

Transcrito por Matheus Henrique do Couto Kronemberger

Arquivo: ans_30.04.2013_tarde

P/Martha – Vamos voltar gente? Sessão com psicólogo consulta/sessão com TO, sessão de psicoterapia, consulta sessão com fono, tomografia de coerência óptica, angiotomografia coronariana, terapia imunobiológica endovenosa, embolização de artéria uterina. Eu acho que a gente podia passar somente aquelas que não vão ser discutidas lá, tá? Então tem duas diretrizes que a gente nem botou aqui... Botamos. A tomografia de coerência óptica a gente vai adequar ao que foi colocado no protocolo do CONITEC então ele aumenta algumas indicações para tomografia de coerência óptica e a gente vai adequar para ficar igual. Quanto à injeção de toxina botulínica também foi colocada mais uma indicação, essas a gente nem colocou para discussão porque já estão pacificadas, tá? Fora isso, embolização de artéria uterina vai ser discutida lá. Terapia imunobiológica endovenosa também foi discutida no CONITEC, lá eles incluíram o medicamento por via subcutânea, porque na nossa diretriz só tem medicação endovenosa. O que a gente está discutindo além disso? A gente recebeu a solicitação de inclusão de mais uma doença, que poderia ser tratada da mesma maneira e está sendo feita uma discussão importante no CONITEC quanto aos medicamentos, então, o CONITEC analisou medicamento por medicamento de terapia imunobiológica, tanto endovenosa, quanto subcutânea e aprovou alguns e reprovou outros. Então, o que a gente está tentando é compatibilizar isso com as decisões do CONITEC, Ok? Então, a gente vai alterar essa diretriz neste sentido, não deixa de ter cobertura, mas vai ser adequada como foi analisado lá, já que a gente está caminhando nesse sentido. Angiotomografia vai ser discutida lá, TCO já falei, fono, a fonoaudiologia pediu a inclusão de alguns CID's dentro dos CIDs que já existiam para as sessões de fonoaudiologia e também o incremento de algumas sessões. Eu não sei tem alguém aqui, a gente tá analisando, a maior parte dos CIDs. A gente concorda que realmente são CIDs importantes para estar dentro daquelas sessões e a gente vai adequar, a gente já manda essa diretriz para vocês, a principio ela tá Ok, tá? Psicoterapia, a gente recebeu, eu não sei se foi ontem ou anteontem, recentemente, a gente leu, a gente tem algumas discussões para fazer com você, se você quiser falar um pouquinho.

P/Psicóloga– Nosso encaminhamento tenta apontar para diversas pesquisas valorizando a importância do tratamento multidisciplinar e, quando a gente pede, inclusive uma das reivindicações é aumentar o número de sessões para alguns CIDs e aumentar muito pouco em relação às 40 para outros CIDs. Na verdade, o que a gente acha, depende de uma avaliação do profissional para estabelecer o número de sessões necessárias e, o embasamento teórico que a

gente usou para qualificar essa solicitação e essa alteração, é que várias pesquisas já são feitas, inclusive no Brasil, dizendo que a incidência de tratamentos outros com uso de tecnologias leves, de ordem multidisciplinar, atuando sobre pacientes cardiopatas, atuando em vários tipos de tratamentos, de vários tipos de patologia, o resultado é fantasticamente bom, inclusive em termos econômicos. É um resultado onde o custo benefício aumenta muito a eficácia dos tratamentos, então, em vez da gente manter aquelas 12 sessões, a gente aumentaria para critério do profissional que está atendendo, entendendo que não é uma manifestação só corporativista, porque psicoterapia não é uma prerrogativa só da psicologia, psicoterapia é uma prerrogativa de outros profissionais também, mas é incentivar essa orientação multidisciplinar que tanto já vem sendo produzida pelo SUS, inclusive a alegação última é a seguinte: gente, o CAPS não limita em 12 sessões, o CAPS se, para atendimento de drogadito, por exemplo, que é a conversa mais manifesta do que a gente tem hoje, não limita em 12 sessões por ano. Então, o custo benefício é excelente. A gente já viu que o indicador matemático só vai poder ser obtido em um ano, mas eu garanto a vocês que todas as pesquisas que a gente manda nas nossas alegações, o efeito de benefício para o paciente, inclusive para o custo dos planos das operadoras vai ser muito bom. É isso...

P/Martha – Além do Conselho, a gente recebeu algumas outras sugestões para psicoterapia, algumas a gente acha que são bem legais que elas perpassam algumas outras DUTs que a gente já tem, por exemplo, a gente fala de psicoterapia em varias outras DUTs não é? A gente fala na DUT de vasectomia, de ligadura tubária, a gente fala na DUT de bariátrica, então a gente cita isso e não está incluído lá na DUT principal. Então, assim tem varias outras sugestões que a gente também recebeu e que vão nessa direção, a gente sempre discutiu aqui essa coisa da limitação. Ela não é por conta da indicação, mas foi a forma como a gente conseguiu fazer a introdução dessa técnica e dessa terapia no Rol. Sabemos que a suficiência da sessão é dada por conta da patologia do paciente e vai depender de cada um, a gente entende isso, a gente acha que é isso mesmo, de jeito nenhum a gente pensaria outra coisa, mas foi a forma como conseguimos introduzir isso na saúde suplementar para que fosse sustentável e que fosse crescendo aos poucos. Então, a ideia das DUTs é essa mesmo, agente vai aprimorando na medida do que a gente vê que é importante, que é necessário e que possa ser possível fazer. Então, a gente vem nesse crescente, a gente vai analisar melhor a sua DUT, vamos juntar com as outras propostas e a gente reenvia para todo mundo uma proposta da psicoterapia e da consulta de psicologia, tá bom? Terapia ocupacional é no mesmo sentido, análise molecular de DNA vai ser discutido no dia sete, o cárdio-desfibrilador também, PET-SCAN também, mamografia também, bomba também, todas essas, o D-dímero é uma proposta nossa,

ninguém mandou e porque é nossa? Por conta da quantidade de demandas que a gente vinha recebendo. Neste sentido, a gente mandou para vocês avaliarem e para vocês criticarem e devolverem para gente, como foi uma proposta nossa, não veio de ninguém, a gente não recebeu nenhuma crítica ou sugestão até então. Se vocês tiverem alguma crítica ou sugestão, encaminhem para gente. Assim poderemos abrir discussão para o grupo, tá Ok? Então, a gente tem que fazer essa discussão até um dia que seja razoável, antes do dia 23. No dia 7 a gente já vai tentar fechar algumas propostas, quem sabe a gente consiga fechar todas até o dia 15, eu acho bem razoável que aconteça com essas outras que estão rodando. Pode falar Salmo.

P/Salmo Raskin – Salmo Raskin da Sociedade Brasileira de Genética Médica, Martha eu estou notando que uma das propostas de alteração de diretriz, a que a nossa Sociedade propôs, não está incluída aí na lista, eu até achei que ela pudesse estar na outra lista como, eventualmente uma nova proposta, mas foi rápido que você passou ali, eu não vi também na outra, que era do teste da pesquisa de microdeleções que já é um procedimento que existe, nós propusemos alterações, eu pergunto porque que não está na lista?

P/Martha – O que a gente discutiu é que a gente quer fazer uma reformatação geral. Assim, grande parte da genética, a gente vai levar todas as discussões, não só de alteração de DUT, mas também de solicitação de inclusão e do que tem chegado de demanda, o que tem sido problema para gente. Salmo, você sabe que a gente tem muito problema, a gente vai levar para lá, para a gente discutir em conjunto, a nossa ideia era reformatar geral a genética assim, fazer uma proposta bem nova que reformatasse tudo, então a gente tá levando tudo para lá, na discussão do dia 7 em São Paulo, tá?

P/Salmo Raskin – É que no escopo que foi mandado para gente só estava a análise de DNA...

P/Martha – Deve estar na outra planilha, que é a de inclusão de algumas das suas demandas. Na planilha que vem a seguir, sem ser a de DUT, a de inclusão, tá?

P/Salmo Raskin – Tá certo.

P/Luciana – Oi Martha, eu sou a Luciana e estou representando a Sociedade de Coloproctologia e eu só queria me certificar que esse implante de eletrodos e gerador para estimulação contempla a neuromodulação sacral, que a gente encaminhou para vocês.

P/Martha – Pois é, não. Por quê? Porque esse daqui é o que já tem a DUT, então assim, aquela solicitação de vocês foi de inclusão de um novo procedimento, que também tem um pouco da mesma técnica, mas não é

exatamente o mesmo procedimento. Então, assim, teria duas formas da gente incluir: ou inclui como procedimento novo ou inclui dentro de um procedimento igual ao que já existe e amplia a indicação. De qualquer maneira é uma inclusão, então pode até ser discutido aqui dentro se fizer sentido, mas também é uma ampliação, não é só a mudança da redação e da forma como está aquela diretriz. Então, acho que se fizer sentido Luciana, que eu não sei mesmo, não entendo nada disso, vale a pena você discutir, isso aqui junto ao grupo da neurocirurgia, com o Artur. Não é Artur? Se fizer sentido, eu acho que vale a pena colar a discussão, tá?

P/Luciana – Tá bom.

P/João Paulo– Martha, eu não sei se tu ainda vai voltar nas DUTs, isso é para isolados ou não é, é só esse painel aí, painel fulminante... Bem, então com relação à terapia imunobiológica, que essa assim tem um impacto razoável por causa da frequência da doença, você falou que talvez entre para uma nova patologia, tu vai dizer qual é ou a gente vai ficar...?

P/Martha – A gente tá com uma proposta aqui, que parece, foi a Rosangela que encaminhou?

P/João Paulo – É a psoríase ou...?

P/Marta – Foi a GRUPAR, espera aí.

P/2 – Psoríase, artrite psoriática juvenil...

P/Marta – Você tá achando que a minha memória é o que, espera aí que eu tenho que ler. Enquanto a Karla procura...

P/Priscila Torres – Boa tarde, Priscila Torres, sou do Grupo de Apoio ao Paciente Reumático de Ribeirão Preto, e é o do grupo EncontraAR. Na verdade nós fizemos uma sugestão de ampliação da cobertura relacionado a nossa experiência que tivemos com a resolução 262 ano passado, muitos pacientes usam hoje medicamentos biológicos, subcutâneos e endovenosos para outras doenças reumáticas e imunomediadas, artrite reumatoide é mais incidente, mas a gente tem em grande escala espondilite anquilosante, artrite psoriásica, comparado aos protocolos do Ministério da Saúde, ao que nós estamos aguardando a ultima resolução da CONITEC, da ultima consulta pública, no SUS o paciente já tem o acesso, então o que acontece que nós vimos com o paciente em si, lá na ponta ele tem espondilite anquilosante, uma vez que a ANS tá fazendo cobertura para artrite reumatoide, o doente ele se sente incitado no direito de querer a judicialização do plano de saúde para que ele tenha acesso e eu gostaria de colocar apenas uma colocação nossa referente ao diagnostico precoce porque nós temos dificuldades de fazer alguns

anticorpos imunológicos para R espondilite anquilosante, que é o anti-CCP e o HLA-B27, muitas operadoras tem negado, algumas pagam, outras não e as vezes a pessoa termina indo ao SUS para fazer e retornar ao plano de saúde, então tudo isso nós colocamos na nossa contribuição.

P/João Paulo – Mas Rosangela, qual é a nova doença, nova indicação, Priscila desculpe.

P/Priscila Torres – Na verdade é assim, é a lida que nós contribuímos. Está faltando artrite angiopática juvenil e existe uma série de CIDs da atualização do CONITEC do protocolo que já existe para artrite reumatóide que são a síndrome de Felty, as vasculites estão dentro de CIDs associadas a artrite reumatóide, isto está na CONITEC.

P/Martha – João, tem uma discussão maior, galera ele levantou a mão agora e eu nem processei, mas tem uma discussão que a CONITEC aprovou para uma doença, acho que é artrite reumatoide, medicamento subcutâneo, mas não foi aprovado para espondilite anquilosante. Não é isso Claudia? Depois a Claudia vai falar. Então, tem essa discussão também embutida, tem uma outra discussão desta diretriz que eu também acho importante, que a gente vai fazer que é a forma como a CONITEC está incorporando e a gente quer trazer esta forma pra cá. Então, o que a gente fazia desde sempre: a gente colocava lá, terapia imunobiológica endovenosa para tal situação. A gente não dizia que na terapia imunobiológica o A tem cobertura o B não tem, né? Estou falando de medicamento, a forma como o CONITEC aprova, eles estudam o medicamento para aquela indicação, então a gente gostaria sim, de fazer essa discussão aqui e na hora que a gente foi reformatar esta DUT a gente vai tentar fazer essa discussão. Então, a gente vai abrir protocolo por protocolo, ver para que aquela medicação foi incluída e trazer da mesma maneira, então a gente está trazendo medicamento subcutâneo, a gente pode trazer as outras indicações que foram aprovadas, mas a gente também vai trazer a história do medicamento, essa é a proposta. Cortaram o João aqui ó.

P/João – Para a gente da saúde suplementar, na verdade, o que comanda é o que está na bula. Então, se lá está dizendo que o medicamento “X” estaria indicado para uma ou para quatro, cinco indicações, a gente teoricamente não precisaria...

P/Martha – Mas a discussão deles é a seguinte: o A e B...

P/João - ...A não ser que a bula esteja errada, incompleta...

P/Marta – Não, a discussão é assim, a bula está Ok, a bula ta lá, por exemplo, o remédio A e o remédio B tem indicação para artrite psoriásica, os dois tem. Só que eles analisaram os dois e um tem eficácia e o outro não tem, é essa a discussão que a gente vai fazer, então eles reprovaram...

P/João - ...Como o do quimioterápico oral? Parecido?...

P/Marta – Tá?

P/João – Isso é excelente...

P/Martha – Ana Claudia e Antonio. Eu não sei quem estava inscrito primeiro, Antonio? Vai lá Antonio, pode falar.

P/Ana Claudia – Só um esclarecimento que passou em consulta pública: os medicamentos para artrite reumatoide e em outro, paralelamente a isso, está sendo colocado em consulta pública, o protocolo de artrite reumatoide, né? É importante que as pessoas entendam que são coisas diferentes, uma coisa é a incorporação do medicamento, dos medicamentos, dos tais CIDs e tal, e a outra coisa é a inserção, de disponibilizar estas drogas dentro de um protocolo clínico, como é feito atualmente. Especificamente, no protocolo da artrite reumatóide, está sendo coordenado pela SAS, Secretaria de Atenção à Saúde, e que tá também consulta pública no outro âmbito, né? Só um esclarecimento...

P/Marta – Antonio.

P/Antonio Augusto – Antonio Augusto do Conselho Federal de Nutricionistas. Nós gostaríamos de fazer duas propostas lá no item sete da consulta com nutricionista. Nós gostaríamos de incluir mais duas condicionalidades para cobertura obrigatória de 12 consultas, uma delas, é incluir os indivíduos com diagnóstico de obesidade acima de 16 anos de idade. Outra, é incluir também pacientes ostomizados ou após cirurgias gastrointestinais, para poder contemplar aí as bolsas né? E ter um acompanhamento mais de perto. É certo que pacientes que tem diarreia usam muitas bolsas, né? Seriam essas duas condicionalidades, obrigado.

P/Marta – Antonio, a gente vai pedir para você escrever num papel e dar para gente antes de acabar a reunião. Só para a gente ter isso registrado hoje.

P/Eduardo Gomides – Eduardo Gomides, Presidente da Comissão Nacional de Convênio e Credenciamento da Odontologia. Então eu queria fazer só duas ressalvas, nós vamos fazer por escrito, a gente encaminha até o final da reunião, na questão da sessão da psicoterapia e na questão da primeira sessão de psicoterapia da inclusão dessa diretriz para odontologia porque nós ficamos lá na odontologia tratando um exemplo. Por exemplo, o Bruxismo ou Briquismo, que é hoje uma patologia endêmica, né? E nós estamos tratando o sinal e sintoma, nós não temos acesso a tanta causa e é a psicoterapia que vai solucionar e ver porque né? Porque se o paciente tem bruxismo ou briquismo então, nós ficamos lá lutando para manter tudo funcionando no aparelho mastigatório e temos ali um problema sério, há comprometimento hoje, com prótese, com implante, tudo advindo disso e às vezes a gente encaminha, na avaliação do paciente ou na avaliação do profissional e ele não indica

psicoterapia, então se a gente pudesse fazer essa indicação, uma vez que o diagnóstico é nosso né? Dá para a gente analisar que aquilo já é patológico, não é fisiológico, não há um comprometimento ali, a gente tem condições de fazer essa avaliação, porque há sintomas bucais que vão nos dar essa informação diagnóstica e, a questão da consulta/sessão com fonoaudiólogo também, porque às vezes, também tem questões que são necessárias, né? Às vezes, você faz uma remoção de freio, de língua etc., e precisa fazer tratamento com fonoaudiólogo e a gente tem que ter um intermediário aí, que tem que ir para o médico, para ele encaminhar para o fonoaudiólogo né, então intermedia porque às vezes, o profissional tanto dentista, quanto fonoaudiólogo, tem condições de fazer essa avaliação, nós vamos encaminhar isso por escrito para você.

P/Martha – Essa questão é um pouquinho mais complicada, porque assim, a gente estava falando de plano ambulatorial, e não de plano odontológico e no plano odontológico não cabe outro profissional, né? Hoje, na formatação que a gente tem do plano odontológico e para o plano ambulatorial é diferente aí vai ter tudo. Porque assim, a gente está fazendo uma discussão de indicação, né? Quem pode indicar um paciente para o outro? Não é uma discussão de segmentação, porque isso não vai ser incluído no plano odontológico, então, a nossa discussão é: o dentista pode encaminhar um paciente para o psicólogo, no plano ambulatorial, sim ou não? Então, a gente vai voltar para aquela discussão que a gente já teve antes. O que pode ou não pode no plano médico- hospitalar? Se tem ou não tem que ter indicação do médico? Eu acho que a gente vai precisar vencer um pouco essa discussão para andar para frente. Pode ser que a operadora aceite a tua indicação enquanto dentista, para o encaminhamento para o psicólogo. Ótimo, melhor dos mundos, mas pode ser que ela exija a prescrição do médico assistente e aí não vai ter como a gente fugir disso hoje na regulamentação como está, tá? Eu acho que a gente conseguiu passar por todas as sugestões...

