha direito, então quando a gente fala de contrato nacional a gente precisa que isso esteja disponibilizado, ah vai ta em todos lugares, como se isso não ta nem no SUS nem na saúde suplementar? Não precisa está em todos os municípios em todos os Estados, por isso que a gente fala razoável, é preciso que razoavelmente isso esteja espalhado para que seja viável e possível que essa pessoa chegue nessa tecnologia, porque senão não é viável, isso acontece sem isso ta incorporado? Claro que acontece, como que seria o ideal? Seria o ideal se a gente fosse Espanha, antes da tecnologia entrar no

país já fala, vai entrar, vai entrar quatro equipamentos, esses quatro equipamentos vão ta no lugar A, B, C e D e acabou, a gente não é assim, a gente não funciona dessa maneira então a gente precisa desse tempo, dessa maturidade para que a coisa efetivamente se e como direito, enquanto isso sempre é possível existir a tecnologia de uma outra forma, então a gente ta falando aqui da saúde suplementar do algo pelo que eu to pagando e que eu tenho a expectativa do retorno, então é um pouco isso.

P/Voz não identificada – Eu só acho que a gente tem que ter muito cuidado com essa questão de priorização viu Marcelo? Muito cuidado com isso, porque na realidade eu até entendo a tentativa de priorizar porque é uma tentativa do desespero, é porque o pessoal não ta conseguindo sobreviver e ta querendo receber de qualquer maneira, mas isso tem um viés muito grave, então a gente tem que tomar cuidado com especialidade que dizia o seguinte: a gente ta querendo priorizar, não é priorizar um procedimento sobre os outros, a gente ta querendo priorizar porque ele precisa receber agora com a sobrevivência da especialidade, porem, os outros procedimentos são tão importantes quanto este que ele ta priorizando, não pode esquecer que priorizar não é postergar o procedimento, ta, porque a gente corre o risco de entrar nesse Rol aqui e depois o outro só daqui há quatro anos, e aí a coisa fica mais complicada ainda, daqui há quatro anos o choro vai se muito maior de todo mundo e o desespero muito maior.

Martha (ANS) – Gente, vamos dar dez minutinhos senão a gente não acaba, a gente volta, passa e faz os combinados ta? Dez minutos. Oto é você? Do avessa né, eu to morta. Meninos da porta, meninos de fora. Posso só recapitular algumas conversas paralelas lá do lanche? Eu posso ficar sentada? Doutor Zile, só recapitulando algumas conversas que a gente teve lá no lanche, a reunião do dia 18 em São Paulo, foi solicitado pela AMB que a gente transferisse essa reunião para primeira semana de maio, ok, ta? Então a gente vai fazer na primeira semana de maio, Doutor Zile vai passar para gente o dia, a das diretrizes, das DUTS que ia ser 18 de abril, a gente vai fazer na primeira semana de maio, todo mundo que é do grupo quatro? Quatro né, eu vou passar o convite, vou botar o lugar onde vai ser e a gente vai fazer a discussão a ideia ta mantida, então a ideia é que nesse dia a gente se reúne em vários grupinhos lá, um grupo vai discutir só a neurocirurgia DUT que já existem, outro grupo vai discutir só a cardiologia, outro grupo, me ajuda Carlos, outro grupo vai discutir Embolização, um outro mamografia e o outro genética ta? Então, PET, PET, então, isso, então a gente vai convidar todo mundo do grupo quatro e o Doutor Zile vai convidar as respectivas sociedades e aí é uma discussão extremamente técnica, eu nem vou me meter, a gente só vai ficar lá ajudando na discussão ta? O que a gente precisa sair dessa reunião do dia 30? A gente precisa sair de lá com as DUTS feitas ok? Oh meu Deus, no dia, alguma coisa da primeira semana de maio. Próxima reunião aqui vai ser dia 30 de abril, 30

de abril e a minha proposta é que a próxima reunião daqui seja então na segunda semana de maio, a gente faz a primeira semana de maio lá e na segunda semana de maio a gente junta o grupão. Há confirmar dois de maio, mas a gente depois manda essa data para vocês, não, 30 de abril vai acontecer e a gente precisa marcar uma reunião de maio, nossa, que seria a última, então a gente vai mandar essa data, mas vai ser depois dessa reunião do dia dois de maio na MB.

