

## 2a. Reunião Grupo Técnico Revisão do Rol

**Manhã - 26 de Março de 2013**

P/Martha – Bom dia, bom dia, aumenta um pouquinho senão no final do dia, obrigada. É, vamos começar na hora porque hoje o dia vai ser pesado, a gente tem muita coisa para discutir, bom dia. Eu vou falar um pouquinho agora, meu nome é Martha pra quem ta vindo aqui pela primeira vez, sou gerente geral lá na agência da área que organiza a revisão do rol. Eu vou falar um pouquinho de como que vai ser o dia, a gente vai dar uma organizada na gente e aí a gente entra no primeiro tema, tá? A gente tem algumas outras apresentações que algumas pessoas me procuraram que gostariam de fazer, outras a gente pediu que fossem feitas e a gente vai vendo isso ao longo do dia tá? Provavelmente vai ser um dia cansativo, então a gente vai ter só a paradinha pro almoço, a gente vai direto nesses dois períodos, se tiver muito exausto assim, todo mundo muito cansado, a gente dar uma parada de cinco minutos e volta, só pra voltar pro lugar, mas eu acho que a gente consegue caminhar tá? Bom, vamos lá. Então o rol, todo mundo já sabe o que é, é uma listagem de procedimentos obrigatórios, a gente tá então revisando a RN262 que é a ultima que fala sobre o rol, que esta aí na pastinha de vocês, a gente colocou três coisinhas dentro da pastinha, uma que é a RN inteira, que é a 262 que altera a 211, a outra que é uma portaria do Ministério, que é a portaria 400 que a gente também vai usar hoje e uma terceira folhinha é a lei 12.738 que é a que fala de bolsa de colostomia. Isso aqui funciona gente? Eu aponto pra onde? É, não esta funcionando mesmo. Tá, então passa, beleza. Isso daqui eu coloquei só pra gente ter depois como arquivo, porque é o site do CONITEC, a gente vai falar um pouquinho sobre ele durante todas as reuniões, então é [saude.gov.br/sctiescti](http://saude.gov.br/sctiescti), que é onde está todo material que é necessário pro CONITEC do Ministério da Saúde, mas isso é só pra vocês terem como arquivo, pode passar. Bom, esse daqui é o nosso cronograma, a gente fez uma reunião no dia 26/02, essa é a segunda, dia 26/03, a próxima vai ser 09/04, depois a gente tem uma outra 30/04 e uma quinta reunião que hoje a gente combina a data, tá? Vamos ver se a gente consegue concentrar isso aí, senão a gente já marca uma sexta. O e-mail, a gente continua com esse e-mail aberto, só pra esse grupo aqui que é o [gt.rol@ans.gov.br](mailto:gt.rol@ans.gov.br), é por lá que a gente está recebendo e trocando com vocês todas as contribuições desse grupo aqui. Aqui na frente tem lugar gente, acho que lá atrás ta meio ruim de ver, se vocês quiserem vir aqui pra frente. É, esse e-mail serve pra esse grupo todo aqui todo se comunicar tá? [gt.rol@ans.gov.br](mailto:gt.rol@ans.gov.br). A gente colocou isso aqui, que é o link da onde está todo material que a gente está conversando, então vocês entram no site da ANS, é [ans.gov.br](http://ans.gov.br), lá em cima na faixa verde escura, vai ter um item que é participação da sociedade, dentro disso tem câmaras e grupos e técnicos e dentro disso tem GT do rol, e aí todo material esta lá, então todas as apresentações, tudo que vocês mandarem vai pra lá também, todo material