P/Roseli Goffman – Eu só queria fazer uma meditação rápida aqui, com vocês sobre uma coisa que não está descrita ali, mas que tem nessa nossa argumentação e que o companheiro ali da odontologia falou. Falando, eu esqueci de dizer meu nome, eu sou Roseli Goffman do Conselho Federal de Psicologia. Uma meditação sobre causas e efeitos, eu acho que todo mundo tem muita coisa a contribuir aqui com isso que eu acho importante. A gente tentar ir nas causas e não nos efeitos, isso são as tecnologias leves e também as tecnologias duras vão nas causas também. Mas de uma outra maneira e queria falar de uma coisa que não tá incluída aí, mas meditar aqui com os companheiros todos que são super “experts” no assunto. Existe uma atividade que é exclusiva da psicologia que se chama avaliação psicológica. Avaliação psicológica consiste no procedimento em que vai até mais ou menos dez

sessões incluídas as devolutivas e que faz um mapeamento do histórico daquele indivíduo e das causas possíveis que podem estar ocorrendo para incidir em qualquer patologia, e daí dessa avaliação psicológica se faz um plano de ação de como cuidar melhor daquele indivíduo que vai integrar diversos atores e esse impedimento legal que a gente tem aí para multidisciplinaridade, eu acho assim, é essencial a gente começar a rever estes conceitos de encaminhamentos, estes bloqueios aos encaminhamentos, essas burocracias dos encaminhamentos, que isso veta a possibilidade da gente realmente fazer uma ação integral em saúde e aí fica mesmo saúde suplementar e não uma saúde integral, e falar para vocês dessa metodologia de avaliação psicológica, que embora seja uma atividade do psicólogo, nunca foi incluída no Rol e que isso tem alguma coisa ali, se não puder ser agora vai ser pro futuro ok? Obrigada.

P/Martha – Deixa eu falar duas coisas para você Roseli, na verdade, tem varias metodologias de avaliação sejam da psicologia, da fisioterapia, dos médicos, enfim, pediatra tem isso, geriatra tem isso, reumato tem isso, tem varias especialidades que tem algum tipo de avaliação, a gente discutiu muito isso no passado por conta da geriatria que tem o AGA que é Avaliação Geriátrica Ampla, que na medida do possível é a mesma coisa, o que a gente tem reforçado é que a gente não vai dividir consulta aqui, então assim, para gente a consulta seja de quem for, aí depois a gente fala da Marlene, estou aqui citando a Marlene, a consulta seja de quem for, ela tem requisitos dentro dela né? Anamnese, exame físico e alguns testes necessários para ter o diagnostico e encaminhamento, então para gente isso ta tudo dentro de “consulta”, porque se a gente começar a dividir a consulta aqui... e aí, isso vale para todas as Sociedades, a gente não vai conseguir, a Oftalmo também fez alguns pedidos, daqui a pouco a gente está retirando a verificação da pressão arterial da consulta e aí não dá mais... Então, a consulta englobaria isso. Quanto à multidisciplinaridade, acho que todo mundo aqui dentro desta sala concorda, e não é isso que a gente está falando. A gente estava falando o seguinte: a gente tem um parâmetro legal de que alguém quando fez a Lei que data de 1998 e nesta época só tinha o medico na saúde suplementar, não existia nenhum outro profissional e depois veio o plano odontológico e enfim, também não era junto, era separadinho, então essa coisa de ter que passar para o médico assistente prescrever está na Lei. Assim, a gente não teria o que fazer aqui e aí a gente vai ter que discutir isso em outro lugar. Agora, só pensar que não foi de propósito, acho que foi assim, na redação da Lei, o que você tinha naquela época é que era viável. Agora que a gente tem outro desenho, a gente tem uma outra conformação, posso passar? Aqui são procedimentos que estão no Rol hoje, já fazem parte da cobertura obrigatória onde foi solicitado uma diretriz para aquele procedimento que já existe, tá? Então a gente tem a solicitação para processamento auditivo central, monitorização ambulatorial da pressão

arterial, tomografia computadorizada da mandíbula, estimulação elétrica nervosa transcutânea, marca-passo, mapeamento eletroanatômico tridimensional, implante de gerador para neuroestimulação, artrodese com fixação ou fusão instrumentada da coluna, bloqueio com toxina botulínica que é o que a gente já discutiu. O nosso combinado foi o seguinte, uma coisa é você querer muito uma diretriz, outra coisa é você mandar uma proposta, então a gente só ia discutir o que viesse com proposta, então esse foi o nosso combinado, a partir do momento que a gente tenha recebido a proposta, a gente circulou as propostas que a gente tinha e a gente voltou lá, Doutor Zilli e Paulo falou ó, agora a gente tem um pouquinho mais de coisa para discutir, da para gente encaixar naquela reunião, então a gente tentou redividir isso daqui para dentro daqueles grupos sabendo de todas as dificuldades, né Doutor Zilli? Por exemplo, a galera que vai discutir angiotomo, somou marca-passo, somou algumas coisinhas assim, se a gente não fizer isso, a gente não vai conseguir incluir essas DUTs. Elas vão ser discutidas com a mesma profundidade que a outra? Não sei. Agora, se a gente não discutir lá, nem adianta a gente tentar pautar, porque a gente vai discutir aonde?

P/Doutor Zilli – Porque a gente está aproveitando a questão, é o seguinte: a gente tem até que pensar um pouquinho, boa tarde para todo mundo, meu nome é Zilli, desculpa aí, cheguei agora, é o seguinte: aproveitando esta história, a gente tem que tentar deixar muito claro na cabeça de todo mundo, Martha e Karla, é o seguinte, o que é diretriz que já existe e que é DUT, tá? Porque nesse momento, nessa altura do campeonato você pedir uma DUT, por exemplo, sobre MAPA, é complicado, porque isso está totalmente explicado numa diretriz comum, então eu acho que a gente tem que ter um pouco dessa sensação porque se não tiver, recomeçar a fazer DUT para tudo quanto é diretriz que tá aí, eu acho que a coisa não vai bem por aí, senão a gente vai ter que reescrever a história da medicina brasileira na saúde suplementar.

P/Marta – Então Doutor Zilli, a gente pensou na mesma coisa que o senhor, a gente viu que algumas dessas, a AMB lançou uma coleção sobre ortopedia, depois a AMB lançou algumas diretrizes sobre algumas coisas que não fazem parte do projeto com a ANS, mas a gente viu, recebeu e tal, uma das ideias é, a partir dessa diretriz clínica, que é produzida pela AMB, como é que a gente “recorta” uma DUT que sirva para isso que a gente tá falando? Porque a gente produzir uma nova, concordo com o senhor, a gente não vai conseguir, então para colocar a discussão na mesa, para Sociedade falar o seguinte: sim a gente já tem uma diretriz sobre MAPA, sobre marca-passo, sobre sei lá, tá publicada não sei aonde, beleza. Então, a gente consegue sentar aqui hoje e “recortar”? Beleza, conseguimos. O que a gente não conseguir produzir até o dia dessa reunião e nessa reunião, a gente não vai conseguir produzir depois desse dia, então não é tentar reinventar, a gente vai ter que buscar o que existe

hoje de evidencia, de diretriz concreta e tentar “recortar” para esse fim. É isso, a gente não vai tentar nem enlouquecer e nem enlouquecer vocês, pode deixar.

P/Doutor Zilli – Mas já ta tentando enlouquecer as pessoas.

P/Artur Cukiert – Artur Cukier da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. Eu to só me perguntando aqui Marta, porque nós enviamos duas outras DUTS, inclusive enviamos as evidencias, aqui é a DUT da neuronavegação e a DUT da estimulação do nervo vago. Eu me pergunto se ta encaixado em algum lugar, isso?...

P/Martha – Não, está no próximo capítulo, porque você mandou DUT para procedimento novo. Aí é o próximo capítulo, isso daqui a gente ta discutindo para os procedimentos que já existem hoje...

P/Artur Cukiert – Mas o que é essa discussão de implante de gerador para neuroestimulação de nervos periféricos?

P/Marta – Hoje existe um procedimento no Rol que tem esse nome...

P/Artur Cukiert – Então, a estimulação de nervo vago, por exemplo é de um nervo periférico?

P/Marta – Pois é, aí você pode fazer a discussão. Isso é um novo procedimento, como a Sociedade mandou a solicitação de inclusão ou isso se enquadra aqui o que precisa explicar melhor para esse procedimento enquadrar os dois?

P/Artur Cukiert – Então, mas a pergunta é: nós vamos discutir no dia sete?

P/Marta – Sim.

P/Artur Cukiert – Os dois, a estimulação do nervo vago...

P/Marta – Não, se você acha que a estimulação do nervo vago ta aqui dentro, eu não entendo nada disso Artur. Você que tem dizer para mim “Oh Marta, já existe esse procedimento no Rol”, por isso que aquele batimento lá é tão importante ,mas então já existe este procedimento no Rol? Esse outro que eu tô pedindo cabe aqui dentro? Aí a gente discute lá e escreve como que isso cabe aqui dentro ou não, tá? Agora o outro que é o neuronavegador, aí é solicitação de inclusão, mesmo que seja com DUT a gente pode discutir daqui a pouquinho...

P/Artur Cukiert – Mas também será discutido no dia sete?

P/Marta – Não, não, o que não tem hoje ainda a gente não vai dar conta de discutir no dia sete.

P/Artur Cukiert – Mas como é que se vai fazer a discussão técnica da coisa? Porque de qualquer maneira você pega a neuronavegação, você vai ter que discutir as evidências de que ela serve ou que ela não serve, qual é o fórum para discutir?

P/Marta – Você espera só a gente acabar a DUT que aí a gente vai entrar exatamente nisso, só para não confundir, porque é muito confuso, se a gente misturar as duas discussões vai dar nó. Então, a gente tá discutindo agora o que já tem, que a gente vai detalhar, tá?

P/Artur Cukiert – No caso então, por exemplo, a estimulação do nervo vago seria discutido no dia sete junto com o implante de gerador para neuroestimulação de nervos periféricos?

P/Marta – Se você Artur, me disser que esse procedimento que você me pediu tá incluído aqui dentro, a gente discute no dia sete, entendeu?

P/Artur Cukiert – Isso tá incluído.

P/Marta – Então beleza, a gente discute no dia sete.

P/Luciana – Me desculpa de novo, eu tô vendo que assim, implante de gerador para neuroestimulação... você falou em talvez ampliar essa indicação no caso para incontinência fecal...

P/Martha – É a mesma coisa que eu tô falando para ele...

P/Luciana – É, mas é que eu não tô nessa reunião do dia sete.

P/Martha – Tá agora, convidadíssima, super presente.

P/Luciana – Então tá bom.

P/Marta – Viu Paulo, anota o nome dela.

P/Ana Claudia – Tá bom então. Coloprocto.

P/Marta – Quem mais tinha levantado a mão, que eu já me perdi? Jorginho. Tem um microfone aí?

P/Jorge Carvalho – Só uma dúvida rápida com o Doutor Artur né, da neurocirurgia, porque eu estava conversando aqui com a Rochele, que é minha colega médica, a gente quando esteve avaliando isso, a gente ficou na dúvida assim, parece que são procedimentos bem diferentes, estimulação de nervo periférico e estimulação de nervo vago, não seria a denominação mais correta de nervo craniano ou de par craniano, porque a finalidade é inteiramente outra né, e aí você tem, quer dizer, sistema nervoso central, tem os nervos periféricos e eu me pergunto, aí perguntando mesmo para o senhor, se a gente pode considerar o nervo vago como um nervo periférico, ainda mais levando em conta que a finalidade deste procedimento é completamente outra, diferente da estimulação de nervo periférico?

P/Artur Cukiert – Na verdade, a discussão anatômica é clara, o nervo vago onde ele é estimulado ele é um nervo periférico, isso não existe nenhuma dúvida, feito a nível do pescoço. O fato de você tratar doenças neurológicas centrais estimulando a periferia também não é nenhuma novidade, então caberia, eu acho oportuno a discussão desse procedimento porque na verdade, até acho que se não me engano, até um colega da ABRAMGE mencionou isso em algum momento, é muito vago né, implante de eletrodo para neuroestimulação superficial para dar estimulação em nervo periférico, o que é isso né? Quais são os nervos que podem estimular, quais são os que não podem estimular? Então acho que é válido, existem vários nervos periféricos quer podem ser estimulados e acho que daqui para frente eles podem ser estimulados desde que exista uma DUT específica, que regule qual é o tipo específico de paciente que vai ser estimulado e que não fique um negócio muito aberto, do jeito que ta pode ser qualquer nervo, qualquer doença, qualquer coisa, eu acho que tem que ser definido com mais clareza, para que se saiba inclusive, qual é a população alvo disso, né?

P/Marta – Podemos? Eduardo.

P/Eduardo Comis – Eduardo Comis da Odontologia. Não sou eu Martha, não estou pegando no seu pé não, mas só uma correção na sua fala aí, em 03/06/98 foi a 9656 e inicialmente a Odontologia viria junto e aí no dia seguinte a Medida Provisória 1665, então um dia de diferença né? A Odontologia foi colocada em separado, houve a compreensão que havia uma especificidade né? Então, é só que ,na verdade, nós somos um dia mais novos que vocês, que os médicos, né?

P/Martha – Podemos?

P/Mariana – Martha? Mariana da ABRAMGE. Só para entender um pouquinho como que vai ser a dinâmica então, desse dia sete, com esses novos procedimentos que a gente vai discutir.

P/Marta – Você, o Paulo e eu. Tá todo mundo tentando entender.

P/Mariana – Como que isso vai ser dividido naqueles grupos de manhã? Vai ser à tarde?

P/Marta – Então, a gente esqueceu o slide do Paulo, o que a gente pretende fazer, de manhã os grupos pequenininhos lá no CBR, a gente vai discutir cada grupinho que eu vou falar qual é. De tarde a gente sai de lá, todo mundo vai andando e vai lá para AMB no auditório grandão e repassa tudo para todo mundo ficar sabendo o que foi discutido, tá? Então, de manhã a gente separou cinco salas. Não é isso gente? Então a primeira sala vai ter genética, então quem quiser indicar alguém para discussão de genética. Na segunda sala vai ser angiotomo e alguns procedimentos de cárdio que a gente vai fazer esse

levantamento do que que pode ta junto, o que não pode, o que tem e o que não tem. Na outra sala tudo que for neurocirurgia. Na outra sala, aí já to me perdendo, PET e mamografia digital e embolização de artéria uterina. E a outra é ortopedia. Basicamente coluna, mais se tiver uma outra coisa ali de ortopedia. OK? E agora, a coloprocto ta junto da neuro não é isso? Foi? Então agora vamos lá, fala Ricardo, fala antes de passar, a gente falou pro Ricardo que ele vai ter que se dividir...

P/Ricardo – Ricardo ABRAMGE, eu fico preocupado com essa divisão de acabar indo para uma discussão mais especifica dessa e a gente não ter o tempo necessário para amadurecer uma diretriz de utilização ou de uma revisão de uma diretriz de utilização, minha preocupação é essa, de ir inchando esse tempo e a gente ficar prejudicado em ambos os lados né?

P/Martha – Ricardo assim, a ideia é a gente começar com aquelas que originaram o grupo e a gente vai esgotar essa discussão. Então assim, na de cardio a gente vai começar com angiotomo, não tem a menor duvida, quando a gente conseguir terminar de angiotomo a gente vê as outras que foram solicitadas, o que tem de material, o que já tem pronto e o que da para ser feito, se a gente só conseguir de manhã angiotomo, ficou só angiotomo, aí a gente conseguiu levar para de tarde, sobrou um tempinho, a gente conseguiu discutir marca-passo, excelente. Não da é pra gente ficar empurrando essa discussão para além do dia sete que a gente não vai ter fôlego. Então, a gente vai começar por aquelas que originaram a discussão e as outras que foram chegando. Depois a gente vai encaixando na medida do possível. Então, qual é hoje a que mais me preocupa, a sala que mais me preocupa em termos de número? A de neuro, porque de inicio já foram três, quatro, então essa daí já tem mais, desde o inicio a gente vai tentar dar conta dessas quatro, as outras eram uma que depois viraram duas três e aí a gente vai tentando se organizar né? A sala da coluna ta com muita gente, isso também é complicado, acaba muita gente falando, para gente conseguir fechar a discussão, isso também demora um tempinho maior, mas ok. São muitas Sociedades envolvidas, como que a gente da conta, então assim, vai ter sala que vai ser mais fácil, vai ter sala que vai ser mais difícil e a gente vai tentando contornar ta? Podemos? Aqui, discussão de procedimentos, a gente trouxe algumas coisas para mostrar para vocês, além disso algumas pessoas já falaram que vão fazer uma apresentação bem rapidinha, então a gente tem, o Marcelo vai falar pela Cardio, esqueci o nome dela, falar pela Coloprocto, seu nome: Luciana eu vou decorar, foi a primeira reunião, a gente vai ter também uma apresentação rápida da patologia clinica, o Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras também vai fazer uma apresentação, então a gente vai revezando essas apresentações, eu sei que tem muito mais gente aqui, quem quiser se colocar. Mas assim, a minha única solicitação é nós somos muitos com muitas coisas para discutir,

então a gente vai fazer colocações pequenas, tentar priorizar na nossa fala o que é importante para todo mundo entender e para gente conseguir chegar no final, tá? O que a gente trouxe? Eu trouxe um pouquinho de estatística do que foi pedido, a gente trouxe a tabela do CONITEC. Eu vou falar depois o que sim e não. A gente vai fazer as apresentações e a gente trouxe uma outra tabela que tá aqui e eu vou botar ali depois, que são dos procedimentos solicitados para exclusão que a gente ainda não falou deles aqui. Então, a gente conseguiu compilar todos eles que foram solicitados e a gente vai discutir isso também, tá? Então vamos lá, a gente recebeu no final de tudo, compilamos todas as tabelas de todo mundo, inclusive a do CONITEC que não é um demandador, mas é o nosso priorizador, então a gente compilou a tabela deles também, 639 solicitações, tá? Rol não, o que significa isso? A gente filtrou todos os procedimentos que foram enviados e excluimos tudo que pra gente estava “Rol sim”, segundo a tabela de batimento TUSS-Rol que a gente encaminhou para vocês. Então, essa tabela é importante. Infelizmente a gente só consegue prestar atenção nela nesses momentos, mas ela é importante, então a gente depois vai discutir um pouquinho de Rol sim, Rol não na TUSS. A gente ta recebendo de algumas Sociedades, a Odontologia era a única que a gente não tinha revisto, a gente acabou de fazer, não tinha encaminhado ainda pro CFO e a gente acabou de revisar durante o GT do Rol, a do medico-hospitalar a gente já tinha encaminhado para AMB, já tinha sido revisado, a Bradesco tinha ajudado a gente na revisão também, a gente já tinha passado pelo COPISS, então era uma tabela que já tinha circulado bastante e para gente ela estava pacificada, né?, Agora a gente começou a receber demanda de duas frentes, uma que a gente diz que não ta no Rol e aí a Sociedade fala “tá no Rol” Essa é mais fácil porque a gente consegue explicar o que é a lógica do Rol e a gente mostra, ó, não ta porque isso daqui tinha um parênteses e o parênteses dizia “isso”, “isso daqui” é outra coisa. Isso aconteceu com a Radiologia, a gente explicou, a gente se entendeu e a gente conseguiu pacificar, tem Sociedade que fala o seguinte: eu juro para você que isso que você está falando que é a mesma coisa, não é. Não é Wilson? Você vai falar um pouquinho disso. Então assim, se a Sociedade me jura que não é, quem sou é para dizer que é, né? O que é a nossa proposta? A gente vai separar tudo isso que a Sociedade jura que não é a mesma coisa e que a gente jura que é a mesma coisa e a gente vai falar o seguinte, bom, isso daqui para gente, grupo, COPISS, Rol, a AMB, todo mundo tinha olhado e jurado que era a mesma coisa, então se não é a mesma coisa vamos adequar a tabela e vamos ajustar isso, então é isso que a gente vai fazer com o Rol sim/não, tá? Então o que é “Rol não”, é o que para gente efetivamente é a solicitação de inclusão ,tá? Quando a gente cruza o “Rol não” com a “CBHPM sim” por quê? E aí vai lá na câmara técnica da CBHPM dia 15 para gente conversar isso também. Para nós, ANS, não estar na CBHPM é um critério de exclusão das