(pessoas falam baixo)

Martha (ANS) – Ok, a gente da uma ajeitada nos horários ta? A gente não trabalha com número então, a Lindalva me perguntou quantos procedimentos vão ser incluídos, a gente não tem um número, ah a gente vai incluir cinco, dez, 15, 20, 50, não existe isso, na verdade a gente analisa todos e ver o volume disso e o que vai ou não ser incluído de acordo com os critérios, então a gente não tem um número a priori, isso não existe entendeu? Pode ser dez, pode ser 60, não tem como a gente prever isso antes ta? Trinta, dia 30 a gente vai discutir aqui tudo que a gente recebeu de contribuição, então em teoria eu volto com tudo para cá, eu volto com RN, a DUT a gente pula porque a gente não vai ter discutido ainda, já era para ter, mas não vai ta, eu volto com tabela, eu volto com tudo que já tiver chegado e consolidado pela gente, medicamento oncológico que já tiver caminhado e tudo. Então, a gente já manda para vocês no próximo e-mail essas datas que eu falei hoje, confirmem a data lá na MB se vai ser ou não dia dois de maio, depois eu confirmo a data, subgrupo quatro e depois eu mando também a data que vai ser depois disso, não vai ser mais 18 de abril, até lá a gente manda a data certinha desse grupão de maio, mas a gente tem reunião dia 30, a reunião de maio é pra gente já dar uma consolidada em tudo que chegou de demanda ta? Vamos seguir gente, então olha só já falamos, dois de maio, a gente vai chamar, isso, dois de maio a gente vai chamar o grupo quatro que é o grupo daqui que ta discutindo diretrizes e a gente vai botar as diretrizes que vão ser feitas, então vocês vão identificar as sociedades que estão ali, alguns já participam do grupo, Marcelo pela cardiologia, alias dois marcelos que o outro Marcelo, mando e aí você espalha o convite, beleza, ta? Foi gente os prazos? O que eu preciso antes? Então no dia 30 a gente também vai discutir Rol odontológico ta? O que eu preciso antes? Tudo que vocês conseguirem antes do dia 30 porque vai ser o único tempo que efetivamente a gente vai ter para pensar, então tudo que a gente for produzindo a gente vai mandando para vocês e tudo que vocês tiverem vocês mandam para gente, o que vai acontecer? Vai ter coisa que não cabe no e-mail, muito, por exemplo, essa planilha, o que a gente vai fazer com essa aqui? A gente vai botar ela amanhã no site ta? Então o que não couber e a gente quiser enviar para vocês, a gente envia dizendo que colocou no site, um e-mail dizendo que colocou no site ta? Então no meio disso o que vai acontecer? Semana que vem, ou essa semana ainda não sei se da tempo, a