que a gente tiver trocando aqui vai pra lá, a degravação, e aí muita gente perguntou sobre a ata. A gente no GT, a gente não gosta de colocar a ata, porque às vezes a ata falta alguma coisa, um disse uma coisa, outro disse outra enfim, é por isso que a gente precisa falar sempre no microfone, a gente coloca a degravação mesmo, então esta tudo lá, tem que se identificar quem estiver falando, pra gente colocar direitinho e às vezes demora um pouquinho pra ir pro ar porque precisa degravar, tá? Então tudo está nesse lugar. Pode passar. Se tiver como arrumar outro negocinho pra trocar, está bom. Então nossa programação, na reunião passada a gente formou o GT e apresentou os problemas e acho que ficou todo mundo bem sensibilizado porque foi uma reunião muito especial assim, ninguém falou, foi tão tranquilo, todo mundo ficou bem calmo então, eu não sei o quanto vocês levaram pra casa pra pensar, eu acho que a gente tentou apresentar o macro, o tamanho do problema que a gente ia discutir agora. Hoje a gente já começa com as coisas específicas, então hoje a gente vai primeiro discutir a lei sobre bolsas de colostomia, depois a gente vai discutir as diretrizes de utilização e depois a gente vai discutir o corpo da resolução. Na próxima reunião a gente vai discutir, a gente vai inverter, a gente vai discutir primeiro o projeto de lei de medicação oral e depois a tabela, o que é a tabela? Nesta tabela estão todas as demandas de vocês de inclusão e exclusão pros dois assuntos, vamos chamar assim, a área medica hospitalar e de procedimentos e a área odontológica, então tudo isso vai ser discutido na próxima reunião. Na quarta reunião a gente consolida tudo que chegou de sugestão do que foi apresentado, das críticas e tal e apresenta e na quinta reunião a gente traz uma proposta mais madura do que a proposta pra ir pra consulta pública, então é esse um pouquinho do trabalho que a gente vai ter. Hoje e na próxima reunião, são reuniões grandes, pesadas, complicadas que a gente vai precisar contar com a ajuda de vocês e aí eu queria fazer um apelo, ontem às seis da tarde, meu e-mail bombou, todas as contribuições chegaram ontem entre seis da tarde e oito da noite e obvio que eu não abri nenhuma, não dava, a gente não ia conseguir colocar nada na apresentação, então todo mundo que mandou ontem nesse horário, a gente vai pedir que fale aqui hoje do que diz respeito, o que for pra semana que vem, porque já chegou coisa pra próxima reunião, o que chegou da próxima ótimo, a gente incorpora já na apresentação, o que é pra hoje a gente vai precisar resgatar aqui hoje porque eu não coloquei tá? Pode passar. Isso daqui eu coloquei porque é sempre bom à gente resgatar que são as principais diretrizes de como vai se dar essa revisão, a gente já discutiu isso na ultima reunião, a importância da avaliação de tecnologia, o link com a CBHPM da existência do procedimento lá, o link com a CONITEC que é a comissão de avaliação do Ministério, a coisa da discussão de procedimentos obsoletos que a gente se comprometeu a fazer essa revisão, enfim, e todas aquelas outras discussões que a gente já teve. Aqui também são diretrizes que a gente começa a discutir avaliação de impacto econômico financeiro de verdade, fazer um pouquinho de discussão de custo efetividade apesar da gente saber das nossas limitações, enfim, pode passar. E