solicitações de inclusão, lembram? A gente já tinha discutido isso, é importante que passe por lá, tem uma análise, tem um crivo, então tudo que é “CBHPM não”, a gente também tirou. Sobraram 290 procedimentos, tá? Tem uma discussãozinha que a gente vai fazer daqui há pouco que tem vários procedimentos que a CONITEC incluiu que não tem na CBHPM, aí a gente também vai ter que tomar uma decisão aqui. Bom, 290 procedimentos sobraram para nossa análise, a CONITEC incluiu 29 procedimentos, agora a gente tá fazendo uma análise de tudo que é medicação ambulatorial, é uma análise super complicada porque a gente tem que analisar, não é só a via de administração, é como esse medicamento é administrado, por quê? Porque se ele é hospitalar, ele já tá na cobertura hospitalar, a gente não precisa analisar, se ele é domiciliar, a gente já separou o que é câncer e já mandou pro grupo de câncer e o resto não tem cobertura, a gente tem que descobrir se aquilo é uso ambulatorial, o que é uso ambulatorial? O exemplo que a gente tem que a gente discutiu hoje: é a terapia imunobiológica para artrite reumatoide, por exemplo, ela não é hospitalar nem domiciliar, ela é ambulatorial, então se tiver algum medicamento naquela lista que seja medicação ambulatorial, a gente também tem que trazer para dentro dessa, um exemplo que a gente já viu que tem lá é o interferon, para hepatite C, por exemplo, então o que for igual a isso a gente tem que trazer para nossa tabela de análise, a gente ainda não conseguiu fazer isso, mesmo que a gente termine, pode ter erro, porque a gente vai ter que ver, não é só a via de administração, é como aquele medicamento é administrado, então vai dar um pouquinho de trabalho, tá? É, “Rol não 13”, então, desses 29, só 13 não tem no Rol ainda, tá?, E a gente vai fazer um pouquinho da discussão dessa questão pouco confusa. O que a gente acha que tem que a Sociedade acha que não tem. O que a Sociedade acha que não tem e que a gente acha que tem e como que a gente resolve isso. Bom, esse daqui eu vou passar para vocês depois, eu não sei nem se cortou a última linha aqui ó, parece que tem uma linha aqui, tem? Você que tá olhando aí no computador, tem. Esse daqui são os 29 procedimentos CONITEC sim, era 29? Era, 29 procedimentos CONITEC sim, então tudo que é CONITEC nesse período, aprovou tá? Tirando a medicação ambulatorial que a gente não conseguiu, compilar. Aqui a lista “CONITEC sim”, “Rol não”, então aqui estariam os procedimentos que prioritariamente a gente ia analisar para inclusão, lembra aquela nossa discussão inicial, quando a gente olhou a lista, o que a gente viu, esses, cinco, um, dois, três, quatro, cinco, seis primeiros procedimentos a gente já fez a discussão que é o NAT, tá? Então, só para gente resgatar o que ficou do NAT: o NAT a gente discutiu que caso o Ministério da Saúde solte a portaria dizendo que todos os bancos de sangue são obrigados a produzir todos os hemoderivados via NAT, isso está automaticamente incluído porque a gente da saúde suplementar não vai ter outra forma de aquisição de sangue que não seja sangue de banco de sangue

que faz com NAT, então isso daqui não é um objeto para gente discutir se vai ou não incluir no Rol, isso depende de uma decisão, que a gente sabe que está sendo tratada no Ministério, se vai ou não vai ter NAT nessa portaria que fala diretamente dos bancos de sangue, então, essa portaria saindo, automaticamente isso estaria dentro do sistema de saúde suplementar porque todos os sangues no Brasil seriam processados dessa maneira. Porque que a gente tá mantendo o NAT aqui nessa discussão? A gente já viu né, o Diogo veio aqui, apresentou, a gente fez essa discussão, o NAT tem um impacto importante nos custos, importante né, talvez um dos mais relevantes de tudo que a gente vai discutir aqui, então ele não perpassa nossa discussão, mas caso ele entre, ele tem um impacto bastante relevante, só para gente não esquecer tá? Terapia imunobiológica a gente já discutiu, a gente vai adequar a diretriz, oxigenoterapia domiciliar, não cabe na nossa regulamentação, é domiciliar, ácido nicotínico, a gente vai olhar o protocolo para ver o que saiu do Ministério da Saúde, se couber ele é o prioritário, as vezes o nome tá esquisito porque a gente tem que ler a portaria por inteiro porque o extrato sai assim, mas é beta-glicosidase em leucócitos, medida da atividade da beta-glicosidase, isso também foi analisada pelo Ministério, sinovectomia radioativa, esse procedimento não tem na CBHPM, por exemplo, então a gente tem uma priorização do CONITEC e o nosso segundo critério ele não passa porque não tem na CBHPM, tá? Ablação por radiofrequência de feixe cardíaco, prótese auditiva ancorada no osso, aí a gente tem uma discussão importante, não sei se tem alguém da Otorrino aqui, a gente tem uma dúvida importante se isso tá ou não tá na CBHPM porque o procedimento que tá na CBHPM ele tem vários procedimentos dentro dele, a gente não sabe se esse aí é um deles ou não, a gente acha que não, mas enfim, a gente vai ter que discutir isso com a Otorrino e a detecção de vírus para influenza a gente fez essa discussão no último GT do Rol e o que a gente discutiu, que a gente pode rediscutir, mas a última discussão que a gente teve é que isso é importante para detecção do cluster da população e não pro indivíduo em si, então isso não teria um impacto individual, só teria um impacto coletivo para você saber se tá tendo um surto ou não naquela população, então o uso disso é em saúde coletiva e não no uso individual. Então, desses procedimentos CONITEC sim, Rol não, aqui ainda vai ter um outro crivo que é CBHPM sim ou não, e essa análise que eu falei para vocês, por exemplo, esse procedimento não cabe, esse caberia ou não. A sinovectomia não passa no crivo da CBHPM enfim, dessa listinha a gente vai ter que fazer essa análise...

P/Carlo Orlando – Carlo Orlando do grupo Otimismo. Eu queria deixar registrado que a análise da NAT que foi apresentado, que foi questionado era só sobre HIV, totalmente direcionada para um custo elevado, se colocava naquele hepatite B, hepatite C o custo cai radicalmente por que? Em HIV a metade da população já está diagnosticada em doar sangue, segundo, são só

seiscentas mil pessoas, colocando hepatite B e C chegamos a seis milhões de pessoas, 95% não diagnosticada, os valores estão totalmente ultrapassados, então essa apresentação que deixava aqui era para ser um NAT caro, e não é caro como é, hoje em dia a maioria dos bancos de sangue faz se internar, utiliza a plataforma da Fiocruz, uma plataforma aberta e aí tem uma jogada do Ministério, muito se estava, a Fiocruz não faz Hepatite B, fracassou, estávamos com uma sonda para ir ao Paraná, utilizam plataforma comercial, mas aí o Ministério fez uma norma que só paga aos bancos, só reintegra se for plataforma Fiocruz e não comercial, mas essa apresentação da equipe, pelo amor de Deus, não era para ser apresentada...

P/Martha – Ainda que vocês não precisam de...

P/Ana Cláudia– Só queria pedir pro senhor repetir novamente, que o senhor me mande, por favor, por e-mail isso, porque isso diminui bastante o impacto e eu fiquei de discutir isso na CONITEC porque eu acho que é uma consideração importante, reduz a população alvo e consequentemente o impacto.

P/Marta – Bom, para gente isso vai ser só consequência, né? Ok, aqui é, acabei falando antes de virar o slide, CONITEC sim, Rol não, CBHPM sim e aí acaba sobrando esses três procedimentos. Esse daqui a gente já discutiu. Bom, CONITEC não aprovou, agora a gente ta abrindo protocolo por protocolo e decisão por decisão, depois a Ana Claudia que ta ali olhando para mim, ela vai ajudar a gente que ela vai ficar com dó, a gente ta abrindo um por um para gente ver o que foi por custo, lembra que a gente conversou que o que fosse por custo não seria levado em consideração aqui por esse grupo? Então, a gente ta olhando um por um no que couber, né? E a gente vai rever isso mesmo se for um procedimento que já conste no Rol, segundo os nossos critérios, se não for por custo a indicação é de que seja retirada, tá? Depois vocês vão receber isso. Bom, aqui a gente tem uma tabela enorme com os tais dos 290 procedimentos que foram solicitados e a gente tem as apresentações para fazer, eu acho que a gente podia começar pelas apresentações porque a gente vai diminuindo a nossa tabela e depois a gente da uma passada na tabela. O que a gente vai fazer daqui para frente com a tabela, que é a angustia de todo mundo, a gente vai tentar separar da tabela segundo os critérios que a gente já falou, então a gente já separou nessa tabela, tudo que é “Rol não”, tudo que é “CBHPM sim”, e já marcamos lá o que é “CONITEC sim” ou não, a partir de agora a gente vai começar a ver, o encaminhamento é de acordo com a referência bibliográfica. Então, tem referência bibliográfica, foi encaminhada, ela ta com a gente, a gente consegue analisar, como que ta essa referência, aquele procedimento, ele é um procedimento que já foi solicitado também por outro lugar, enfim, a gente vai começar a fazer as análises de acordo com a priorização e vai discutir com vocês, o que a gente

acha. A gente não vai conseguir discutir com Sociedade por Sociedade, e a gente também não vai conseguir essa discussão de todos os procedimentos que estão ali na tabela,.O que a gente vai ter que fazer? A gente vai fazer essa análise, todo mundo vai ter essa tabela em mãos, a gente vai receber de vocês contribuição de priorização ou de retirada ou de não priorização, vamos chamar assim dos procedimentos que estão ali na tabela com argumentos porque aí ajuda a gente, e a gente vai “limpando” essa tabela para ficar com uma quantidade de procedimentos razoáveis para gente conseguir analisar efetivamente esses procedimentos, ok? Então, todo mundo vai ter essa tabela para poder conseguir ajudar a reordenar a mesma. Eu acho que a gente podia começar com o pessoal da patologia clinica para gente tentar entender o macro de vocês, a gente não vai conseguir ver procedimento por procedimento, são 140, a gente precisa entender o que foi a confusão do sim, não, não, sim e tentar entender a lógica dos procedimentos, a priorização, se vocês tem algum tipo de coisa nesse sentido.

P/Vitor – Oi, boa tarde, então eu sou Vitor da Patologia Clínica e Diretor de Defesa Profissional. Só para situar em relação a especialidade de patologia Clinica e o porque de tantas solicitações. Antes de mais nada, a gente entende nossa especialidade como sendo uma de melhor custo efetividade do setor de saúde já que a gente tem um papel aí de contribuição frente as decisões medicas de 70% segundo literatura internacional e um custo de menos de 5% dos gastos da cadeia de saúde por conta da nossa especialidade. A demanda, os novos procedimentos que surgem no mercado vem com uma velocidade muito grande, né? Seguramente, agora tem alguns aí já aparecendo e que vão precisar serem discutidos mais para frente, e a gente vem sendo cobrado, a demanda solicitando o parecer da nossa Sociedade que é científica, ela vem aumentando através da AMB e principalmente das outras Sociedades medicas porque a nossa especialidade contempla todas as outras Sociedades medicas, as demandas elas vem dessas sociedades medicas, não é a gente que impõe, ela já vem das outras Sociedades como a Reumatologia, Cardiologia e por aí afora. A gente tem se organizado para atender essas demandas, vivíamos trabalhando junto com a AMB e seguindo as regras da ANS e da própria AMB e a gente, a nossa sociedade entende que tem uma responsabilidade de entregar a população o que existe mais atual para diagnostico, né?, Tanto a população medica quanto a população geral. Entendemos também que isso vai ter um custo em algum momento né, que é tanto do laboratório como da Operadora como eventualmente aí do governo, e a gente não acha que ninguém deve arcar com isso, absorver esse custo porque ninguém mais aguenta, então em algum momento isso vai ter sim que ser repassado para quem paga o plano de saúde, né? Na verdade, essa conta uma hora vai ter que ser repassada, esse aumento vai ter que ser autorizado, se a saúde lá vem encarecendo e a gente vive mais graças a essas tecnologias, não adianta, é

uma conta que a gente vai ter que pagar, alguém vai ter que pagar ,na verdade, né,? Não da só para absorver. Existe uma outra questão que é o Ministério da Saúde eles tem tratado de algumas doenças especificas, principalmente doenças raras e que a gente também ta disposto e que elas tem relação com muitos exames, né, para diagnostico dessas doenças raras e é uma situação que a gente também está disposto a contribuir justamente tentando que esses exames sejam incluídos aí no Rol. Agora indo um pouquinho pro lado da questão do Rol especificamente, nós enviamos para ANS, nossa Sociedade enviou 192 solicitações, dessas 92 foram reconhecidas pela ANS como já estando contempladas no Rol né, e dessas, portanto, 100 delas eles, a ANS entende que realmente não estão no Rol, e já estão na CBHPM, dessas 92. 24 delas a gente concordou com a ANS sim né, também entendemos que ela já estão...

P/Martha – Desculpa, quantas? Eu to fazendo aqui minha tabelinha, repete.

P/Vitor – Faz sua continha aí.

P/Martha – Quantas você concordou comigo?

P/Vitor – A gente enviou 192, a gente concordou com você em 24, 24.

P/Martha – Ok.

P/Vitor – Existem, dessas 92 Martha, 43 delas, elas precisam ser melhor, elas merecem uma análise mais detalhada porque ela tem uma definição no Rol como sendo uma definição muito genérica, a gente tem alguns exemplos para você.

P/Marta – Espera aí Vitor, eram 192, 92 a gente discordou a principio, depois 24 você falou ok...

P/Vitor – Das 92, 24 ta bom?

P/Marta – Aí sobraram...

P/Vitor – Das 92 ainda, 43, elas estão descritas de forma genérica e existem exames que são específicos, entendeu? Então em vez de você falar sei lá, eu vou dar um exemplo grosseirão aqui, mas de um lado ta sei lá, uma sorologia de hepatite no outro ta HCV IgM, ou IgG sei lá, entendeu? Existe uma forma que é descrita genérica e que, e você tem um exame que é específico, na hora que houver o pedido desse exame você não sabe se isso se refere a que, então são 43 dessa forma. E outras 24 que fecham os 92 espero, esses nós não concordamos com a ANS, e aí a gente não concorda com as justificativas da não concordância entendeu? É isso que agente vai precisar chegar num ponto de discutir entendeu, e aí a gente precisa ver, aí não entendi muito bem como que vai ser a nossa metodologia se a gente vai ter um espaço para poder falar sobre isso.

P/Martha – Então deixa eu só, é, eu anotei quatro coisas para gente discutir aqui no grupão, depois a gente passa pro grupinho, então olha só, eram 192, dessas 192 a gente acha que 92 já estão no Rol, dessas 92, 43 detalhar, 24 ok, eliminamos e 24 discorda, o que a gente tem discutido aqui no GT do Rol sobre o Rol em comparação com a TUSS, em comparação com a CBHPM e por que existe essa relação de tabelas? Então assim, o Rol ele tem uma lógica, a CBHPM tem outra, a TUSS tem outra. Então vou repetir para quem tá vindo pela primeira vez. O Rol ele tem uma lógica única e exclusivamente de imputar cobertura obrigatória, então o Rol pode ser guarda-chuva de alguns procedimentos, ele não precisa ter todos os procedimentos detalhados se todos eles couberam no mesmo grupo, por exemplo, então o Rol às vezes tem um procedimento que corresponde a três na CBHPM que corresponde a cinco na TUSS, porque a CBHPM tem uma lógica de hierarquização e a TUSS tem uma lógica de nomenclatura. Então, na TUSS tem que ter todos os nomes que existem para aquele mesmo procedimento e aí a gente tem discutido até com outras Sociedades assim, o quanto o Rol pode ser guarda-chuva e essa é a nossa preocupação, por isso que é bacana a gente discutir, as vezes o guarda-chuva ajuda, as vezes o guarda-chuva atrapalha, quando o guarda-chuva atrapalha, a nossa tendência é abrir o guarda-chuva, não tem nenhum problema, o que não pode? E aí Vitor, o que não pode? Não pode...

P/Vitor – Porque a gente trata de metodologias diferentes...

P/Martha – O que não pode? Não pode trazer a lógica do pagamento para dentro do Rol, e aí o que não cabe? Por exemplo, na CBHPM, às vezes, tem olho direito e olho esquerdo, um membro, dois membros, essa lógica de pagamento não cabe dentro do Rol, o que não cabe dentro do Rol? Técnica cirúrgica, por exemplo, então existe o procedimento que é a cirurgia e na TUSS podem ter vários nomes correspondentes a algumas técnicas que tudo vai dar no mesmo caminho, então não cabe, então esse tipo de lógica de pagamento é que a gente não quer trazer para dentro do Rol, mas se não for isso, se for para deixar o guarda-chuva claro, para ter certeza o que tem ali dentro, nenhum problema.

P/Vitor – O exemplo assim, por exemplo, IgA sanguíneo e salivar, é IgA, um é uma metodologia outro é outra completamente diferente, então assim, isso leva a uma lógica de pagamento, não é a lógica de pagamento que leva a isso entendeu? Aí da, aí vocês entendem isso?

P/Martha – Entendo. Por que ficou IgA, por exemplo, essa é uma boa discussão, o capítulo ele não é sangue, o capítulo ele é sangue, liquor, saliva, enfim, qualquer, né?, E aí ficou um porque não precisava ter para tudo que já tá no título, isso tá dando problema? Ok, a gente coloca os exames, quando não trouxer a lógica de pagamento, tudo bem, a gente reorganiza. Tem uma coisa da patologia que a gente vai precisar discutir, eu acho que a gente já passou

isso em alguma reunião aqui que é a ortomolecular, a ortomolecular não tem cobertura na saúde suplementar, por que? Na saúde suplementar tem cobertura todas as especialidades que tem registro, que tem, elas são registradas no Conselho Federal e reconhecidas no Conselho Federal de Medicina. Então, exames que são específicos da ortomolecular não tem cobertura ta, e aí Vitor as vezes a gente fica numa duvida cruel, porque a gente olha para aquele exame, a gente jura por Deus que aquele exame só é usado na ortomolecular, e as vezes não é, ele tem algum outro uso, a gente vai precisar discutir isso também, mas já sabendo que se tem cheiro, olho, nariz, boca de ortomolecular, não vai rolar, assim não vai ter como a gente discutir...

P/Vitor – A gente concorda com o argumento, não tem...

P/Martha – Outra coisa é doença rara...

P/Vitor – Até porque a gente não, só para você entender, a patologia no laboratório, ele não gera exame, ele só faz e executa...