colegiada aprova a RN de ostomia e ela é publicada na semana que vem, então são varias coisas que acontecem ao mesmo tempo agora, todo mundo foi, duvida de prazos, tarefas, ta? então como é que a gente ficou? A gente ficou com as DUTS organizadas para essa discussão, em teoria a gente sai de lá com elas finalizadas, eu espero, Deus salve, e a gente sai de lá com ela finalizada, a gente tem a tabela que a gente vai precisar trocar muito e a gente tem o corpo da RN que eu acho que a gente fecha definitivamente na próxima reunião que não vai ser muito complicado e a discussão de odontologia. Eu to esquecendo alguma coisa? Não, nessa reunião do dia 30 a gente já tem que apresentar algum produto, pelo menos já ter fechado a parte que já tem no CONITEC e já ter encaminhado as coisas que não tem no CONITEC, então volta para reunião do dia 30 de novo. Paralelas? Não, a gente não conseguiu agendar, a gente vai disparar, o que eu to devendo de data? Confirmar dia dois de maio, confirmar a data do GT grandão aqui de maio, e confirmar o GT paralelo de PAC e aí a gente pede, da uma discutida nessa planilha também na hora que a gente for discutir PAC, medicação oral a segunda reunião e só né gente, pelo amor de Deus. PAC a gente vai separar todos os procedimentos que tem PAC no Rol hoje e vai reestudá-los, vê se realmente são PAC ou não ta? Acho que foi, não foi? Então o que ficou para gente fazer agora? Rapidamente a gente vai dar uma lida aqui do que chegou de demandas, especialidade por especialidade e a gente segue, no meio disso, essa semana ainda, a gente vai colocar no site o batimento dos Rol que vocês já conseguiram perceber aqui que não é pouco importante, porque no final das contas é lá que vai se dar a dificuldade ou a facilidade, então a gente pede para que na hora que colocar no site a gente vai mandar um e-mail para vocês também e a gente pede que too mundo rapidamente de uma olhadinha na sua área porque é muita coisa para analisar tudo e se achar erro, rapidinho grita porque a gente precisa corrigir, a Adriana ta sacudindo a cabeça, ela já achou um monte de erro da gente na genética e já ta ajudando a gente a corrigir, ta? Beleza? Foi né? Aí gente, me da até falta de ar só de pensar em tudo que ainda falta, estamos caminhando super bem, então vamos lá. Não, bem, bem, vamos meninos, da para ir filtrando especialidade por especialidade só para gente ir lendo, começa pela letra A. O que seria AMB? Já ficou tudo, bota lá AMB. Ah, pode ser, isso daí é demanda que sobrou, estava na nossa planilha como resquício da solicitação anterior e que ano foi enviado de novo nessa, então ano retrasado para ultima revisão, a AMB mandou estes procedimentos e outros e estes não foram reencaminhados desta vez, então tem que dar uma olhada se ainda são importantes, vai, vai pro segundo. Colocação e troca de prótese fonatória. Cirurgia de cabeça e pescoço ok? Então a gente já tem uma contribuição aqui de que isso não é ligado ao ato cirúrgico, é esse tipo de análise, algumas mais rápidas, outras mais demoradas que a gente vai ter quer fazer, é uma prótese né, quer falar Myuki? Espera aí só um minuto.

P/Myuki – NA realidade eu to lendo isso pela primeira vez, então assim, o que eu tenho de conhecimento são pacientes traqueostomizados ou enfim, que tem ou já fizeram laringectomia e colocam essa válvula fonatória domiciliarmente, então já tivemos este tipo de solicitação...

P/Mulher não identificada – Não é ligada ao ato cirúrgico?

P/Myuki – Não é ligada ao ato cirúrgico, a prótese em si, o material. Muitos sim porque, muitos estavam inclusive, em assistência domiciliar, mas assim, são situações específicas, então a prótese que eu conheci, que eu tenho conhecimento.

P/Mulher não identificada – A gente Myuki, fez uma análise inclusive, a gente tem uma fonoaudióloga na nossa equipe e a gente fez a análise, não se depois ela quiser complementar, tem um procedimento que é a colocação da, um procedimento ligado a traqueostomia que é para colocação dessa prótese, no Rol existe este procedimento, mas não tem a prótese, você chegou a fazer esse batimento, a gente fez este estudo.

P/Myuki – Desculpe, é que quando houve, por isso que pode ser que, hoje houve mudança porque as próteses fonatórias aqui no Brasil, elas são relativamente recentes, são dos últimos dez anos, então os pacientes que tinham, por exemplo, laringectomia, ou então traqueostomia permanente, algumas eram para serem adaptadas então até o de conhecimento não era, era totalmente uma órtese, nesse caso uma prótese fonatória externa sem ligação quatro e jus, mas se tem essa especificamente ligada ao ato cirúrgico então não cabe...

P/Mulher não identificada – A gente vai precisar chegar, porque até esse procedimento...

P/Mulher não identificada – Olha que bacana, um procedimento que a sociedade precisa, um só que a gente achou que fosse molinho, já deu encrenca.