aqui os critérios de priorização. Esses critérios de priorização a gente vai usar na próxima reunião, então quando eu trazer os procedimentos pra vocês, ontem a AMB me encaminhou, esta até aqui, é uma lista com 474 procedimentos, né, que foi a junção de todas as solicitações de todas as sociedades, quando a gente trazer estes mais todos os outros que vocês mandarem, a FENASAÚDE mandou alguma coisa, a ABRAMGE também mandou, quando a gente juntar isso tudo, a gente também vai colocar todas estas listas de priorização do lado, então vão ter coluninhas que vão voltar neste item aqui tá? Pode passar. A gente apresentou este slide na última reunião, ele coloca os principais pontos pra discussão e em azul, é o que a gente vai tentar voltar na discussão hoje tá? Então na próxima reunião a gente vai discutir as demandas anteriores, as demandas da sociedade, as adequações, hoje a gente vai discutir a colostomia, começar a discutir um pouquinho o NAT, isso também vai voltar na próxima reunião, saúde ocupacional, medicação oral pra câncer, a lista do CONITEC, na próxima, o que é lista de CONITEC pra quem não estava? O CONITEC, que é comissão de incorporação do Ministério, se tornou prioridade importante pra gente na hora da incorporação, então a gente voltou em toda lista de avaliação do CONITEC de três anos pra cá e a gente viu o que foi incluído, o que foi excluído, com que diretriz, como é que está hoje a nossa legislação em relação ao que foi aprovado ou não no CONITEC e a gente fez uma lista pra eu trazer pra vocês pra gente analisar. Exames pré-transplante é aquela discussão que a gente teve um pouquinho de como a gente vai fazer uma redação pra isso não dar problema, então isso será feito hoje na hora que a gente discutir RN, todas as discussões de DUT, rol odontológico é na próxima, OPME a gente vai ter que dar uma discutida no final da reunião de hoje e PAC que a gente chegou à conclusão no grupo que a gente fez menor sobre colostomia aqui, é uma avaliação importante que a gente vai ter que se debruçar, então a gente quer fazer isso também até a terceira reunião no máximo. A gente criou subgrupos na última reunião, o primeiro grupo e o quarto grupo já eram pra essa reunião, o primeiro grupo, a gente se reuniu, tem aqui o resultado dessa reunião, tudo que a gente trocou, quais os materiais a gente analisou que foi pra discutir a lei de ostomias. O grupo dois e o grupo três vão precisar ser organizados hoje pra gente produzir alguma coisa pra próxima reunião, eu já recebi alguma coisa de contribuição pra esses grupos, mas eu vou passar aqui quem é que está em cada grupo. E o grupo cinco a gente vai precisar de uma organizada também pra próxima reunião. Pode passar. Bom, quem é que está no grupo um? Esse grupo se reuniu no dia 15 de março e a gente já tem um produto pelo menos pra trazer pra discussão de hoje, então estão nesse grupo: PROCON São Paulo, PROCON Rio, Ministério da Justiça, Fisioterapia, Nutrição e Enfermagem, INCA, Defensoria Pública, FENASAÚDE, a ABRAMGE, APICE e a Promotoria de Justiça. Pode passar. Grupo dois que é a medicação oral pra câncer. Eu tenho escrito e são essas as pessoas que vão receber todo material, se alguém mais quiser se inscrever pra esses grupos a gente precisa

acertar isso hoje até o final da reunião? É FENASAÚDE, Unidas, a ABRAMGE e Pro Teste. Pode passar. Grupo três que é pra tabela de procedimentos e PAC. FENASAÚDE, a ABRAMGE, FBH, Grupo Otimismo e SIMESP. Pode passar. Grupo quatro que é RN e DUT. Esse grupo não se reuniu, a gente trocou material por e-mail, a gente encaminhou previamente pra esse grupo as coisas que a gente já tinha organizado e algumas pessoas deste grupo encaminharam pra gente algumas contribuições? Então nesse grupo está FENASAÚDE, a ABRAMGE, Defensoria Pública e Unidas. Pode passar. Grupo cinco, rol odontológico. A ABRAMGE, Defensoria Pública, São Francisco Odontologia, FENASAÚDE, CFO, a gente já recebeu contribuição do SINOG, depois a gente passa pra vocês, pode passar. A gente tinha discutido algumas apresentações que pudessem ser feitas hoje pra aumentar a contribuição desse grupo, as meninas que ajudaram a gente na reunião do grupo um, do INCA, ficaram de trazer uma apresentação, não sei se elas já chegaram, FENASAÚDE, mais especificamente a AMIL, tem uma apresentação pra fazer sobre uma DUT, a Sociedade de Cardiologia também pediu pra fazer uma apresentação sobre uma DUT, a UNIMED, central nacional, pediu pra fazer uma apresentação sobre saúde ocupacional, então quando for chegando nesses momentos à gente vai chamando as pessoas, pode passar. E agora, a gente vai entrar então no primeiro assunto que é ostomia. O que eu vou mostrar pra vocês? Eu vou mostrar como que está a lei, eu vou mostrar o que a gente discutiu no dia 15 de março, no grupo, quais foram às conclusões que a gente chegou e eu já trouxe aqui uma proposta de redação pra gente começar a discutir tá? E aí o que eu queria pedir, eu vou fazer essa apresentação completa, o que é, o que a gente discutiu e qual é a proposta, quando eu chegar no final dela a gente volta pro primeiro slide e começa a discutir tá? Só pra gente ter a linha de raciocínio completa depois a gente volta pro início pra discutir pode ser? A lei 12.738 eu vou ler o que está no artigo da lei, ela altera o artigo 10 que é o artigo que fala sobre exclusões e ele acrescenta o artigo 10B, que fala o seguinte: cabe as operadoras dos produtos que tratam o inciso 1 e parágrafo 1º do artigo 1º por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada ou mediante reembolso, oferecer bolsas, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia, urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. Essa lei entra em vigor após decorridos 180 dias. Então ela foi publicada no dia 30 de novembro e entra em vigor agora no dia 30 de maio, então a gente precisa publicar alguma coisa que regule essa lei pra entrar em vigor em 30 de maio, o adequado seria que a gente publicasse hoje né? Então a gente está correndo contra o tempo pra poder publicar alguma coisa que regule a lei. A gente formou o grupo por quê? Na ultima reunião, pode passar a próxima, por favor. Na ultima reunião a gente levantou alguns pontos importantes que essa lei deixava vácuos e deixava muitas duvidas e deixava muitos problemas a serem resolvidos, a gente chegou a conclusão de que a redação da lei ela não era nada boa, ela