P/Marta – Não, só para gente entender assim, o que a gente vai ta discutindo nesse dia, a gente vai discutir como. Doença rara, sim o Rol tem que cobrir coisas para doença rara, elas estão lá, tem CID e tudo. Qual é a minha dificuldade na doença rara? Sair do limite entre exame executável e pesquisa, então quando a gente ta falando de doença rara a gente tem uma dificuldade importante, as vezes para laboratório é até mais fácil, porque a distribuição disso é mais razoável no país, mas as vezes quando a gente ta falando de outras coisas. Uma coisa é você ter um teste, um kit, um exame, um procedimento qualquer para uma doença rara, que apesar de ser para doença rara ele é executável? Ele é executável no nosso país, a gente tem rede bem distribuída? Outra coisa são exames, aí fala assim, ah esse exame tem no SUS, tem, por quê? Porque a tabela do SUS, ela é uma tabela de pagamento, então se tem uma equipe de pesquisa em São Paulo no Hospital Amarelo, só lá faz, vai ta na lista do SUS, porque eles precisam pagar esse lugar, então a gente precisa saber o que ainda ta localizado no centro de pesquisa, dentro de uma universidade e o que efetivamente é executado no país entendeu? Essa é a minha única dificuldade quando a gente fala de doença rara. Para patologia, as vezes a frequência é mais importante a gente conhecer do que o custo unitário do procedimento, então isso também é uma coisa que a gente pode dar uma discutida lá na hora, e tem um pouco de uma lista de priorização assim, vamos lá, agora eu vou ter que fazer conta, dos 190 menos 100, menos 92, 100, 24 a gente concordou, sei lá deve ter uns cento e sei lá, 130 que a gente vai discutir mais ou menos, desses 130 o que a Sociedade entende que é mais urgente do que o quê, se a gente conseguir fazer essa discussão também vai ser bacana ta? Então é isso que a gente vai tentar rapidinho, tentar discutir no dia sete, marcar o melhor horário aqui, talvez a gente consiga combinar, perto da hora do almoço acho que é um bom horário, agente senta e

da uma discutida nisso ok? Alguém quer completar alguma coisa de patologia, Ah é, vocês enviam para gente antes que aí a gente já adianta o dever de casa e já, ok? A pressão, a pressão. Vamos lá, a gente tinha alguém, ah a Marlene, Marlene, até escrevi teu nome aqui ó, Marlene.

P/Marlene – Eu queria só esclarecer Martha, na verdade assim saber né, ter certeza, quando a gente vai discutir, é, não, eu gostaria de saber como que vai ficar, se vai ser colocado em discussão isso novamente, a questão da consulta fisioterapêutica. Então, pegando falas de varias pessoas aqui, repetir varias vezes que cabe a cada Conselho saber o que é importante, necessário, indispensável para sua profissão, então se o meu Conselho diz que a consulta fisioterapêutica é necessária, eu acho que a gente não precisa nem discutir né? Outra coisa é já foi enviado para vocês na revisão do Rol antigo, nesse Rol vigente, foi colocado em consulta pública, foi o segundo item mais solicitado e mesmo assim não entrou, é a consulta fisioterapêutica, tenho aqui ó ta? Outra coisa quando você fala sobre procedimentos que já estão contemplados no Rol, inclusive vocês mandaram aquela listagem Rol TUSS, e no não sim lá vocês dizem sim, já contemplados em vários procedimentos, Eu gostaria de entender, quais procedimentos que a consulta fisioterapêutica já está contemplado dentro do Rol ta?

P/Marta – Concordo com você em tudo que você falou, ta? Então vamos lá (risos) é uma demanda do Conselho sim, o Conselho de Fisioterapia encaminhou como demanda a consulta de fisioterapia, quando a gente fala que já ta diferente dos outros procedimentos, por exemplo, na psicologia, na nutrição e na fono, a gente coloca consulta/sessão né, a gente na ultima revisão, por quê? Porque a consulta e a sessão elas são feitas naquele mesmo momento e em algum momento elas se confundem, a gente não quis separar uma coisa da outra, a gente discutiu com os conselhos e tal Na fisioterapia é um pouco diferente porque diferente dos outros profissionais ele tem procedimentos executáveis, então a nutrição ela só tem a consulta ou a sessão, a psicologia tem a psicoterapia, mas as outras só tem a sessão, a fisioterapia, ela além da sessão, ela tem procedimentos que são executados dentro daquele ato, a gente entendeu que existe um ato anterior que é a consulta de fisioterapia onde existe a prescrição da fisioterapia e tal, na outra reunião, no ano passado, atrasado, a gente tinha discutido colocar consulta/sessão de fisioterapia, não existe esse procedimento sessão, porque ele ta distribuído em vários outros procedimentos de fisioterapia, então sim, é um procedimento que ta aqui para discussão, que ta aqui para ser analisado como proposta de inclusão, o que ficou da ultima reunião do ano passado para cá? Que esse procedimento, apesar de não e saber exatamente se ele é ou não de alto custo, ele tem, uma alta frequência, tá? A gente discutiu isso internamente e aí eu vou ser super sincera Marlene, juro, a gente ta aqui de

coração aberto, né? Todos nós discutindo, quando a gente colocar consulta de fisioterapia, a gente acha que é um procedimento legítimo, executado que o conselho já reconheceu, a gente tem dúvida se para você ele vai fazer diferença de uma das sessões de, não do ato que você vai fazer, to falando na forma de remuneração que é isso que a gente ta discutindo, se isso vai fazer diferença da sessão, assim é, isso faz sentido para você, se faz ok, a gente mantém aqui na lista de inclusão de discussão ou não vai fazer sentido entendeu?

P/Marlene – Martha, a questão para nós não é nem a questão do valor, financeiro, não é mesmo, até porque já tem várias operadoras aí que pagam, que reconhecem a consulta fisioterapêutica né, então assim não é o valor, não é mesmo, é o reconhecimento, nós precisamos dessa consulta para poder fazer um prognóstico, um diagnóstico fisioterapêutico, então só isso.

P/Martha – Ok. Todo mundo entendeu a discussão que a gente teve aqui no quase paralelo? Então é uma discussão importante, ta lá na lista de priorização registradíssimo ta? Podemos seguir? Agora a gente tem mais duas apresentações antes da gente passar para tabelona, acho que o Marcelo vai apresentar e depois a gente passa para cardiologia.

P/Marcelo – Inicialmente eu gostaria de agradecer a Martha e a Karla e agradecer aos senhores porque o que eu ouvi aqui nesse dia tão importante para nossa saúde suplementar e aqui Martha eu já declaro um conflito de interesse que ao contrario de você que ta de coração aberto, nós cardiologistas e intervencionistas sempre realizamos o procedimento por punção, então não necessita de abrir o coração, né?, É uma coisa um pouco menos invasiva, você pode passar a apresentação, antes dele passar a apresentação a cardiologia intervencionista tem como selo a incorporação de novas tecnologias, Werner Forsmann em 1929 introduziu um cateter em si próprio e inaugurou a cardiologia intervencionista, ele quase foi banido por conta disso, hoje é mais fácil de incorporar novas tecnologias porque nós temos a ANS que nos da o suporte e nos ajuda nessa tarefa, é o primeiro, o procedimento que eu venho falar pros senhores: é o implante transcater de bioprótese de válvula aórtica, trata-se de um tratamento intervencionista para a estenose válvula aórtica. Para os que não são médicos, a válvula aórtica é a válvula que separa o ventrículo esquerdo da aorta e ela abre e fecha de acordo com o ciclo cardíaco e sobretudo em indivíduos idosos essa válvula sofre um processo degenerativo que culmina com a redução da sua área de abertura criando transtornos circulatórios importantes no coração, podia ter, passar o slide, para frente, travou? Então, esse é um procedimento pioneiro que foi realizado pelo Dr Cribier em 2002 e consiste no implante dessa válvula que pode ser feito por via transfemoral, pode ser feito por via transapical, pode ser feita por via transubclávia, transaórtica, transcarotídea, sendo a via mais frequente a via

transfemoral, é um procedimento complexo e que necessita do apoio de uma equipe multidisciplinar incluída por cardiologistas intervencionistas, cirurgiões cardiovasculares, médicos especialistas em imagem cardiovascular e sem dúvida isso é a nova fronteira da cardiologia intervencionista, além do procedimento da válvula aórtica há também proposta de tratamento na válvula pulmonar e na válvula mitral. Esse procedimento da válvula aórtica, vocês podem olhar em verde todos esses países essa tecnologia já foi incorporada para reembolso, aqui com exceção do Brasil por enquanto e da Bolívia né, então mais de oitenta mil casos, a Bélgica, Bolívia também não foi não, mais de oitenta mil casos em todo mundo né, e o que eu quero mostrar pros senhores é que essa lista de priorização colocada pela ANS, somente esse primeiro critério da CONITEC ainda não foi definido em favor do implante transcater de válvula aórtica porque nós submetemos essa proposta agora no mês de março, a estenose aórtica é um problema antigo, o "TAVI" é uma solução nova para esse problema antigo, é muito prevalente, indivíduos entre 65 e 74 anos, 25% tem esclerose na válvula aórtica e acima de 84 anos, até 84 anos, 48% tem a esclerose da válvula, isso progride rapidamente olha, 15% em seis anos tem essa forma moderada da doença e vai progredindo rapidamente até se transformar na forma acentuada, essa doença a estenose aórtica acentuada não tem tratamento por remédio, não existe remédio que vai resolver esse problema, então o tratamento é o tratamento cirúrgico e essa doença tem uma peculiaridade que quando começam os sintomas, rapidamente o paciente pode evoluir para óbito, então se o sintoma, por exemplo, for angina, o tempo de vida médio é seis anos, se o sintoma for síncope, três anos e se o sintoma for insuficiência cardíaca em dois anos o paciente está morto né, tanto que as principais sociedades de cardiologia com DUT ou sem DUT recomendam que o tratamento é a troca da válvula aórtica cirúrgica para esse problema, todavia, 30% dos pacientes que tem essa doença, geralmente são indivíduos idosos, sobretudo aqueles que tem acima de 75 anos não podem ser submetidos ao tratamento cirúrgico em face das comorbidades, insuficiência renal, problemas de circulação cerebral, enfim, o estado de fragilidade, então não pode se submeter esse tratamento e ficam praticamente que jogados à própria sorte, pelo menos até o advento desta terapia. Então, senhores vejam essa senhora aqui e esta outra da direita, tem a mesma idade, a gente vê que são situações clínicas totalmente diversas, a primeira pode se submeter a cirurgia, a segunda nenhum cirurgião aceita para operar, procedimento cirúrgico, procedimento transcater, mostrando porque esse método é factível nesse subgrupo de enfermos graves que a priori não podem ser submetidos ao tratamento cirúrgico que é a nossa proposta de inclusão, os pacientes que não podem ser submetidos a troca valvar de forma cirúrgica, aqui olha, um caso interessante, essa senhora com 105 anos foi submetida a este procedimento aqui no rio de Janeiro com sucesso né, então desde 2011 que a gente vem aqui

importunando a ANS para incluir esta técnica né, a última vez dentro do Rol, da resolução normativa 262, essa técnica não foi considerada porque não tinha julgado experimental pelo Conselho Federal de Medicina e ainda não tava na CBHPM, mas mesmo assim nós fizemos uma participação na consulta pública, pedindo para incluir, mais duas novas solicitações à ANS e felizmente a gente ta podendo discutir isso mais aprofundadamente, aqui eu entregando ao meu conterrâneo André o pedido de reposicionamento sobre a não inclusão, isso em 2012, a despeito de não estar incluída quando perpassamos o site da ANS que é muito interessante, a gente vê na lista de órtese e prótese de materiais implantáveis que o dispositivo usado para fazer TAVI, oi? Eu sei, eu entendo, mas ta lá né, o site é bom, tem muitas informações, e a gente procura a transparência, a gente encontra porque esse material está lá no Rol. Existem outras tecnologias já incorporadas no Rol de órteses e próteses, existem outras tecnologias já incorporadas que desempenham a mesma função né, a valvuloplastia por cateter balão, seria uma tecnologia que desempenha a mesma função do TAVI? Não, essa tecnologia não muda a história natural da doença, tanto isso é verdade que esse procedimento praticamente não é praticado no Brasil, apesar de ta no Rol das políticas públicas e no Rol da ANS, então veja, em 2008 realizados 94 procedimentos, em 2009, 100, enfim, é muito pouco representativo, para vocês terem uma ideia, intervenção coronária percutânea, angioplastia se faz mais de sessenta mil por ano, que é um número pequeno, mas é extremamente mais elevado do que esse 94, 100, isso reflete a falta de credibilidade na valvuloplastia como método adequado para tratar essa situação, de tal sorte que não há não nas políticas públicas uma alternativa adequada né, a ANS através de pareceres já manifestou no passado que a valvuloplastia seria essa técnica alternativa, mas depois isso aqui for refeito, a Martha aqui me recebeu gentilmente com a Karla e foi mudado esse parecer que também encontra no site da ANS. Outro aspecto é a distribuição geográfica né, esse tratamento seria para esses pacientes aí acima de 75, 80 anos, os senhores podem verificar, aqui tirando do caderno da saúde suplementar, é um universo de aproximadamente de 5% dos usuários da saúde suplementar que eu não fiz uma segmentação em relação a planos que tenha cobertura para tudo ou aqueles planos anterior a lei, mas aproximadamente 5% é um número pequeno, os potenciais se candidatam a TAVI, e no Brasil já foram realizados mais de 800 casos deste procedimento, sendo que 417 destes constam do registro brasileiro de TAVI que é um registro administrado pela nossa Sociedade que tem resultados clínicos de cinco anos que eu posso mostrar pros senhores, há também uma prótese nacional, é preciso o Brasil dominar a tecnologia em saúde, aqui o colega falava do NAT, plataforma da Fiocruz, nós temos aqui a Braile Biométrica que desenvolve essa prótese para implante por cateter né, então veja, 512 casos com Acor Valve, 203 com a Braile e 85 com a Edwards Sapien, vale salientar que apesar de não

ta no Rol, muitos planos já cobrem, já dão reembolso para esse tratamento, sobretudo as seguradoras e alguns hospitais públicos brasileiros já disponibilizam isso, claro que não como uma política pública de saúde, o acesso do universo de saúde igualitário, mas eu poderia citar aqui o Instituto Nacional de Cardiologia como um hospital que disponibiliza essa tecnologia, o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, o Instituto do Coração da Universidade de São Paulo e vários outros hospitais da saúde suplementar, esse procedimento já é praticado na maioria dos Estados brasileiros, aqui ta Paraíba, Pernambuco, Ceará, Piauí, Minas Gerais, enfim, eu diria que 93% dos Estados tem condição de realizar essa técnica, já foram realizados procedimentos nesses estados, esta aí os estados que nunca o realizaram, 7% apenas da população estaria sem cobertura, população da saúde suplementar que eu saliento né, a revisão sistemática, nós fizemos uma revisão sistemática, a busca foi essa, os senhores veem um estudo clinico randomizado, duas revisões sistemáticas da literatura, 16 estudos não randomizados, um registro brasileiro, dois estudos de qualidade de vida, dez diretrizes, claro que eu não vou falar aqui sobre tudo isso, mas trago aqui o Partner Trial, esse estudo publicado em New England Journal of Medicine, que mostra de uma maneira muita clara o papel desse procedimento que conta quando comparado ao tratamento conservador mais a valvuloplastia com balão, essa técnica mostra uma redução expressiva da mortalidade, poucas vezes observada em cardiologia, uma redução expressiva, 20% do risco absoluto de mortalidade por todas as causas, reduz mortalidade cardiovascular, reduz re-hospitalizações e reduz morte e AVC, isso aqui é um subproduto do estudo Partner inicial, que tem como autor principal o Dr Martin Lion, de Columbia University, apenas cinco pacientes são necessários tratar para evitar uma morte, três pacientes para evitar uma morte e uma reinternação, com três anos de evolução deste estudo, quatro pacientes são necessários tratar para evitar uma morte, então isso aqui a gente ta lidando com tratamento destinado a indivíduos que não tem outra alternativa terapêutica que se oferece a ele, não a melhora da qualidade de vida, mas sim a redução de mortalidade, por isso que essa técnica já foi incorporada naqueles países que eu falei pros senhores, aqui são outros estudos não randomizados, eu chamo atenção para o estudo do Doutor Diego Gaia, esse estudo é com a prótese nacional, obteve um sucesso de 90%, um percentual de uso de marca passo de 6% e aqui um registro brasileiro da SBHCI que eu vou me ater em detalhes com os senhores mais tarde, que estudo de qualidades de vida, esse estudo de Craying, são dois estudos, um publicado em 2010 e 2012, que mostram de maneira sincrônica a melhora de qualidade de vida pós esse procedimento né, que o nosso registro, nós além do registro de TAVI nós temos o registro de intervenção coronária percutânea em parceria com o Ministério da Saúde, o registro de intervenções em cardiopatias congênitas em parceria com o HCOR e com o Ministério da Saúde

e o de TAVI nós temos uma parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa do hospital Albert Einstein, aí os senhores veem o Doutor Claudio Lotemberg que é o Presidente do Instituto Albert Einstein, Doutor Fabio Sandro de Brito é o coordenador, nós utilizamos esse critério do Valve acadêmico consórcio que é chamado critério Var, que é um critério rigoroso para análise de sucesso desse procedimento, aqui os senhores veem o número de pacientes incluídos, esse registro tem 100% de monitoria eletrônica, 20% de monitoria presencial, desde 2008 nós temos 18 centros incluídos nesse registro e 418 pacientes atualmente com acompanhamento de cinco anos, esse registro é totalmente subvencionado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista, e os senhores observem que nós só aceitamos centros com mais de três casos né, e paulatinamente tem crescido o número nesses centros no país, o perfil do paciente é um paciente grave, o afeura score é elevado, o STS é elevado, classe funcional 3 e 4 82,7%, diabéticos, taxa de filtração com glomerular baixa, insuficiência renal, com perfil de pacientes graves, o índice de sucesso 76,6%, é um pouco mais baixo do que o que outros registros mostram porque aqueles outros não usam o critério Var que é mais rigoroso, aqui são as causas de insucesso, mortalidade em 30 dias 8,6%, mortalidade de um ano 21,9%, aqui nessa curva de capula maia, a mortalidade em cinco anos, 39,5%, são pacientes idosos e que realmente são pacientes graves, olha o registro brasileiro em relação aos outros registros do mundo, com isso eu quero dizer que nós temos pessoal técnico capacitado para realizar essa técnica, veja, mortalidade em 30 dias 8,6 no brasileiro, em 12 meses 21 contra Reino Unido, Itália, Alemanha né, de tal maneira que nós estamos bem posicionados em relação a recomendações de agencias regulatórias, aqui vocês falam muito no NICE, ta aqui o NICE validando o emprego da técnica, ta aqui a Ontário também, o sistema canadense, os senhores conhecem, validando também o TAVI para o subgrupo de pacientes que não podem operar, aqui o FDA, o FDA validou para o subgrupo que não pode operar, mas também pro paciente de alto risco cirúrgico, o FDA o único que validou pro alto risco cirúrgico, aqui o consenso da nossa sociedade publicada em 2011, a diretriz ta, Sociedade Brasileira de Cardiologia e coloca nessa condição clinica paciente inoperável classe um, nível de evidencia A, então não tem duvida que é o unísono entre as sociedades de cardiologia do mundo todo que este procedimento é útil com grau de recomendação forte e com nível de evidencia científica consistente, tanto é que o Conselho Federal de Medicina rapidamente reviu o procedimento que considerou inicialmente essa técnica como experimental, face aos dados que são eloquentes, a AMB por meio da nossa, câmara técnica da qual Karla fez parte, aprovou esse procedimento, foi incluído com esse porte e já com uma diretriz de utilização terapêutica né, e aqui como a gente falou pouco hoje durante o dia todo em questões de evidencia científica, até porque não é o objeto dessa reunião, falou-se muito em custos e eu tinha prometido a Martha