P/Mulher não identificada – Isso, porque a gente fez o batimento e viu um procedimento ligado a ele, eu não to lembrando agora, mas a gente tem nesse batimento pela análise ta?

Martha (ANS) – Então Myuki foi eleita para olhar esse procedimento junto com a Bruna, vamos lá, qual é a outra TT? Hã

P/TT – Radiologia.

Martha (ANS) – Radiologia, vou passar rapidinho lá ta? Cintilografia com hemácias marcadas, (...)cintilografia, endoscopia virtual, endoscopia virtual por ressonância, espectroscopia por ressonância, estudo funcional, ressonância

endoretal, ressonância endovaginal, ressonância e reconstrução tridimensional, TC coração, pra avaliar Scor de cálcio, TC escanometria digital, TC reconstrução tridimensional, TC vias urinárias, tratamento de urotomografia, tratamento de tumores neuronocrínicos, tratamento, ultrassom, (...)urosonografia, ultrassom peça cirúrgica, ultrassom tridimensional.

P/Mulher não identificada – Carlos você quer falar alguma coisa, ta tão quietinho.

Carlos Moura (Colégio Brasileiro de Radiologia) - A maior parte desses procedimentos são procedimentos que já tem disponibilidade, já são de uso no mercado, tirando o de tratamento que não fomos nós que pedimos, não entenderam que leiam em radiologia que tem tratamento de alguma coisa, não, vai pro lado (risos) tratamento de tumores, não sei porque colocaram isso como CBR e não pedimos, da uma olhada para lá que vai...

P/Mulher não identificada – Vamos olhar a TUSS depois aquele código 40710092...

P/Homem não identificado – Não, quem solicitou, porque não fomos nós que solicitamos?

P/Mulher não identificada – Foi, ta vendo?

P/Homem não identificado – Não foi. Eu to com a planilha do envio de solicitação aqui na minha frente. Não, não, embolização estaria como embolização, ta bem bonitinho embolização. Então o que acontece, a maior parte destes itens são itens que hoje já são utilizados...

P/Mulher não identificada – Não é radioterapia? Medicina nuclear? Alguém tem a TUS aí online só para dar uma pesquisada? Myuki que sabe tudo de tabela (risos)

P/Mulher não identificada – Olha só, então vou aproveitar enquanto todo mundo olha para...

P/Homem não identificado – Eu tenho a TUSS aqui.

P/Mulher não identificada – Medicina nuclear não é?

P/Homem não identificado – É, mas não ta com essa descrição, eu abro aqui.

P/Mulher não identificada – Então deixa eu só falar assim, ta vendo como as vezes um nome atrapalha tudo ou facilita tudo, então a gente tem 250 procedimentos para gente olhar e um mês né, quando ta tudo muito fácil vai tudo muito fácil, quando começa a enrolar a gente tem que começar a tentar descobrir que procedimento é aquele, o que a gente faz, deixa por ultimo não é isso? Então só para vocês entenderam.

P/Homem não identificado – É isso aí, tratamento de tumores, tá certo, tá aqui na CBHPM 7ª edição, sim, medicina nuclear, mas não fomos nós que solicitamos.

P/Mulher não identificada – Então fala dos que você solicitou, fala.

P/Homem não identificado – Não, o que eu disse anteriormente, o que nós fizemos? Nós pegamos procedimentos que já são de uso, são equipamentos que já estão disponíveis tanto em medicina nuclear, como ressonância, como ultrassom e tomografia, então, ou seja, você tem parte de equipamento, você tem equipes médicas que fazem esses procedimentos no Brasil inteiro e você tem muitas fontes pagadoras que mesmo não sendo Rol já cobrem esses procedimentos hoje em dia, agora o grupo vai contrapor alguns pontos e a gente vai discutir estes pontos, não tem, não foi pedido nada muito diferente, foi feito um trabalho mais lição de casa que a gente sabe que tem, o que tem nosso que não foi feito, que aí nós temos um trabalho grande com a MB, é ainda procedimentos que são TUS não estão ainda na CBHPM, inclusive a gente teve uma discussão da (...) digital mamaria que a gente precisa fazer uma DUT para entrar para entrar para CBHPM e aí a gente propor na próxima reunião de Rol, Rol entendeu, não tem muito segredo esses.

P/Mulher não identificada – Pode passar para genética TT porque Adriana tem horário, ela pediu por causa do voo, por favor.

P/Mulher não identificada – – Então olha só, na genética vai aparecer...

P/Mulher não identificada – E-mail, o que aconteceu, na genética, na verdade a gente recebeu um e-mail da sociedade brasileira de genética e nesse e-mail tem algumas solicitações, a primeira é a mudança da lei 9656 coimo a Marta já colocou, a segunda é a solicitação...

P/Mulher não identificada – Que de novo a gente não vai analisar tá?

P/Mulher não identificada – que são os exames que são realizados que são realizados fora do país, então exames realizados em outros países que sejam incluídos no Rol, a outra solicitação é que a indicação, a DUT de análise molecular de DNA que ela se mantenha e que seja ampliada para um dois itens, pro CGHRAY e que uma das colocações da DUT também é que seja solicitado por geneticista, a Sociedade Brasileira de Genética pede para que todos os médicos do país desde que tenham CRM, solicitem exame, não só o geneticista e ele pede também a gente fala assim, esgotado as possibilidades diagnosticas, ou seja, existem outros avaliações exame físico, exame ectoscópico, você identifica uma anomalia genética, por exemplo, numa criança você já faz o diagnostico, após esgotadas essas possibilidades diagnosticas, a Sociedade de Genética pede para retirar também este item e para ir direto para refazer o exame, a gente passou isso para Adriana, a ABRANGE ou

Fenasaúde agora não sei mais quem me mandou uma lista com 50 diretrizes da ETNA americana e inglês que são mais de 100 avaliações, 100 exames genéticos tudo em inglês para gente avaliar, com FISh...

P/Mulher não identificada – Isso não ajuda, não contribui (risos)

P/Mulher não identificada – E aí a gente pediu ajuda para Adriana que é geneticista e que já tem uma análise em relação a isso, e a gente tava ali no intervalo, ela tava me mostrando o trabalho dela, até onde ela avançou um pouco em relação a isso, vou passar aqui para ela para ela dar um testemunho.

Adriana (Geneticista) – Eu lamento ouvir isso da sociedade a qual eu faço parte, eu lamento, é o que eu posso dizer assim em poucas palavras, em qualquer uma dessas análises que já estão feitas sobre, inclusive até esta, com estimativa de preço, de custo, de ver aonde aquilo se insere em termos de avaliação de tecnologia em saúde, você tem que, é uma das poucas coisa que a gente pode fazer, é preservar o paciente que tem uma doença rara, uma doença genética para que se não tiver tratamento, não tiver mais nada assim, a única coisa que pode ser feita por ele fora o diagnóstico, que um exame genético realmente seja usado com moderação e dentro do contexto protegido do aconselhamento genético, então eu sinto muito, mas eu não compartilho desta visão de que qualquer médico possa pedir exame genético, eu acho que, óbvio que todo mundo em cada uma das suas especialidades vai ter doença genética e a gente vai ter doença genética em todas as outras especialidades médicas e a gente trabalha em conjunto tá, e muitas vezes você não tem nem o tratamento para fazer, você só tem o diagnóstico, agora tirar o exame e a responsabilidade de quem solicita e do paciente disso e deixar para qualquer um pedir em qualquer momento o que achar mais conveniente, isso realmente é ausência total de diretriz, isso não é só modificar uma parte daquilo e realmente a gente tem que assumir o que a gente vai fazer pelo país com cobertura obrigatória aqui no país, então eu não compartilho infelizmente desta visão e a partir daí acho que realmente a gente tem que tomar alguma coisa ainda que seja em inglês, graças a Deus porque agora já é mais fácil, podia ser em Frances, alemão ou russo, os chineses estão aí, os indianos, mas eu acho que ano são tantas coisas assim que já estão revistas se a gente for entrar no ninho ou em qualquer outro banco de dados, você vai encontrar doze mil, quinze mil doenças genéticas ou coisas que já foram relacionadas com o genes, mas não se esgota a discussão por aí, para gente partir, como diria Doutor Décio Gurnoni, entre o real que existe e o ideal a gente tem que chegar num meio termo adequado com uma media solução dentro do prazo, é isso que eu vou tentar fazer entre o que já está publicado com um mais ou menos nível de evidencia para ver o que a gente pode fazer para que tenha o mínimo de ordem e de coisas que a gente possa ver que sejam efetivos, eficazes e disponíveis para fazer, considerado ainda o que se falou a questão da disponibilidade variável de acordo com o que você realmente teria que fazer no