que eu ia trazer um estudo econômico, nós fizemos uma análise de custo efetividade que foi justamente avaliar a TAVI frente ao tratamento conservador versus tratamento clínico mais valvuloplastia aórtica, isso tudo como base o estudo Partner que é o único randomizado que existe, nós fizemos aqui com base na projeção de Wilbur, se os senhores podem observar, projeção para cinco e dez anos, é metodologia validada, observa que aqui está o estudo Partner dois anos, veja que nessa projeção em dez anos se não tratarmos o paciente, que acontece, quase todos os pacientes do tratamento conservador, eles estão mortos e os pacientes que realizam o TAVI, uma parcela expressiva desses indivíduos estarão vivos, para modelagem a gente utilizou esse modelo Marcoviano bem simples, vivo, óbito né, que faz o procedimento ou não e observamos custos diretos, o custo da prótese, outros procedimentos médicos, o uso da valvuloplastia por balão, outros eventos, ciência renal, sangramento, AVC etc., o custo da bioprótese, aqui tá no valor de sessenta e cinco mil reais, esse valor foi um valor informado a CONITEC, se vocês pegarem os arquivos, vão observar que para o Rol de 2011, isso tava com preço de cem mil reais, no Rol de 2012 o preço era noventa e cinco e alguma coisa, quando apresentávamos para CONITEC, nós colocamos esse valor de 65 que foi um valor que encontramos no mercado, porque assim, três meses antes a indústria cobrava oitenta mil, então na hora que foi, a gente foi submetendo, mas eu tive acesso a notas fiscais com valor de sessenta e cinco mil, eu digo, não, você tem a nota fiscal, vamos apresentar para CONITEC esse valor de sessenta e cinco mil e fizemos estes cálculos em relação a sessenta e cinco mil a válvula, outros custos, a gente tem uma planilha mostrando quanto custa cada ampola de amiodarona, cada ampola de antibióticos de uma maneira bem detalhada que pode ser disponível para ANS de tal maneira que além da válvula, outros custos relativos ao procedimento da ordem de R\$ 23.518,00 e isso inclui honorários médicos, taxa de sala, enfim, tudo isso aqui foi calculado, o custo do TAVI seria de R\$123.019,00 o custo do tratamento padrão R\$35.815,00 uma diferença expressiva, sobretudo por conta do preço da válvula, a efetividade em dois anos, o TAVI em dois anos e meio, o tratamento padrão, 1,53, então uma diferença de 0,97anos de sobre vida media e o famoso ICER né, $87.204/0,97$ anos, da 90.191 por ano de vida ganho, né, então o ICER expressivo, não é um ICER barato, esse procedimento não é um procedimento barato, variação de alguns parâmetros para verificar o impacto no resultado final da análise, por exemplo, tempo horizonte, em vez de cinco, dez anos e o preço da prótese né, então vejam, se nós colocarmos para dez anos o valor do ICER cai para 55.130, se a gente variar o preço da prótese, de 65 para 30.000, aqui eu falo 45, eu já tenho informações que uma operadora de plano de saúde, os senhores sabem que os senhores são das operadoras já tem comprado este dispositivo por quarenta e cinco mil reais ,né, então com quarenta e cinco mil nós teríamos um ICER de 69.000 por ano de vida ganho,

um ICER bastante mais favorável do que aquele outro com a prótese a 65.000, aí variei o custo da válvula, naturalmente que tem três, tem uma prótese nacional, quando isso tiver efetivamente validado, acredito que esse preço deva cair e eu torço fortemente por isso em nome dos pacientes idosos do Brasil, numa análise muito variada, nós variamos esses modelos, fizemos uma simulação para cinco mil pacientes, ta lá o procedimento no quadrante superior direito, é um procedimento que ele é mais caro, mas ele é bem mais efetivo e quando nós comparamos isso com outras tecnologias já incorporadas, que já estão no Rol, como por exemplo, os cardio-desfibriladores implantáveis, está situado mais ou menos no mesmo patamar de preço né, então TAVI tem um perfil de custo efetividade compatível quando observado com outras tecnologias incorporadas pelo sistema de saúde suplementar. Eu agradeço a vocês, nós temos um impacto orçamentário, mas eu não vou mostrar isso agora não, obrigado.

P/Martha – Obrigada Marcelo assim, eu queria só fazer umas observações antes da gente passar para outra apresentação, de novo vou falar para Marcelo, a gente tem uma lista no site que faz parte da RN do Rol, mas agora eu tenho que falar para todo mundo, que faz parte da RN do Rol, que é uma listagem que a gente fez junto com a AMB na câmara técnica de OPME, que estabelece todas as OPMEs que existem, dizendo o que é órtese e o que é prótese. Por quê? Existia uma duvida muito grande, principalmente para contrato antigo como que era a classificação dos materiais, então a gente pegou toda a listagem de material que existe e classificou se é uma órtese ou uma prótese, não foi um material, não é um produto nosso, é um produto da câmara técnica da AMB e está lá para consultar isso, se é uma prótese ou uma órtese, então obviamente o TAVI tem que ta lá, e a gente também, sabe que aquele parecer que o Marcelo mostrou, ele falava do procedimento ser experimental ou não, quando ele deixou de ser o experimental a gente refez o parecer. Eu queria só fazer um paralelo com algumas coisas que o Marcelo apresentou com a medicação oral para gente pensar no Rol, tá? A gente fez uma discussão importante, primeiro assim, por que a gente começou o GT do Rol em 2010 né? Primeira revisão do Rol a gente fez sozinho, primeiro porque eu acho que agente não é suficiente, nem inteligente, nem sabe o suficiente, nem tem conhecimento suficiente para discutir isso tudo sozinho, então assim, não existe isso de a gente querer discutir um monte de procedimentos, 4.500 de varias especialidades diferentes e achar que a gente vai dar conta sozinho, então é para isso que existe o GT, para gente ter opiniões das mais diversas e a gente em conjunto conseguir chegar na que tem melhor validade, então é por isso que existe. A gente fez uma discussão na medicação oral, aí vou fazer um paralelo com o que o Marcelo falou agora, eu não lembro mais o nome do medicamento, mas é um medicamento que foi recém-lançado, teve registro a super pouco tempo para tratamento de melanoma. Gente, não sei, não importa

o nome do medicamento, esse medicamento ele tem varias análises, o João sabe com certeza, a gente discutiu com exaustão lá dentro do grupo, é um medicamento que tem o registro super recente que foi aprovado para melanoma, ele aumenta a sobrevida em três meses do paciente e tem um custo, assim, sobrevida, então assim, a pessoa vive mais três meses ponto, ele tem vários efeitos colaterais, isso ainda não foi bem delimitado e não tem nenhuma análise de qualidade de vida durante esses três meses e o custo dele, aí eu já não vou lembrar mais, era alguma coisa que girava em torno de sessenta mil por mês né, 120? Cento e vinte mil por mês, a discussão que a gente fez foi a seguinte, o medicamento existe, para aquele individuo que tem o melanoma ele é bom? Claro que é, se eu tiver a chance de viver mais três meses, é obvio que eu vou querer viver mais três meses, com que qualidade de vida? Não está bem estabelecido ainda nos estudos. Ele tem vários efeitos colaterais. Então, as pessoas não morrem de melanoma, mas morrem de outra coisa. Mas enfim, eu tenho a chance de viver mais três meses, por cento e vinte mil por mês né? E o sistema? O que o sistema consegue incorporar ou não disso, isso é uma discussão dura, super difícil, a nossa sociedade e a nossa cultura quase acha um crime a gente discutir isso, que absurdo como é que não? Mas a gente tem que discutir isso, né? A gente fez essa discussão dentro do grupo e a discussão do grupo foi para não incorporar o medicamento, então ele não está na nossa lista, tá? Por quê? Porque a gente, em detrimento de um estar incorporando 35, sei lá quantos, que eu já não lembro. Por quê? Porque os outros já estavam estabelecidos, o custo é menor, a análise de sobrevida já é diferente, você já tem outros medicamentos no mercado que são ou genéricos enfim, a gente fez toda uma discussão em torno disso, então a gente tinha um pacote de medicamentos para analisar, a gente analisou um por um e esse foi um exemplo, outro exemplo é o que a gente vai discutir para o tratamento do câncer de rim, que ta muito parecido com isso, por que eu trouxe para cá. Para a gente discutir exatamente isso que o Marcelo falou assim, a gente vai fazer uma outra discussão de método mesmo, de análise, de validade de eficácia, mas paralelo a isso, eu queria com o exemplo do Marcelo, fazer essa discussão com vocês né? Ele mostrou que tem validade, ele mostrou que tem eficácia pelos estudos que ele trouxe, a gente vai discutir isso também com Instituto de Cardiologia, mas e aí, assim, a sobrevida e o custo dele em detrimento de todos os outros procedimentos que a gente também está discutindo no Rol... Então, não to dizendo ou isso ou aquilo, não é isso, é esse mais as medicações orais para o câncer, mais o NAT, mais os 149 procedimentos laboratoriais do Wilson, mais, etc. Enfim, é isso que a gente tem que discutir aqui, é esse pé no chão que eu acho que a gente precisa colocar e principalmente, não ter vergonha de discutir isso, então quando o Marcelo traz aquele slide e coloca isso para discussão da gente, assim quando ele fala do NICE. O NICE tem um parâmetro de custo que pela análise do custo do NICE

ele foi aprovado, então lá ele é custo efetivo do parâmetro de custo que eles tem, se a gente já tivesse isso aqui, a gente tava muito mais confortável para dizer pro Marcelo. Pôxa, ta dentro, ta fora, porque a gente já sabe qual é o nosso parâmetro... A gente não tem esse parâmetro, a gente quer muito ter. Eu só aproveitei o teu slide porque achei maravilhoso, é isso mesmo que a gente tem que discutir aqui...

P/Marcelo – Você pode passar aquele slide que tava na pressa, eu terminei não mostrando, esse parâmetro, eu que gosto de ficar na internet, próximo, próximo, por favor, bom, essa portaria 458 de 21/05/2012, você pede para trazer Portaria, o Doutor Helvécio, para próxima, olha o que ta escrito lá, apesar da controvérsia relacionado ao tema, tradicionalmente na avaliação de custo efetividade é utilizada razão custo efetividade incremental inferior a cinquenta mil dólares por ano de vida salva. Eu trouxe isso porque isso é um documento do Ministério da Saúde, onde se coloca... ele coloca curiosamente em dólar, certo? Por isso a gente vê claramente que o que eu trago para você, eu fico satisfeito que o Brasil esteja colocado em cinquenta mil dólares/ano que é o patamar, mas está escrito pelo Dr Helvécio, não fui eu...

P/Martha – É, e é engraçado que o próprio Ministério ta lá discutindo isso né, então enfim. Então assim, mas Marcelo olha só, eu estou pegando o teu exemplo, porque você trouxe exatamente a análise que a gente quer fazer daqui para frente. Então assim, primeiro não é feio discutir isso, não é feio. Segundo, a gente tem que saber fazer, e terceiro, a gente tem que saber usar isso. O que a gente ta fazendo, então é um bom exemplo para gente começar a pensar. Na outra reunião, Doutor Zilli ta aqui olhando para mim, por isso que eu vou falar para ele, na outra reunião a gente fez uma discussão técnica entre uma apresentação de uma DUT, de uma sociedade e de uma apresentação, foi de uma operadora, sobre a mesma DUT, é o que a gente precisa, de discussão técnica, eu acho que a gente está aqui para amadurecer o grupo. Depois disso, a gente recebeu muita critica, vou contar para todo mundo, de várias pessoas dizendo que não dá para fazer uma discussão técnica tão profunda nesse grupo, a resposta que eu dei é: não concordo! Por que eu não concordo? Eu acho que a apresentação do Marcelo, absolutamente todo mundo entendeu e segundo, é nesse grupo que a gente tem que discutir isso, é esse grupo que a gente tem que treinar para daqui para frente fazer isso, se a gente não começar a conseguir discutir isso dentro desse grupo, mesmo que sobre dúvida, mesmo que eu não entenda tudo que o Marcelo falou... Eu entendi o espírito do que ele quis apresentar. É nesse grupo que a gente vai discutir as coisas, então de novo, eu não concordo, eu vou trazer as discussões para cá sim, sempre, não foi o Doutor Zilli não, ta gente. Eu só estou falando que assim, a gente precisa fazer esse exercício aqui dentro, eu acho que é importante, eu acho que a gente tem que se amadurecer enquanto grupo e eu

acho que a gente tem que crescer nesse sentido. Eu estou fazendo todo esse preâmbulo porque a gente vai ter uma discussão agora com uma apresentação do Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, também sobre esse tema para gente pensar, além das coisas que eu já falei.

P/Doutor Zilli – É difícil falar depois de você... Que você fala com jeitinho que a gente fica um pouco ofendido, né?, Mas eu vou começar pelo segundo ponto, eu realmente não concordo com o que você falou, eu acho que esse grupo não está pronto, os senhores me perdoem, para esse tipo de discussão porque ele não é preparado para isso, não, eu fui um dos que coloquei essa opinião para você desde o primeiro momento, porque o que me preocupa muito é a não preparação do grupo. A preparação do grupo que é claro, se vocês me chamarem para discutir alguma coisa no terreno odontológico, por exemplo, ou terreno fisioterapêutico, ou terreno psicológico, eu sou suficientemente honesto pra dizer à vocês, eu não estou preparado pra responder. Eu creio realmente, desculpem, com 40 anos de profissão, participando de uma série de diretrizes para a minha Sociedade, eu acho que dentro da própria Sociedade Brasileira de Cardiologia, só pra exemplificar, eu também, eu tenho muita discussão e logo o Marcelo sabe disso, em relação à muitas questões eu também não estou preparado. Então, eu acho que esse grupo, pela heterogeneidade dele, deve ser heterogêneo, mas ele não ta preparado pra esse tipo de discussão, porque o que quê ocorre, muitas vezes com a não preparação do grupo, algumas discussões, podem levar à discussões daquela história da “maioria que tomou a decisão errada”. Então, eu acho que é muito açodada a gente passar uma responsabilidade do grupo que não esteja preparado tecnicamente pra esse tipo de discussão. Claro que seu ponto de vista é democrático. É essa democracia que todos nós queríamos, mas democracia infelizmente não é um regime de iguais para iguais. É um regime de igualdade pra diferentes e é aí que a coisa complica. Quanto ao segundo ponto, o primeiro ponto, mas isso é uma discussão filosófica, né? Mas eu acho que o primeiro ponto que você tocou não é filosófico, ou seja, quando você diz que não é feio a gente discutir, não, não é feio, eu não sei se é legal, é diferente, né? Porque na realidade, no momento que se toma a discussão de assumir ou não qualquer tipo de procedimento para dentro de um rol de cobertura, nós estamos alijando desse rol muita gente que poderia ser como você colocou, que poderia ser muito bem privilegiada, que poderia ser ajudada e eu acho mais grave ainda que quando você diz assim: “Quando não está no rol, não está no rol por quê?” Qual foi o motivo que um método desse, por exemplo, que o Marcelo acabou de colocar agora, que não existe mais dúvida no mundo se ele deve ou não ser incorporado? Por que quê esse método não está no Rol? Porque o Rol, porque o sistema não tem condições de cobri-lo monetariamente, economicamente? Então, nós não estamos mais falando de saúde, estamos falando de economia. Então isso, eu acho que os players, os protagonistas tem que deixar muito

claro, a operadora A, B, C, D ou E ou agência reguladora tem que ver, não estou incorporando porque não pago e isso a sociedade tem o direito de saber. O que a sociedade não pode ser é enganada, porque quando sai uma coisa dessa, desculpa isso aí é engano, já não tem mais democracia, é que no momento que sai uma resolução desse tipo de não assumir alguma coisa pra dentro do Rol, pode não ter assumido porque não teve evidência, pode não ter assumido porque não teve eficácia, pode não ter assumido porque não teve efetividade. Acontece que tem. E se um método como esse, como outros, como outros não forem assumidos tem que ficar muito claro que não vai ser assumido por questão de custo e a sociedade como um todo tem que saber disso.

P/Martha – É exatamente isso que a gente quer. Então assim, é a partir dessa discussão daqui da gente. A gente vai separar o que se consegue ver de efetividade, porém a análise econômica não permite a incorporação naquele momento, ou o que efetivamente a gente não conseguiu ver efetividade. Então é esse amadurecimento que a gente quer ver aqui dentro e é essa a resposta pra sociedade que a gente quer dar Dr Zilli, e assim, em nenhum país do mundo, absolutamente tudo tem cobertura, né? E a gente tem que saber o momento de fazer isso. Então, tem procedimentos que já estão de longa data, não são mais experimentais, já estão sendo usados e que até hoje não tem cobertura, a gente também tem que se preocupar com isso. O Tiago quer falar. Eu só queria fazer um comentário pro Marcelo, que assim, agora é brincadeira, a gente viu a Ana Maria Braga, vocês viram Ana Maria Braga? Quarenta minutos de TAVI falando que a ANS tinha que incorporar... A gente viu, a gente viu. Super bacana. A gente adorou. Vai Thiago.

P/Tiago - Vou aproveitar essa discussão, a gente estava discutindo só questões técnicas. Eu não me senti nada confortável pra falar, mas a gente discutiu um pouco isso no outro grupo, Martha e um coisa que tem me incomodado bastante e com todos que eu tenho discutido das mais diversas, dos mais diversos setores, operadoras, hospitais, enfim, associações de consumidores é a questão da... a gente aqui no Brasil tá com basicamente três instancias de incorporação, né? A Anvisa, que de alguma forma trabalha um pouco com preço, porque tem uma câmara que define, que só autoriza a comercialização depois de definir um preço, a gente tem a CONITEC agora que é direcionada pelo SUS, mas também de alguma forma ela influencia na saúde suplementar e a gente tem agora a ANS e eu concordo também, acho que vocês tem a melhor das intenções e isso é louvável, mas realmente a discussão aqui ela fica um pouco, pelo curto tempo que a gente tem pra discutir, enfim, é uma questão muito técnica e a gente faz uma análise superficial, isso é evidente por mais bem intencionado que seja. Eu queria, em primeiro lugar propor que a gente depois dessa revisão do rol criasse um grupo de trabalho, pra justamente

tentar unificar isso, né? Até a Anvisa, de repente já... na hora de incorporação, fixação do preço, já levar isso em consideração e aí a sociedade de fato tem que decidir quanto é que ela vai, que ela está disposta a pagar pra ter acesso a uma tecnologia ou não e essa discussão, quanto que a sociedade quer pagar, talvez seja até uma discussão, que legalmente falando, precise ser feita no Congresso, porque quem disse que a Agência define é o que a sociedade quer? A gente tá fazendo uma discussão superficial aqui, são alguns grupos. Então talvez precise de alguma... eu até separei aqui, eu não sei se alguém leu o livro do Diogo Mainardi, "A queda", mas ele... Eu não sei se todos conseguem enxergar, mas ele junta uma figura aqui, ele apresenta uma figura que é um velhinho e custa aqui cinco reais e uma família de cinco pessoas que custa cinco reais também e ele falou assim, ele cita esse, essa charge que o Estado tem que decidir, tem cinco reais, ou investe nesse velhinho de cinco reais ou na família de cinco pessoas e o Estado decide investir na família de cinco pessoas. Essa charge é uma charge que foi criada num programa T4 do holocausto nazista. É... é uma quest... Por isso talvez o medo de se dizer do custo, porque é uma filosofia Hitleriana se a gente for considerar na sua essência tem um pouco dessa filosofia, o Estado tem que decidir, é uma ideologia. Agora a sociedade ela de fato ela precisa ter essa... ela tem que ter essa legitimidade pra decidir qual é o custo. Então a minha proposta é assim, mais uma vez eu parabeno assim, vocês fazem realmente um trabalho incrível na tentativa de harmonizar esses diversos interesses, mas se a gente puder levar isso pra uma discussão maior e criar um grupo, de repente a própria ANS e propor pelo executivo aprimoramento da legislação, né? Saiu uma pesquisa recente que 70% de projetos de leis aprovadas são de origem do executivo e não do legislativo. Então a ANS ela pode dar essa força. Basicamente é...