país, mas acho que não dá para imaginar que o céu seja o limite e a crítica que eu fiz então, eu diria que você tem duas propostas, a primeira é essa que você recebeu e a primeira foi a colocação do problema que eu fiz na reunião anterior, que justamente fazendo o batimento muitos procedimentos que teriam mérito, que teriam indicação do ponto de vista genético, você não consegue fazer sair, você tem a cobertura em cima, mas você não tem o meio para fazer isso sair que seria a presença do procedimento dentro da CBHPM e dentro da TUSS, então muita coisa que pode ser melhorada.

Martha (ANS) – Então assim, vou deixar a Paula falar, mas primeiro a gente agradece a disponibilidade da Adriana assim, há muito tempo, há seis anos pelo menos a gente resolver o problema da genética, a gente não consegue, a gente sustenta uma diretriz inadequada né, que não é a melhor, a gente sabe que tem procedimentos que precisam entrar da mesma maneira que a gente sabe que o que tá lá não é o ideal, mas a gente não consegue resolver esse problema, então a gente espera muito de coração que dessa vez a gente consiga e aí nesse caso o que precisar ser feito nesse sentido para gente consertar essa situação e para gente adequar essa situação a gente tá disponível a fazer e tenho certeza que todo mundo aqui tá, então a gente precisa incluir procedimento para poder dar conta de uma coisa, para não ter um rolo nesse daqui grandão, mas para isso a gente ajeita o grandão, então acho que tá todo mundo aqui disponível para isso, eu sinto esta disponibilidade de todo mundo da gente tentar resolver esse problema que é um problema muito grande e muito difícil para gente, obrigado, garante a verdade.

P/Homem não identificado – Eu queria falar que eu trabalho na CBHPM no setor de consulta especificamente, tem muitas consultas que chegam lá, que o pediatra olha na criança e suspeita que ele tem Down, ele pede um exame genético, urologista tem outro paciente que suspeita que também ele pede exame genético, claro que cada característica, eu acho que essa é a razão de ele ter dito do pacto delitivo mesmo que o pediatra suspeite que é Down ou urologista suspeite, enfim, eu não conheço as duas, sete mil _____, 1.200 erros genéticos, é essa a razão de não ter um geneticista, o médico já faz tudo.

Emilio Zilli (CBHPM) – Eu acho o seguinte, desde a reunião passada que o conselho expos para mim de uma maneira muito clara essa situação da genética, eu conversei com a Doutora Adriana porque eu também não tinha entendido muito bem o que a Doutora Adriana tava fazendo ali naquele momento e aonde que tava a Sociedade Brasileira de Genética médica, no dia seguinte nós entramos em campo para sabe o que tava havendo, e eu já tenho alguns e-mails da Sociedade Brasileira de Genética médica que me respondeu e que alias ela deve ter sido avisada que houve essa reunião de hoje, creio eu, mas eu acredito que da próxima vez nós já vamos resolver essa situação e o representante da Sociedade Brasileira de Genética médica, o Doutor Saulo e ele devera estar aqui, agora o problema todo é essa coisa que eu to sempre