P/Martha – vou deixar a Rosângela falar, a gente vai voltar pra realidade, senão a gente vai sair fora. Mas assim, é Tiago, eu concordo com você que a gente precisa ampliar a discussão e aí a última reunião do Rol... meninos vamos voltar pra mesma reunião aqui, vou até voltar pra frente deles aqui. Eu concordo com o Tiago que a gente precisa ampliar a discussão, por isso a nossa última reunião do Rol a gente ia propor um grupo técnico permanente, que a gente se reúna a cada "X" tempo durante dois anos pra gente efetivamente criar essa massa crítica e preparar a revisão durante dois anos, não durante seis meses. Então quando a gente aca... a gente não vai acabar esse grupo a gente vai manter esse grupo pra se reunir no 2014 e a gente já ter uma outra proposta pra ser colocada na mesa num outro nível de discussão, com uma outra cara técnica e com outras coisas, isso a gente concorda. Assim, na primeira revisão do Rol a gente fez uma reunião que era o seguinte: se a gente quiser hoje a gente acaba com o Rol, hoje. A gente decide aqui, acabou o Rol, acabou o Rol! O Rol é a "CBHPM", ou qualquer outra

tabela. Isso é possível? É possível. É viável? Talvez seja. É... O que é que vai acontecer? O mundo vai se adaptar a isso? Tem uma discussão na origem que a gente não vai fazer aqui, mas que é a que tem que ser feita é o seguinte: plano de saúde é pra quem? É pra quem consegue pagar esse Rol de tudo, ou o plano de saúde é outra coisa? É essa a discussão que é mais macro e a gente não vai fazer aqui é a discussão que tem que ser feita. Qual é o plano de saúde que a gente, brasileiro, deseja? O plano de saúde que eu tenho que regular hoje, o que é que a gente vai discutir aqui, é um plano de saúde que tem preço, que tem rol e que tem um cálculo de impacto de rol que vai cair lá na mensalidade que o indivíduo tem que pagar? Então, é esse o Rol que eu to discutindo aqui hoje. Agora essa outra discussão também é bacana, Tiago. Assim, o que é plano de saúde para os brasileiros? Ponto. O que eu quero de um plano de saúde, o que eu espero? É uma outra discussão, tá? Vou só passar pra Rosângela pra gente voltar pra realidade aqui, fala Rosângela.

P/Rosângela – Eu não sei se eu começo por ele ou por... Eu só queria tirar uma dúvida sobre o que foi apresentado. A população-alvo é de 70, de 75 a 80 anos, né? Qual foi o critério pra se fixar nessa população, porque quando foi colocado ali, muito rapidamente, a gente tem dados epidemiológicos importantes né, que vem de programas hoje que o próprio Ministério da Saúde vem trabalhando, que é a questão da diabetes, da hipertensão e as consequências dessas doenças que são muito mais caras do que especificamente essa população de 70. Se a gente for pegar hoje, tem criança diabética já. A gente já tem grupos avançando e isso é uma tendência que ta crescendo e eu não entendi. Eu já vi no nível de prevenção se investir numa tecnologia pra prevenção com esse, com essa forma de tratamento. Eu não entendi, porque ali na avaliação de impacto que vocês fizeram, que aí eu já chego lá na parte da final, ela fica muito cara e talvez ela, pelo que a gente vê ela não vai atender tanto o custo efetividade se investir lá na criança já diabética, hipertensa que pode apresentar futuramente muito mais problemas, muito mais gastos do que essa outra população que foi escolhida. Então quero entender esse critério, desse grupo pequeno, né? De 70 anos, segundo os dados, porque tanto faz impacto pra um, quanto pra outro, que cai também na questão que o Tiago estava falando, né Tiago? Porque é o seguinte Tiago, tem que se fazer, quando se fazia avaliação econômica, o SUS hoje tem um problema sério de ressarcimento, né? A gente não pode esquecer o SUS é um “plano de saúde” hoje que não comporta o que se gasta e o que ele tem que bancar de outras vertentes como questão do ressarcimento dos planos. Então se a gente for discutir o que se gasta e quando cai na avaliação do impacto econômico, que gera essas discussões que a gente teve, tem que também ta sendo... o paralelo de quem sai do plano de saúde para o SUS, isso aí tem que ta muito claro, porque nem todos os planos cobrem procedimentos quando se cai em média, alta complexidade, pra que a gente possa ter uma noção muito

clara de que quando a gente faz uma avaliação específica para o plano, que é esse beneficiário que ele quer pagar, né? Ele já tem um outro plano que ele também pode, a qualquer momento, pela legislação usar, caso esse plano não cumpra com, esteja aquele buraco... Não cobre, então ele vai pro SUS, porque o SUS vai cobrir, até numa ação judicial, a gente sabe disso. Então, às vezes, quando a gente fala, eu acho que quando se fala de avaliação econômica tem que se entender primeiro o ciclo orçamentário do seu país. Se você não entender isso pra passar pra plano, porque plano você já está na saúde suplementar, a ideia inicial lá na reforma sanitária era ser uma saúde que suplementasse o que se sabe que o SUS não poderia bancar. Isso há 20 anos atrás. Hoje está se chegando a conclusão, né? Uma conclusão muito clara que agora a gente está discutindo é o que o plano vai pagar e as pessoas estão tentando achar o meio, se assim adianta investir em plano, por exemplo, a gente vê casos e casos que a pessoa investiu anos, chega num determinado momento ela volta pro SUS e aí esse dinheiro, esse impacto volta pro SUS e o que que é o SUS? É todo mundo pagando e tem outras questões aí... Forma tributária, tem outras questões econômicas que tem impacto, aí que tem que ser avaliado no grupo. Acho que tem que ter um paralelo muito importante pra que a gente não perca a noção clara da realidade brasileira quando chegar lá, como você falou, tá? Lá fora? A realidade é outra. Como que se banca isso? O pagamento, a relação tributária é outra, tudo isso é diferenciado. Então pra não deixar isso solto, numa questão de grupo e a questão epidemiológica, que eu acho que ela tem, ela é a base de qualquer construção, da ausência de doença e sim pra tratamento pra gente ter saúde, senão a gente fica só discutindo doença. É a gente estar pensando em uma base epidemiológica, o que é que vai valer a pena investir...

P/Martha – Tá. Eu vou pedir para o Marcelo responder, só o 75 – 85 anos e aí a gente vai passar pra discussão do Instituto de Cardiologia, senão a gente não vai conseguir seguir tá? Rapidinho Marcelo.

P/Marcelo – Não é que nós escolhemos essa população, são esses pacientes que tem contra-indicação para o procedimento cirúrgico de troca valvar, devido ao alto risco. Então, eles não podem operar; se não operam não tem nenhum tratamento que vai mudar a história natural. Então, por isso que se propõe para esse grupo, sobretudo acima de 75 anos. Agora, eu gostaria, só pedindo licença à Martha, de lembrar em relação à priorização da saúde, o Estatuto do Idoso. O que é que o Estatuto... não tô falando da norma programática da Constituição Federal do Artigo 192, eu tô falando de uma Lei. Diz o seguinte: que quem é que tem a obrigação de cuidado com o idoso? Primeiro é a família, segundo lugar comunidade, em terceiro lugar é o poder público e vai mais quando trata do SUS diz, se os juristas estão aqui podem me corrigir, Artigo 15 parágrafo segundo: É dever do poder público fornecer para os idosos órteses,

próteses e medicamentos de uso continuado. Então essa questão de priorizar, de priorização, nós temos no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente, que pegou uma ponta e o Estatuto do Idoso que pegou outra ponta. Então eu acho que do ponto de vista de prioridade de saúde isso atende bem o cuidado ao indivíduo idoso, mas aqui a gente discute a saúde suplementar, não a saúde pública.

P/Martha – Então vamos lá? Helena, por favor, a Helena é pesquisadora, você se apresenta também Helena, por favor?

P/Helena – Obrigada Martha. Meu nome é Helena Kramer, eu sou médica do Instituto Nacional de Cardiologia, eu sou cardiologista clínica, eu declaro que eu não tenho nenhum conflito de interesses na apresentação que eu vou fazer, absolutamente isenta. Eu to aqui porque a Karla convidou e a Martha pra que a gente apresentasse um trabalho que a gente está fazendo no Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde. A gente tem um Núcleo do Ministério da Saúde que avalia a incorporação de novas tecnologias e exatamente esse tema está sendo, é “TAVI/ANS”, está sendo discutido no Ministério e a gente tem feito um trabalho no Instituto Nacional de Cardiologia, como o Dr Marcelo falou, um dos institutos que faz esse procedimento, então a gente está avaliando o custeio disso na visão SUS. É... Eu não vou apresentar dados desse trabalho que eu vou me ater aqui a apresentar apenas uma análise crítica desse tema, à luz do conhecimento científico atual tá? Então, a ideia é essa. Pode passar o próximo? Bom, isso foi o que a Karla mandou pra mim quando ela chamou para essa apresentação que o TAVI, ele já está na tabela da CBHPM condicionado a uma diretriz de utilização terapêutica, que é essa que o Marcelo apresentou, presença de estenose aórtica grave, pacientes idosos e com uma alta morbimortalidade. Pacientes idosos com alta probabilidade morbidade mortalidade cirúrgica, uma condição favorável a fazer esse procedimento percutâneo e que essa contra indicação à cirurgia convencional, que é de fato o tratamento ideal para essa condição clínica, ela seja avaliada por uma equipe multidisciplinar. Pode passar o próximo. Então qual é a questão clínica, o que é que importa clinicamente? Então, nesse cenário, esses pacientes com estenose aórtica grave e contra indicação à cirurgia de troca valvar, por alto risco de mortalidade, se o implante transcatheter de prótese valvar aórtica determina um melhor prognóstico, ou seja, esse é aquele paciente, os 30% do registro europeu que não tem acesso a nenhuma modalidade de tratamento, ele está absolutamente excluído da possibilidade cirúrgica. Então não indico esse paciente à cirurgia, porque eu acredito que se eu for mandar ele para a cirurgia eu to marcando a data do óbito, ele vai morrer na cirurgia. Então, é melhor ele ficar num tratamento clínico padrão do que ele ser submetido a uma cirurgia à céu aberto. Esse é o motivo dele não ir pra cirurgia, porque eu acho que ele vai morrer mais naquele procedimento.

Quando a gente fala de morte por procedimento, a gente fala daquela morte, naquele dia e nos 30 dias posteriores ao procedimento, porque é mortalidade do procedimento, ou seja, decorrente daquele procedimento, dentro daquele horizonte de tempo é, as mortes devem ser daí. É só pra balizar, porque houve assim uma discussão de entendimento, de nível de conhecimento, então assim, porque mortalidade em 30 dias, porque essa mortalidade é atribuída ao procedimento, então só por isso. E esse é um paciente de muito ruim prognóstico, o prognóstico é muito ruim, ele morre na grande maioria das vezes em dois anos, 50% em dois anos e esse que não é inoperável, a maioria morre em um ano, seis meses. Pode passar o próximo. Então, em outubro, no final de outubro de 2010 saiu esse estudo. É um estudo que fala exatamente sobre esse paciente. O implante transcáteter de válvula aórtica em paciente com estenose aórtica que não pode ir pra cirurgia. Exatamente responde essa questão. O único estudo, nós estamos em 2013, não saiu mais nenhum estudo desde então sobre esse tema. Então é esse estudo que a gente vai avaliar, é a evidência que a gente tem, pode passar. Então, pegaram os pacientes com estenose aórtica, avaliaram o risco, viram se ele era candidato à cirurgia, não, não era candidato à cirurgia, era considerado inoperável. Essa é uma coorte, chamada coorte B, por isso é que o estudo PARTNER B, aqueles que eram considerados de alto risco, operáveis mas, de alto risco, eram de um outro trabalho que também foi publicado um pouquinho depois, em 2011, que é a coorte A, a gente não vai falar dele, porque não é ele que a pergunta da ANS se refere, mas vale apenas uma observação de que esse desenho aqui dos pacientes inoperáveis, é um desenho que tinha como endpoint primário, ou seja, desfecho primário toda causa de mortalidade de um ano e o desenho de estudo era considerando superioridade, ou seja, a pergunta era se o TAVI era superior a não fazer nada, ou seja, terapia padrão clínica e essa coorte A, ou seja, os pacientes de alto risco operatório, avaliavam se ele tinha possibilidade de fazer o procedimento transfemoral, se ele tinha acesso pra esse procedimento, uma vez sim, ele era randomizado, ou seja, ele podia aleatoriamente cair ou no grupo de TAVI ou no grupo cirúrgico e o desenho de estudo era um desenho de não inferioridade, ou seja, já à priori do estudo, ou seja, a premissa é que TAVI era inferior à cirurgia e ele tinha uma margem, que ele aceitava ser não inferior não inferior pela contrapartida de não ser invasivo, de não ter que abrir o peito, ou seja, ser um procedimento com menor invasão. E nesse estudo aqui, ele obviamente não mostrou o resultado dentro da margem de não inferioridade, ou seja, pra esse grupo de alto risco a cirurgia a céu aberto ainda é o procedimento de eleição, a TAVI não se presta nesse estudo aqui para determinar melhor prognóstico. Então a gente vai avaliar esse aqui que é a questão que a ANS se refere, que é a coorte B do estudo PARTNER. Pode passar. Então foram 358 pacientes considerados inoperáveis, 179, ou seja, metade foram para o grupo de intervenção percutânea, ou seja,

implante transcáteter e 179 pra terapia padrão. Durante um ano ele teve 100% de seguimento no grupo TAVI e 94.4% de seguimento no grupo de terapia clínica padrão, ou seja, um seguimento bastante importante, um ano. Quase que a totalidade aqui foi acompanhada pelo menos por um ano. E a gente vai ver então os desfechos em 30 dias e um ano. Mas, antes de olhar os resultados é importante a gente avaliar a validade metodológica de um estudo. Toda vez que a gente avalia uma evidência científica a gente tem que ver se é válida, se aquela evidencia é importante, se ela é robusta, se a partir dali aqueles resultados devem ser interpretados como importantes, precisos e vão de fato alterar a minha prática clínica. Então, pode passar, por favor. E aí, a gente avalia isso com alguns escores, esse escore de JADAD é o mais comum utilizado, ele vai de zero a cinco, faz cinco questões. É considerado de zero a dois, uma qualidade fraca, ou seja, uma evidência frágil, e de três a cinco, uma evidência com mais qualidade, uma evidência mais importante. Esse estudo é um estudo absolutamente aberto não é um estudo que pode ser cego, ou seja, o paciente que abre peito... o paciente que põe o cateter ele sabe que botou o cateter, o médico que botou o cateter sabe que o paciente botou o cateter, então não tem como a gente cegar médico, paciente, é um estudo aberto. Por ser um estudo aberto, esses escore de JADAD ele pode só ir até três, então assim no máximo ele chega no grau inferior de um estudo de qualidade. Eles ganham dois pontos, então isso é uma fragilidade desse escore. A gente passou por uma análise metodológica um pouco mais aceita que é a análise do viés de risco de Cochrane, ou seja, pra quem sabe Cochrane é a instituição, hoje em dia, responsável pelas principais revisões sistemáticas da literatura e dentro da última diretriz de avaliação metodológica lançou essa forma de avaliar, ou seja, se houve algum viés de seleção, viés é um erro sistemático do estudo, se houve algum viés de seleção, se houve algum viés de performance, algum viés enfim de aferição de seguimento ou de relato. E ai ele pede que se coloque assim, em verde, em verde, aqui a gente ta vendo amarelo, mas acreditem é verde, quando o risco é moderado é amarelo e quando o risco é alto de viés em vermelho. Tipo as cores do sinal de trânsito pra ficarem bem universal, assim. É, agora tá verde... Então na realidade, a gente vê que tem mais vermelho do que verde, né?, Então, um estudo de alto risco de viés, né? Ou seja, mostrando que existe uma fragilidade metodológica em que pode ter um impacto importante nesses resultados. E o principal viés, mais grave considerado nesse estudo, é que foi um estudo todo bancado pela indústria que produz a prótese, que é a Edwards. E a Edwards, ela teve não só acesso obviamente ao ser patrocinadora do estudo como os dois primeiros autores são médicos da indústria, eles tiveram acesso a todos os dados, à seleção dos pacientes, à análise, inclusive à decisão de publicar ou não o quê. Então, existe um grave viés de relato nesse estudo, ou seja, o que foi reportado foi de total interesse de quem tava pagando o estudo. Porque os estudos podem ser

patrocinados, não há nenhuma questão. Mas desde o momento que o patrocinador fique numa postura mais isenta, né? Inclusive, as comissões de desfecho, quem avaliava o desfecho também eram médicos e pesquisadores patrocinados pela indústria com total acesso aos dados o tempo todo e isso está escrito no paper de uma maneira muito clara pra todo mundo ler, não é nenhuma informação privilegiada. Pode passar o próximo. Então, quais são os resultados? Ou seja, quando a gente tem assim uma peça de evidência frágil, a gente pode decidir nem ler, porque se de fato ela não é uma evidência robusta, ou não, vamos ler então, vamos adiante é a única que nós temos então, a gente não pode refutar, a gente tem que ler. Então vamos ler o que ela nos trás, essa daqui é a sobrevida, né?, Eu dei um zoom assim, na curva pra a gente ver, de mortalidade. Então, a gente vê assim: aqui é morte por qualquer causa e aqui é o tempo em meses. Tempo zero, seis meses, doze meses, dezoito meses e vinte e quatro meses. Percebe que a gente começa aqui com 179 pacientes, né? Ele me garante que em 12 meses, ele tava seguindo todo mundo, então eu tinha aqui todo mundo, esse seguimento aqui é completo. A partir daqui, eu já tenho uma perda de seguimento considerada, eu termino o estudo aqui com muitos poucos pacientes. Mas vamos nos ater então até onde ele diz aqui, oh. Doze meses eu segui todo mundo 100 por cento, o que, que eu tenho de desfecho? A mortalidade geral é 30 dias, no grupo que fez procedimento foi de 5% e no grupo que fez o tratamento clínico convencional foi de 2.8%. Aí é um grande dilema clínico pra mim nesse estudo, que mostra o seguinte: se eu não mando esse paciente no tempo zero pra cirurgia, que é o tratamento de eleição desse paciente, eu tenho medo que ele morra? Aqui ele está morrendo, quase que duas vezes mais... E é isso que determina o prognóstico, porque se você passar da cirurgia ele vai viver muito melhor, acredito eu. Mas o risco de mortalidade é no procedimento e no per-procedimento. Então, a mortalidade em 30 dias, ela é bem alta, né? Então é assim, porque que eu vou mandar um paciente pra um procedimento que mata mais, se ele não vai pra cirurgia, que é o que de fato, é de eleição porque eu tenho medo que ele morra mais? Então, estou caindo no mesmo problema, né? Mortalidade em 30 dias é muito grande. Então, esse pra mim é o dilema clínico. Aí quem sobreviveu em um ano, de fato tem aí 19% de redução de risco absoluto, aqui as curvas cruzam logo no início e quem sobrevive a esse primeiro mês, aqueles sobreviventes, eles tem aí então um desfecho melhor, um número necessário pra tratar de seis. Ou seja, eu preciso tratar 6 pacientes para que 1 tenha benefício naquele procedimento. Pode passar o próximo. Mas não é um procedimento isento de riscos, são pacientes idosos, pacientes com comorbidades, tamanhas comorbidades que os impedem de serem operados à céu aberto. Então, o procedimento, ele acarreta de fato um dano, né? Isso aqui é um... Ficou muito escuro com essa luz. Isso aqui é um NNH, é um número necessário para causar um dano. Quantos pacientes eu preciso tratar pra

causar um dano? Então isso aqui é AVC. AVC em 30 dias, eu tenho NNH de 20, ou seja, a cada 20 pacientes que eu trato, em 30 dias, 1 tem AVC. ... Em um ano isso não se perde, ou seja, esse risco, ele é carregado por um ano. Ou seja, em um ano eu preciso tratar 17. Tratando 17 pacientes um vai ter AVC e aquele AVC maior que é um AVC grave, que pode até comprometer de fato, sobremaneira um paciente ainda mais idoso, cheio de comorbidades. Eu tenho assim: eu tratando 26 pacientes, tanto em 30 dias, quanto em um ano, ele vai ter um AVC maior. Um AVC embólico. A aorta é uma aorta calcificada, é uma aorta com placas de ateroma, emboliza mesmo. Na grande maioria das vezes é embólico ou pelo uso de anti-coagulantes, de anti-agregantes, precisa tomar dupla anti-agregação, a gente sabe que isso pro idoso é uma questão. Pro idoso sangramento é uma questão importante, esse paciente vai precisar ficar sob regime de anti-agregação e é importante, ele acarreta aí a cada 26 pacientes que eu trato, um tem um AVC. Tanto em 30 dias, quanto em 1 ano. Pior ainda é a complicação vascular, né? O paciente idoso com fragilidade vascular, a grande maioria não foi operado porque tem um clearance de creatinina proibitiva, então é um renal crônico que já tem complicações vasculares sabidas. Então, eu tratando quatro pacientes, um vai ter uma complicação vascular, tanto na fase aguda, quanto em um ano. Mas, enfim, esses são os resultados e como a gente traduz isso naquela questão que a Martha falou aqui? Pode passar, por favor. Quanto tempo de vida a mais, e a que preço? Então como é que a gente analisa o tempo, né? Nessa curva de sobrevida, nessa análise de sobrevida, eu vou me ater assim, no melhor cenário pro TAVI, qual é o melhor cenário pro TAVI? Todo mundo começou com 179 pacientes, tanto o TAVI, quanto o padrão e em um ano que ele me garante que seguiu com 100 por cento todo mundo em um ano, eu tenho 122 pacientes vivos nesse braço do TAVI e tenho 83 pacientes vivos na terapia convencional no final de um ano. Que, que isso me diz? Morreram 57 pacientes no grupo TAVI e morreram 96 pacientes no grupo padrão em um ano. A diferença é de 39 pacientes/ano no grupo TAVI, tá? Então, no final deste um ano, considerando que todo mundo morreu com um ano, ou seja, nem estou considerando essas perdas aqui, no ano do caminho Estou avaliando o melhor cenário pro TAVI. Se todo mundo morreu em um ano, no final de um ano, eu tenho 39 pacientes/ano a mais no grupo TAVI. Considerando essa análise que é de 179 pacientes, esse tempo corresponde a 80 dias de sobrevida por paciente. Então são 79 dias e meio de sobrevida por paciente que a gente tá avaliando aqui, nesse estudo que é o único estudo clínico randomizado que a gente tem nesse cenário. E aí a gente fez a conta de quanto custa isso, né? Da nossa sobrevida de 80 dias a mais por paciente em um ano. Pode passar. Bom, a gente avaliou, fez um levantamento um pouquinho maior, visando saúde suplementar, 150 mil o procedimento inteiro. Considerando o procedimento 150 mil, sairia 688 mil, 551 e 60 por um ano de vida salvo. Vendo

a apresentação do Marcelo, eu fiz uma conta rápida, considerando aqueles 123 mil do procedimento, daria 565 mil reais por um ano de vida salvo considerando apenas tempo e não ano com qualidade, que é o desfecho considerado pelo Ministério da Saúde que seria Qaly. O PIB 2012, segundo o IBGE é de 22 mil 402 reais per capita. Existe uma discussão muito grande se a gente usa o parâmetro americano de 50 mil dólares, que é um ano de diálise norte-americano, que está 4 vezes a mais do que 1 ano de diálise no Brasil. Ou, se a gente usa três vezes o PIB, que é o que o DECIT da Secretaria de Ciência de Tecnologia tem mais afeição ao usar esse parâmetro: três vezes o PIB. Três vezes o PIB seria em torno de 67 mil e 200 reais, considerado um ICER, ou seja, uma razão de custo-efetividade assim, razoável pra que a gente permita alguns critérios bioéticos, principalmente de justiça distributiva, ou seja, eu vou dar um acesso a quem precisa, sem ter detrimento de eu dar vacina pras crianças, de eu fazer tratamento pra hipertensão, diabetes, prevenção de AVC. Então assim, o ICER seria de 167 mil. Isso aqui é quase 10 vezes o ICER considerado pelo Ministério da Saúde, então realmente custa muito pra prevenir 79.5 dias de vida na melhor evidência que nós temos, que é um estudo muito frágil, segundo os critérios internacionais de avaliação de metodologia científica de um ensaio clínico. Agora, era isso que eu queria trazer pra vocês.

P/Martha – Antes que a confusão se dê... Que, que eu queria falar? É isso que a gente lida todo o dia. Então é assim, é isso que eu preciso que todo mundo veja. O Marcelo me faz... Isso que eu vivia, né? No meu “esconderijo” ANS. Marcelo ia lá e eu fazia uma reunião com o Marcelo. Dois dias depois eu fazia reunião com a Helena. E eu, Martha, no alto de todo o meu conhecimento, que nem Jesus Cristo decidia o que eu queria fazer. Não é isso, eu não tenho capacidade nenhuma de confrontar as coisas, de sentar com os dois, de saber onde é que ta pegando, o que, que é e quem sou eu pra decidir se a nossa sociedade deseja um desfecho X ou Y à um custo Z ou A. Então é isso que a gente ta fazendo aqui, correto? Não vou discutir a apresentação do Marcelo ou da Helena, eu acho pouco importante a gente tentar fazer isso hoje porque é um pouco a crítica que a gente recebeu, a gente não vai dar conta, né? Mas eu tenho os dois materiais na mão, o grupo tem os dois materiais na mão. A gente vai precisar se debruçar agora, mais do que se debruçar, isso que a gente ta confrontando aqui o custo que o Marcelo mesmo apresentou, que a Helena apresentou, que eu discuti pra medicação oral, a gente vai conviver com isso para sempre. A Helena não estava aqui, a gente tava discutindo o que, que vai ser o nosso parâmetro? Né, o Nice ta lá, o Decit ta discutindo, vai ser três vezes o PIB do Ministério? Ok, e pra saúde suplementar? A gente vai ter que estabelecer o nosso ponto, né? Não necessariamente é o mesmo ponto do Ministério, ele pode ser mais alto. Qual é o nosso ponto, né? Qual é o nosso PIB per capita? O que, que a gente vai usar como parâmetro pra fazer esse

ponto de corte? A gente quer fazer essa discussão ainda esse ano, no máximo ano que vem, pra gente já ter essa discussão daqui pra frente. A gente precisa disso? Eu não tenho a menor dúvida, né? A gente pode não levar isso em consideração e a gente incorporar absolutamente tudo e aí depois, o reajuste por conta do impacto do Rol vai ser maior do que o reajuste anual das operadoras. Então, assim, é isso que ta posto na mesa, é isso que a gente ta discutindo, ta? Eu vou pedir ,por favor, pra gente passar pro próximo ponto. Pode ser?

P/Marcelo – Eu não queria fazer réplica e nem estabelecer controvérsias, não, até porque não foi colocado aqui que ia haver uma controvérsia, né? Porque se... Não, você falou que outro grupo que ia apresentar, mas não em modelo de controvérsia, porque quando há controvérsia é passivo de réplica, de tréplica, né? Enfim, certo? Eu não fiz uma análise detida do PARTNER a tempo porque não tinha tempo pra fazer isso, agora tratamento clínico pra esse problema não existe. Não existe tratamento pra isso. O que se tem incorporado como eu falei é a valvuloplastia que não muda desfecho nenhum. Outro aspecto, o tratamento-padrão considerado grau de recomendação um, que é a troca valvar aórtica, certo, nunca houve, nunca houve nenhum estudo randomizado comparando pacientes desse perfil com a conduta conservadora, nem paciente inoperável, muito menos o paciente que é considerado operável. Então se assumiu isso numa época anterior na medicina, embasada em evidências, né? Os preços que foram colocados aqui, nós temos uma tabela com a planilha que ta aqui à disposição da ANS pra gente fazer uma análise e digo mais, se for necessário aprofundar em termos da qualidade metodológica, tanto do PARTNER como dos outros 16 estudos que há aí de registros operacionais, a gente ta disposto a fazer a controvérsia com a ANS, ou qualquer fórum que for necessário tanto no sentido da saúde pública, quanto no sentido da saúde suplementar.

P/Martha – Eu vou deixar os dois falarem. Deixa eu falar rapidinho. Assim, imagina: eu e vocês? Porque agora estamos todos no mesmo barco, eu e vocês fazendo isso que a gente fez aqui agora de um procedimento pra 290, vocês realizaram isso? Pois é. É isso que a gente tem pra fazer até o dia 23 de maio. É por isso que eu conto com a colaboração de todos pra gente rever a planilha, a gente separar dali o que é consenso, eu acho que o exercício que a gente fez na medicação oral foi um exemplo muito bacana. Eu achei que a gente não ia chegar a lugar nenhum e em uma reunião a gente chegou, nem eu estou acreditando até agora. A gente vai precisar fazer isso e a gente vai precisar separar, e assim, eu não me imagino dando conta dessa discussão até o dia 23 de maio, né? Não consigo imaginar. Por isso que eu acho que a gente vai sim inaugurar essa coisa do GT Permanente e fazer esse tipo de construção conjunta durante um período razoável com todas as análises que

forem necessárias. Se a gente chegar aqui com o Marcelo e a Helena e falar assim: beleza. A gente vai precisar de um estudo enorme conjunto, junto com um projeto de... Vem cá, junto com quem precisar. Vamos sentar todo mundo, rever, construir, a gente vai fazer isso. Eu acho que a gente precisa disso para o amadurecimento desse grupo e da construção conjunta desse grupo, só queria que vocês entendessem aonde a gente tá pisando e que a gente tem 290 procedimentos iguaizinhos a esse, tá? Então ele quer passar primeiro pra você, Bernardo.

P/Bernardo – Rapidamente, já que a gente vai falar de modelo, o senhor vai permitir eu fazer duas observações na sua apresentação. Põe a apresentação, por favor. Pra quem não sabe, eu sou médico, né? Trabalho com cardiologia ao tempo que é melhor não falar, porque... Não, não tô falando na apresentação mesmo aquela que ele fez lá, mas casualmente, eu tenho mestrado e doutorado em estatística, a minha área. E aí é que eu gosto de discutir o modelo mesmo, né? O modelo... E aí é que tem um problema, vamos lá na WEIBULL eu acho que... Desce, desce. Eu acho que é esse slide aqui oh. Esse slide aqui chefe, põe ele pra mim. Põe ele grande. O problema é que o modelo tem que representar a realidade, se o modelo não representa a realidade, o modelo tá comprometido. Olha a curva vermelha aqui que é a curva do estudo, aproximação WEILBULL tá fora da curva do estudo. No azul, a mesma coisa. Por que? Porque (depois eu posso conversar com estatística que lhe ajudou) o WEIBULL não é um modelo bom pra isso. Porque a WEIBULL só é boa se a partir de um determinado ponto a taxa de mortalidade é fixa e não é o caso que tá sendo mostrado aqui e isso leva a uma alteração clara da previsão final. Que a gente também sabe que essas pessoas não vão viver tanto tempo assim, que é outro problema também quando eu faço isso. Vamos pro slide seguinte. Estrutura de MARKOV simples, na verdade simples demais. A gente abriu mão de falar de AVC, abriu mão de falar de complicação vascular, de internação, abriu mão de falar de uma série de outras coisas que vão interferir nesse modelo. Então, se a gente for discutir modelo e a gente for calcular realmente esse tipo de coisa, a gente vai ter que pôr tudo isso no modelo. O levantamento de preço é feito de uma forma muito simples. Pergunta as pessoas quanto custa um procedimento, elas nos deram o preço, entendeu? A gente pode entrar nesse modelo com mais cuidado? Pode, mas a gente vai ter que corrigir esse tipo de estimativa. É esse que é o problema. E mais, a partir do momento que a gente perde 50% dos pacientes...

P/Martha – Bernardo, Bernardo. Desculpa é que assim, a gente não vai conseguir, a gente até marca uma reunião no dia 7? No dia 7?

P/Bernardo – Tudo bem, pessoal, se tem pra ter réplica, olha só, se teve réplica também falei.

P/Martha – Mas assim, espreme a sua tréplica, espreme a sua tréplica.

P/Bernardo – Sim, mas então eu to querendo mostrar o seguinte, há um problema grave de modelagem dessa história. Essa história não é simples de modelar assim.

P/Martha – A gente vai modelar isso...

P/Bernardo – Mas espera aí, vai ter uma outra réplica? A não! Eu quero minha réplica também...

P/Martha – Não, olha só, acabou, acabou. Doutor Zilli vai falar e a gente vai passar... Bota a tabela, pelo amor de Deus, enfim a tabela...

P/Zilli – Bom, eu acho que todo mundo percebeu o que eu falei. O que foi comparado aqui foi couve e abóbora. O que foi discutido aqui, estatisticamente falando, foi o registro contra uma evidência que é a única existente que foi utilizada de uma maneira muito coerente e muito perfeita pela Helena e pelo Bernardo, mas pra quem ta aqui de fora, existe uma realidade muito diferente e eu falo isso também não só como Presidente da CBHPM, eu falo como cardiologista clínico de 40 anos, que também indico o procedimento ou não. Então, na realidade, se eu fico confuso, eu acho que pra preparar vocês para o espírito de decisão, vocês tem que ser preparados realmente pra saber o que é evidência, o que esses estudos todos realmente significam, como se analisa um estudo desses. Porque senão vai ficar uma opinião, vai ficar uma torcida daqui apostando num e no outro. Vai ser de quem for mais simpático. Como o Bernardo, normalmente é mais simpático, que o Queiroga, ele chega aí e faz isso. Mas não acreditem nisso, que isso não é uma decisão a ser tomada agora. Essa decisão é muito diferente...

P/Martha – Não vamos, não vamos.

P/Zilli -... Até atende a angústia, eu entendo da Martha, ainda bem que você ganha bem pra isso.

P/Martha – Eu também sou simpática, né? Então. Vamos lá gente, isso daqui é a planilha, é uma planilha com o que a gente chama de procedimentos elegíveis... Dá pra aumentar isso aqui? Obrigada. O que, que é isso? É o batimento de tudo aquilo que a gente recebeu, uma comparação Rol não CBHPM sim. Então são desses 290 procedimentos aqui que a gente vai falar daqui pra frente, ta? Qual é a minha proposta? Essa é a tabela que todos nós vamos nos debruçar. Eu vou passar por ela, a gente vai ler essa tabela, se a gente tiver algum ponto-a-ponto, uma coisa pontual pra discutir aqui a gente vai discutir, senão a gente vai pra casa estudar essa tabela, ta? Essa é a tabela que está valendo daqui pra frente, ta? Ela está por Sociedade, o que vai facilitar um pouquinho a nossa vida na hora de ler, ta? A gente aqui vai ter que jogar nossa priorização, nossos estudos, fazer esse debate aqui, oh, dos 290 e ver o que, que a gente vai fazer daqui pra frente. Então eu só vou ler essa

tabela e a gente vai para o lanche, tá bom? Se a gente quiser discutir alguma coisa rapidamente a gente discute, mas eu acho que a gente já está bem por hoje, não é isso? Estamos todos bem por hoje? Então eu vou ler essa planilha, ok? Então vamos lá. Implante de estimulador... A gente começou pela neuro. Implante de estimulador cerebral profundo unilateral para tremor não parksoniano, implante de estimulador cerebral profundo lateral para epilepsia, implante intratecal de bomba pra infusão de drogas, implante de estimulador cerebral profundo unilateral para depressão, implante de estimulador cerebral profundo unilateral para transtorno obsessivo compulsivo, implante de gerador pra neuroestimulação do nervo vago, implante de eletrodos para estimulação cerebral profunda com micro registro, rizotomia percutânea com radio frequência, denervação percutânea de faceta articular com rádiofrequência, lesão do sistema autônomo por rádiofrequência, cirurgia intracraniana por via endoscópica com neuronavegação, microcirurgia para tumores intracranianos com neuronavegação, tratamento cirúrgico de tumores da região selar por acesso endoscópico ou convencional com navegação, tratamento cirúrgico dos tumores cerebrais com ou sem endoscopia, com navegação (Esses daqui estão repetidos por algum motivo), artrodese de coluna com instrumentação, com neuronavegação, hérnia de disco - tratamento cirúrgico com neuronavegação, Ah, já sei o que é isso, duas Sociedades pediram, ta? Então a gente vai ter que fazer essa limpeza, na hora que a gente juntou veio a demanda de duas sociedades. Micro-cirurgia para tumores extra ou intradurais com neuronavegação, tratamento cirúrgico das lesões intramedulares com neuronavegação, Ecodopplercardiograma intracardíaco, esofagectomia com ou sem toracotomia por vídeo, tratamento cirúrgico das varizes esofágicas por vídeo, tratamento cirúrgico do divertículo esofágico por vídeo. Eu vou parar aqui pra fazer um pedido pra vocês: A gente ta tentando estudar separado os vídeos. Por quê? Tem muita solicitação de vídeo e a gente precisa preparar uma proposta pra vídeo. Como que eu to fazendo... Tô falando vídeo, vídeo, vídeo. Vídeo normal. O que, que a gente ta fazendo de levantamento pra isso? Eu to separando as demandas que eu recebo com maior frequência sobre vídeo e tô fazendo um levantamento sobre o que é mais demandado e demandado em termos de demandas todas que chegam na Agência. Então, a gente tem a demanda das Sociedades e junto com isso a gente tem demanda de processo judicial, Ministério Público, NIP, enfim, a gente ta fazendo um levantamento de quais são as vídeos mais solicitadas e a gente ta batendo com essa lista aqui de solicitação, ok? Hepatorrafia complexa com lesão de estruturas vasculares por vídeo, Hepatorrafia por vídeo, lobectomia hepática direita por vídeo, (Agora você vai tentar levar isso lá pra cima. Óh, essa Hepatorrafia vai lá pra cima, vai!) hepatorrafia por vídeo, lobectomia hepática direita, lobectomia esquerda por vídeo, isso daqui já não faz sentido dentro do Rol, então por exemplo, entraria se fosse o caso, lobectomia hepática por