colocando aqui desde o primeiro momento, nesse momento que há uma preposição que também para mim ela não é adequada, mas eu to falando isso com olhar leigo e a Doutora Adriana acaba de colocar uma situação que para mim é adequada, pode ser que não seja realmente adequada, pode ser que a visão da especialidade seja outra, e essa observação que o Paulo acabou de fazer ela é extremamente adequada e coerente também e eu acho que foi até necessariamente nessa linha que a sociedade se posicionou, só que como isso não ta exposto de uma maneira muito clara, para todo mundo que ta aqui atrás, a impressão que da é que a sociedade é omissa, que nesse ponto especificamente até ta sendo né (risos) mas que ta propondo alguma coisa absurda e talvez não seja bem isso, talvez a discussão seja um pouco mais ampla, e aí que a gente, eu fico muito preocupado com uma decisão tomada em cima de uma coisa que não foi perfeitamente avaliada, ano profundamente, mas pelo menos na totalidade.

Martha (ANS) – Doutor Zile eu entendo, a seu papel e a sua preocupação, eu vou adorar participar de uma reunião com o Senhor e com o Salmo, adorar (risos) e eu queria muito que ele viesse aqui, muito, de coração e que ele falasse tudo que ele fala para mim aqui ó, gravado, juro que eu queria de coração, então espero que ele venha na próxima, que ele se coloque de peito aberto, iguala gente se posiciona, aqui tem varias sociedades, o Marcelo ta aqui, o Artur ta aqui (risos) então assim, a gente discute, a gente quebra o pau, a gente né, um concorda o outro discorda, não tem nenhum problema, a gente discute sem problema né, o Artur fala uma coisa a gente fala outra e a gente se entende, mas a gente precisa ta aqui para discussão e aí Doutor Zile de verdade, eu quero que o Senhor presencie essa discussão e entenda um pouquinho que a gente ta falando né? Vamos lá, qual é a próxima? Cirurgia digestiva. Então vamos dar uma passada só para gente olhar, alcoolização de tumor hepático, bilimetria, biopsia de pâncreas por vídeo, então ali tudo vídeo ta, colo jejuno, colecistecstomia, colédoco, conversão de anastomose, desconexão ázigos portal, enucleação, epiploplastia, esofagectomia, vai TT, esplenorrafia, gastroenteronastomose, gastrostomia, deve ser, hemorroidas, foto coagulação com raio infravermelho, e aí gente, as vezes acontece, por exemplo, da cirurgia geral mandar a mesma coisa da procto que manda a mesma coisa da uro, então a gente depois junta ta, herniorrafia crural, ingnal por vídeo, lobectomia, mega colón, omentectomia, pâncreas anular, perfuração do odenal, pilorromia otomia, pilorooplastia, punção hepática, radioablação de tumor hepático, radioablação por vídeo, ressecção de cisto por vídeo, ressecção laporascópica de tumor, transplante hepático, transplante pancreático, tratamento cirúrgico das varizes, do divertículo e vagotomia ta? Então 90% é vídeo, a gente não ta marcado, a gente vai depois fazer, pode, pode, TT, deixa aí, deixa aonde tava e chega a coluninha pro lado, não para lá, para direita, aí ó, tudo eletivo, tudo eletivo, mas não, pode ter alguma diferença que a gente não leu ainda, então depois a gente checa, a gente pode não ter

chegado, não, se ta não a gente chegou, aí ó espera aí, não vai mais, é herniorrafia crural, inguinal e unilateral ta, vai lá TT, pode passar a próxima especialidade, não, porque era parede, a gente da uma olhada, vai, ó gravidez, cirurgia laporoscópica de prolapso de cúpula vaginal, gravidez ectópica tubara laparoscópica, esterectomia subtotal laparoscópica, esterectomia total laparoscópica ampliada, esterectomia total laparoscópica com anesectomia uni ou bilateral, lobectomia pulmonar por vídeo, ah foi a geral que mandou isso aí né, metroplastia laparoscópica, nefrectomia total unilateral por vídeo, a uro também mandou, uronefrectomia com ressecção vesical, nelsapingostomia, recanalização tubária, então vocês já conseguem ver, por exemplo, aqui tem dois ou três procedimentos que a uro também mandou, então daqueles 250 isso vai afunilando, vai, passa lá André, outra especialidade, não, na especialidade, especialidade, aí, pode ir pro COFITO, não, não precisa, isso, o COFITO ta mais garantia falar que era uma só, consulta de fisioterapia, ok?