vídeo, não direita e esquerda, ok? Punção hepática para drenagem de abscesso, radioablação/termoablação de tumor hepático e por vídeo, ressecção de cisto hepático sem hepatectomia, biópsia de pâncreas, esplenorrafia por vídeo, epiploplastia por vídeo, herniorrafia crural, inguinal por vídeo, omentectomia laparoscópica, ressecção laparoscópica de tumor de parede abdominal, transplante hepático (que também não precisa de doador e receptor), transplante pancreático, bilimetria gástrica ou esofágica, anopexia mecânica com grampeador, (acabou copiando tudo.) teste de monitorização contínua da glicose, (Isso daqui depois a gente vai ter que discutir com vocês, é um procedimento domiciliar, né?) câncer de ovário, cromatina sexual, estrogênio total, (Aí vem a lista do Wilson.) hormônio gonadotrófico quantitativo, coleta de sangue seletiva para dosagem hormonal, (Aí, Wilson, isso a gente vai ter que discutir, isso daqui é um procedimento? Na lógica do Rol? Isso, é isso que a gente vai ter que limpar.) cintilografia de corpo total em câmara híbrida... (Sobe lá.) Várias e várias sociedades mandaram esse procedimento aqui pra gente. (Para nele, junta nele, isso.) Junta médica, três ou mais profissionais, eu acho que bateu com CBHPM, ele sobrou e aí mandaram pra gente, isso não é um procedimento passível de inclusão no Rol. Calorimetria, cirurgia laparoscópica de prolapso de cúpula vaginal, gravidez tubária ectópica laparoscópica, histerectomia laparoscópica ampliada com ou sem anexectomia, enfim. Tudo isso daqui, na verdade é um único procedimento, se for pra inclusão. Lobectomia pulmonar por vídeo, metroplastia, miomectomia, nefrectomia, (Duas sociedades mandaram. Três na verdade.) nefroureterectomia, neossalpingostomia, recanalização tubária laparoscópica, marsupialização, nefrectomia parcial, radical, total, uronefrectomia, pielolitotomia, pieloplastia, uroterostomia, cistectomia parcial, cistectomia radical, (Pode subir. Aí.) correção laparoscópica de incontinência urinária, diverticulectomia vesical, cirurgia laparoscópica do prolapso de cúpula vaginal, nefrectomia, neobexiga, ablação prostática à laser, eletro vaporização de próstata, cistoenterostomia, colagem de fístula, incontinência urinária masculina, atendimento ambulatorial em puericultura, (Depois a gente vai tentar entrar em contato com a pediatria pra conversar. Esse é um procedimento que a gente discutiu pra caramba no outro Rol, a gente chegou a construir uma diretriz clínica. Não sei quem lembra. O João lembrou disso outro dia também, a gente vai resgatar essa discussão, por que? A puericultura é uma consulta. Igualzinho a gente discutiu com várias outras aqui, na verdade a intenção da pediatria não era introduzir esse procedimento, era meio que criar uma diretriz clínica pra esse procedimento, o que a gente considerou bacana. A gente trouxe pro outro GT, o GT do ano passado, retrasado achou uma ideia muito avançada e a gente não conseguiu ir pra frente. Eu vou trazer isso de novo, porque de repente a ideia avançada já não é mais tão avançada, a gente já consegue achar ela bacana e rediscutir isso, ta? É... Me perdi aqui.)

termometria cutânea, NAT, (Isso daqui a gente já vai cortar porque a gente já discutiu.) PCR em tempo real pra adenovírus, pra parainfluenza, pra vírus sincicial respiratório. Aí, a gente também vai ter que discutir isso dentro de tudo que a gente ta discutindo aqui, ta? Pesquisa do rearranjo gênico, mutação tipo duplicação, pesquisa de mutação do gen (Pode subir.) dosagem de alfa-2 antiplasmina, dosagem do inibidor de TPA, parvovírus, vitamina B- dosagem, hemoglobina - instabilidade a 37 graus, hemoglobina solubilidade, teste de caminhada seis minutos, implante de dispositivo intratubário não hormonal, teste de fibronectina fetal, cordocentese, cirurgia fetal, histerectomia, endometriose, tratamento cirúrgico laparoscópico, liberação laparoscópica de aderência, implante transcateter, que é o TAVI que a gente tava discutindo, estimulação magnética intracraniana superficial repetida, avaliação neurofisiológica da função sexual, reflexo cutâneo simpático, (Pode ir. Ok.) teste de estimulação repetitiva, tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico (já tem no Rol), tratamento ocular com antiangiogênico para edema molecular (duas vezes), enxerto de membrana amniótica, essa daqui coerência óptica a gente já discutiu, mas esse daqui é pra glaucoma que também foi avaliado pelo CITEC, então isso daqui já tem uma resposta. Plástica de conjuntiva (e não foi pra isso que o CITEC incorporou, ta? Então depois a gente vai discutir com a Oftalmo também.), análise computadorizada do segmento anterior, transplante de limbo corneano, dialdeído malônico, vitamina B1, vitamina E, proteína S, clearance osmolar, ácido beta hidróxido butírico, ácido glioxílico, ácido biliares, anfetaminas. Isso aqui, por exemplo, Wilson, a gente tem um item que é dosagem de antibiótico, etc, etc. Então, é necessário que se detalhe ou não, já que ta lá. Eu não me lembro mais quais eram as classes de medicamento, mas são várias classes, então a gente vai precisar rever nesse sentido. Carnitina total em frações, carnitina livre, cocaína, cotinina, desidrogenase isocítrica, lipoproteína A, procalcitonina, proteína ligadora do retinol, Tálho, vitamina B2, B3, B6, D12, K, eosinófilos- pesquisa nas fezes, identificação de helmintos, exame de fragmentos de fezes, Alfa-2 de antiplasmina, estreptozima, hemoglobina instabilidade à 37 graus, hemoglobina solubilidade, heparina, imunofenotipagem, inibidor do TPA, produtos de degradação da fibrina, tempo de reptilase, lactogênio placentário, leptina, piridinolina, amebíase IgM, anticorpo antisaccharamyces, anticorpo anti-hormônio do crescimento, dosagem, anticorpo anti-influenza A IgG IgM, anticorpo anti-influenza B, antigliadina, antihialuronidase, Brucela, CA 50, Ca 242, complemento C5, equinococose, esporotricose, esporotriquina, Frei, gonococco, hepatite delta, HER-2, hidatitose, histamina, imunocomplexos circulantes. Ito, Kveim, MCA, Montenegro, peptídeo intestinal vasoativo, (Tá acabando. Aí!) poliomelite, proteína amilóide A, proteína C, proteína eosinofílica catiônica, psitacose, schistosomose, teste respiratorio para H, toxoplasmina, Weil Felix, Widal, alcatoponúria, barbituratos, cistinúria, inclusão citomegálica,

cristalização do muco cervical, cromatina sexual, PH-tornassol, protoporfirinas, selênio, tiocianato, apolipoproteína E, hepatite B, parvovírus, proteína S, rubéola, sífilis, estudo por PCR, cariótipo, FISH, dosagem de metabólitos por cromatografia, espectrometria, cintilografia de hemácia marcada, tratamento de tumor neuroendócrino, dacriocintilografia, ultra-som histerossonografia, tridimensional, peça cirúrgica, TC coração pra avaliação de escore de cálcio, TC escanometria digital, TC reconstrução de qualquer órgão ou estrutura, endoscopia virtual, TC de vias urinárias, estudo funcional, espectroscopia, endoscopia virtual, ressonância reconstrução tridimensional, endo-retal, vaginal, enteroscopia do intestino delgado, tonsilectomia, ressecção de nasoangiofibroma, injeção de drogas, turbinoplastia, corpo estranho, ozena, perfuração do septo, rinoseptoplastia, septoplastia funcional, antrostomia, artéria maxilar interna ligadura, etimoidectomia, sinusotomia, radioterapia com modulação da intensidade de feixe (IMRT). Vou parar aqui um pouquinho porque a gente fez uma discussão importante interna sobre IMRT, a gente discutiu com o Ministério da Saúde e essa é uma prioridade da gente de inclusão. Então a gente também queria discutir com vocês, é uma inclusão que a gente acha que precisa ser feita, né? E a gente ta tentando descrever o melhorzinho, até eu acho que todo mundo concorda com isso, não tem uma discordância, é importante e a gente vai tentar descrever isso da melhor forma possível, Tá? Então só pra dizer que isso daqui ta lá no nosso “Top Ten” de prioridade, ta? Análise de expressão gênica por locus, terapia imunobiológica endovenosa a gente já discutiu, esfíncter urinário artificial, mastectomia simples bilateral, (Tem uma continuidade que cortou.) ablação por radiofrequência, detecção de RNA no vírus da influenza. Então aqui tão todos os procedimentos, tem procedimento duplicado, tem procedimento que não pode ser incluído por mais diversos motivos que a gente já falou aqui, eu acho que todo mundo aqui entendeu a lógica do que a gente vai fazer. A gente vai continuar limpando essa tabela, a gente vai continuar reorganizando e conta com a colaboração de todos vocês, principalmente das sociedades que já participaram entenderam um pouquinho de como que vai ser o nosso trabalho e o que vocês puderem contribuir pra ajudar a gente, ta? A nossa próxima reunião então é dia 7 de maio lá em São Paulo pra discussão das Diretrizes e no dia 23 de maio aqui pra fechar tudo isso. Eu vou abrir rapidinho pra quem quiser contribuir. E a gente ainda vai mandar data de uma reunião do grupinho de PAC que ta faltando e uma reunião de Medicação Oral que ta faltando, ok? A gente vai colocar isso no site. No site você sabe onde fica? Fica em transparência lá em cima, grupos técnicos, GT do Rol e aí tem todos esses documentos. As meninas colocam mais ou menos amanhã e eu não vou deixar a Karla ficar alisando os documentos, ta, gente, vai tudo para o site, que a gente tava brincando com ela que as vezes chega o email, aí ela quer ajeitar, deixar bonitinho, separar os documentos pra mandar pra vocês, eu falei: Não

alisa! Recebeu, envia! Não é isso? Então vai começar a chegar tudo sem alisar, ta bom?

P/Artur Cukiert– Martha, é Arthur, neurocirurgia. Eu preciso voltar para a discussão que nós começamos um pouquinho mais cedo, porque, se você for olhar, por exemplo, acho que cinco dos nossos itens ali, você vai ver na verdade que são itens que já existem no Rol, nós só estamos agregando com neuronavegação no final. Faria muito mais sentido simplesmente fazermos uma DUT de neuronavegação e isso automaticamente entraria no que a DUT acabar aprovando após a discussão, né? Isso na verdade não pode ser encarado como procedimento novo, porque a neuronavegação, ela já está no corpo do RN, como técnica. Então, a RN já reconhece que isso existe. Então a minha sugestão, seja para radiofrequência... A radiofrequência é outro problema, mas a neuronavegação é uma DUT, O local pra discutir DUT, inclusive nós já enviamos todo o material com pesquisa de evidência de todas essas coisas. O local pra discutir a DUT, eu acho que é no dia 7. Então eu gostaria que fosse incluída a elaboração de uma DUT de neuronavegação para que a gente possa discutir no dia 7, isso é uma coisa. A outra coisa, os outros dois de nossos procedimentos dizem na verdade referência à radiofrequência. A radiofrequência também está reconhecida pelo próprio corpo da RN, então não é novo. O problema é que nós temos dois procedimentos que é a rizotomia e a denervação, que só podem ser realizados por essa técnica. Não há outra técnica disponível no mercado nem que eu quisesse pra fazer esses procedimentos. Então é só radiofrequência, no entanto, o corpo da RN exige que a extensão por radiofrequência que é reconhecida como técnica esteja depois do procedimento. Na medida que o Rol já tem o procedimento de Rizotomia, de facetas e você não coloca por radiofrequência e essa é a única técnica disponível, você não vai fazer Rizotomia nunca. Então, basicamente a minha preposição é: Vamos discutir uma DUT de neuronavegação no dia 7 também e no que diz respeito à radiofrequência obrigatoriamente isso tem que estar depois das Rizotomias ou isso sair do corpo da RN.

P/Martha – Arthur, assim: A lógica é exatamente a mesma da vídeo. Então, assim, a RN também fala de vídeo e a gente também precisa incluir a vídeo como outro procedimento porque ele usa uma outra tecnologia né, não é só uma outra técnica. Ele usa uma outra tecnologia, então é a mesma coisa da vídeo. A gente vai incluindo uma por uma com essa denominação: radiofrequência, vídeo e neuronavegação. Então o fórum é esse grupo aqui hoje, a gente não vai cair de novo nessa de ficar discutindo procedimento por procedimento, a gente vai receber de você, essas são as suas prioridades, agora a gente vai sentar, levantar bibliografia, ver o que, que a gente tem, principalmente dessas de radiofrequência que você falou pra gente que não existe outra técnica. A gente ta levantando tudo isso, a gente entra em contato,

quando a gente precisa de mais, você já mandou material pra gente, a gente recebe o material de vocês, analisa e trás pra discussão. É esse grupo. Não dá pra gente levar essa discussão enorme pra aquela discussão do dia 7 senão a gente não vai acabar o dia, ta? A gente vai tentando resolver isso da maneira como a gente consegue, dentro desse grupo. Calma, primeiro a gente ta fazendo a análise do procedimento. Uma vez o procedimento sendo elegível e isso estando prestes a entrar, a gente vai entrar com você e construir a DUT, entendeu? Tem um passinho anterior, tinha um monte de gente para falar, você!

P/9 Sebastião – Sebastião, da Sociedade de Urologia. Martha acho que, louvável o aspecto da gente abordar de maneira diferenciada as cirurgias laparoscópicas. Porque indiscutivelmente a curva de aprendizagem dessas cirurgias já provou que elas são melhores pro paciente. Então, eu concordo com essa sua abordagem, eu acho que a cirurgia laparoscópica na ampla maioria, pelo menos na urologia, eu tiraria uma que assim, nós não temos uma evidência grande que é a correção de incontinência urinária por vídeolaparoscopia, que ela realmente não mostrou ser superior as outras técnicas. As outras todas nós temos essa comprovação. Então eu acho que a cirurgia laparoscópica realmente é uma coisa que a ANS faz bem em encarar com olhar diferente, porque ela representa benefícios pro paciente. Esse período que passou já barateou a cirurgia urológica, a cirurgia laparoscópica, ela se tornou muito mais barata e é um avanço técnico que tem uma repercussão social. É muito diferente eu fazer uma nefrectomia à céu aberto e mandar esse paciente em 90 dias pra se “encostar” no SUS. Enquanto se eu fizer uma nefrectomia laparoscópica, em 15 dias ele volta à atividades dele. Então a repercussão social também, eu acho que deve ser considerada também nesses casos. Nós estamos à disposição, a Sociedade... Já entendi o recado, tem dois ou três procedimentos ali que eu já vou passar a faca, né? Porque eles não tem a consistência bem definida na literatura e basicamente essas eram as considerações.

P/Martha – Pra vídeo a gente ta fazendo essa análise do que a gente tem em demanda e do que, que a gente recebe, tudo o que foi pedido, quais são as nossas prioridades. A gente também quer receber a de vocês. A urologia já tinha ido conversar com a gente, de pensado isso, como é que prioriza, como é que não prioriza. E da vídeo, a única pendência que a gente tem é as vezes um questionamento de existência de rede pra dar conta dessa cobertura. E aí a gente também faz um levantamento mínimo assim da existência dessa rede e é dessa maneira que a gente ta analisando as vídeos, já melhorou muito né, mudou muito. Aqui.

P/Alessandra – Oi, Alessandra da Sociedade Brasileira de Endocrinologia, queria esclarecer a dúvida do teste continuo de monitorização da glicose, que é

um procedimento domiciliar, mas tem que ser encarado igual ao M.A.P.A, ta? Porque ele requer uma enfermeira capacitada para orientar o paciente e vai ficar com esse dispositivo por sete dias, mas é um teste diagnóstico. Qual a dúvida assim, cinco por cento domiciliar?

P/Martha – Era exatamente isso, isso. Então, assim: O que, que a gente tem no Rol? Não tem a cobertura de procedimentos domiciliares. O MAPA é como se fosse um exame que você não termina ali naquele lugar, você vai pra casa, ele continua acontecendo, você volta e devolve aquilo e aquele exame é monitorado, né, não é domiciliar. É uma exposição prolongada a um exame, vamos pensar assim. Por isso que a gente precisava dessa descrição um pouquinho melhor sua, assim, como é que se dá, qual é a indicação exata dele, depois você podia mandar isso pra gente pra ajudar?

P/Alessandra – Sim, a gente já mandou já as referências...

P/Martha – Ta,..

P/Alessandra – Mas, é o como o M.A.P.A, porque assim, o paciente não fica só em casa verificando a glicemia.

P/Martha – Ta...

P/Alessandra – Ele sai com cateter continuamente verificando ao longo das 24 horas, então...

P/Martha – Fica sete dias...

P/Alessandra – Geralmente sete dias, aí depois faz a leitura. Ele pode ser iniciado no consultório médico, o médico pode mesmo ajudar a instalar com a enfermeira e não necessariamente ele vai ficar em casa. Ele vai fazer as atividades dele...

P/Martha – E a leitura quem faz é depois no...

P/Alessandra – Depois no consultório...

P/Martha – E ele devolve aquele equipamento.

P/Alessandra – E ele devolve aquele aparelho, mas é implantado um cateter subcutâneo que fica transmitindo essa glicose em tempo real e com o leitor, dando as tendências se vai cair, se vai subir e independente de se ele ta em casa ou não.

P/Marta – Você deixa o seu e-mail com a gente?

P/Alessandra – Ta, pode deixar.

P/Martha – Alguém? Ok? Então, eu acho que cansamos todos. Vamos tomar um cafezinho e a gente já tem os nossos compromissos agendados e a gente vai se falando, ta bom? Obrigada!