P/Mulher não identificada – Eu não entendi a hidroterapia também, nas duas demandas que a gente pensava, aquilo que a gente discutiu no intervalo...

P/Mulher não identificada – Tem que me mandar.

P/Mulher não identificada – Vamos enviar.

Martha (ANS) – Coloprocto, anopexia mecânica com grampeador, desarterialização hemorrobaia transanal, ultrassom endo retal tridimensional, vai lá, André pode passar a próxima, oi, a gente ta lendo o que as especialidades mandaram por especialidade para gente ter uma noção do que a gente vai analisar, tem coisa aqui que a gente já ta identificando que outra especialidade já pediu ou que isso ta em outro procedimento, é esse o trabalho que a gente vai fazer daqui para frente, calorimetria, câncer de ovário laporoscópica, cintilografia, colheita, colheita não é na fazenda não é? Coleta seletiva de sangue para dosagem hormonal, não (risos) cromatina sexual pesquisa, estrogênio total, hormônio gonadotrófico coriônico quantitativo, gente, é diferente do beta HCG esse trem? Junta medica, então o que acontece, em alguns procedimentos a própria especialidade tem o Rolzinho dela, aí ela bate, o que não ta ela manda, junta medica deve ser algum procedimento que ela paga em alguma tabela dela que ela manda para cá, então isso não tem como ser analisado ta? Teste de monitorização continua da glicose, isso, por exemplo, teste de monitorização continua da glicose é domiciliar não é isso? Então é esse tipo de trabalho que a gente vai fazer. Gente, vocês acham produtivo a gente continuar uma vez que vocês vão ter acesso a essa planilha? Vamos botar a Bela e quem mais quiser falar da sua ou ache importante, põe para gente a uro? Cardio, oi? Endocrinologia, agora vocês vão botar a uro, cardio, depois, uro, aí ok. Cistectomia, Cistectomia radical, cistoentrostomia, colagem de fistula, correção laparoscopica de incontinência, diverticulectomia, eletro vaporização de próstata,

marsupialização, nefrectomia total, nefropexia, neobexiga, sobe um pouquinho, pielolitotomia, ureterostomia laparoscópica ok? E a gente ta esperando as suas prioridades pela idade, ta bom, agora vamos botar a cardiologia, por favor, hemodinâmica...

P/Home não identificado – Com muito orgulho viu Zile.

P/Mulher não identificada – Ele vai desmarcar, ele vai desmarcar, ele vai desmarcar.

P/Homem não identificado – Então é esse e tinha mais dois só que os dois não estão na CBHPM, então fica só esse procedimento mesmo.

Martha (ANS) – Por isso que ele falou que ia priorizar, porque já tava priorizado, eu tava achando doce demais isso hein, agora a gente entendeu, bota gineco para gente encerrar André, por favor. Endometriose por vídeo, implante de dispositivo intratubário não hormonal, liberação laparoscópica de aderências pélvicas e teste de fibronectina fetal ok? Gente, a gente vai te rum mês até o nosso próximo encontro mais ou menos, a gente precisava assim, em vez de vocês tentarem fazer todo trabalho para depois me mandar, vamos tentando fazer os trabalhos aos pedaços, então olha o que ta primeiro no Rol, ta mesmo, passou, depois você olha, não ta na CBHPM, não ta mesmo, passou, sobrou a lista de procedimentos para ser analisada e aí a gente vai se debruçando em cima dela e o que vocês forem vendo de erro ou acerto ou de alguma coisa que vocês queiram me mandar, já vão me mandando por favor, e todo mundo que ainda falta bota tudo no site, amanhã vai ta tudo no site ta, o batimento a gente precisa publicar uma noticia, mas a gente já pode mandar amanhã também e aí a gente já bota nessa área e fica esperando, então, qual é o problema eu vou te contar a verdade, ta gravando gente, para de gravar, é assim parece que a gente não pode botar nada em Excel no site porque Excel é uma coisa que não é fria...