deixava dúvidas pra todos os cantos, então a gente vai ter que sentar, a Senhora chegou um pouquinho atrasada deixa eu falar, eu vou fazer a apresentação até o fim e depois a gente volta pro primeiro slide tá? Só pra seguir a sequência hoje. Então aqui, por que a gente trouxe, o que é a colostomia, o que é a ostomia, a gente tava discutindo ali dentro da ANS com alguns advogados e depois de uma hora e meia de discussão a gente olhou pra cara deles, eles estavam assim, aí eu falei, vocês sabem o que é colostomia, não. Aí a gente voltou lá no início e a gente mostrou o que era, então a gente achou que era legal a gente passar um pouquinho o que é isso, muito rápido tá? Então ostomia é qualquer boca, ostomia é boca, qualquer boca que seja aberto pra exercer uma outra função que não era anteriormente. Aqui o PN cita, a colostomia, a ileostomia e urostomia, elas podem ser permanentes ou temporárias, pode passar. A colostomia então é a boca do colo, a ileostomia do ílio, a urostomia do sistema urinário e as principais razões pra gente fazer uma urostomia são várias, são essas que estão aqui, pode ser uma anomalia congênita, um trauma, um câncer, uma adenomatose, uma doença inflamatória, tem vários motivos que levam a confecção de uma urostomia ou de uma ostomia qualquer, pode passar. A sonda vesical de demora é uma sonda longa que você coloca no sistema urinário, pode passar. E o coletor de urina eu acho que a gente tem mais facilidade de entender, de visualizar, pode passar. Isso daqui a gente tinha trazido pra discussão na última reunião e foi o que a gente começou a discutir no grupo um no dia 15 de maio, o que a gente tinha identificado como dificuldade de interpretação então vamos lá. Se vocês resgatarem aí na pastinha o projeto de lei que agora é uma lei, ele fala de bolsa de, então ele fala de bolsa de, existem outros materiais e outros, algumas pessoas chamam de equipamento, que precisam ser utilizados junto com a bolsa né? Bolsa é a bolsa. Então a gente identificou vários outros materiais com registro na ANVISA, principalmente alguns que a gente considerou essenciais como, pasta, mão de placa, enfim, a gente vai voltar na discussão e na conclusão que o grupo chegou, mas a gente viu que a bolsa sozinha nada adianta, se você levar a lei ao pé da letra, o que é pra dar? Bolsa. Primeiro a judicialização, certo? Seja pra qual lado for, pra mais ou pra menos. Existem outras ostomias que podem ser feitas que não foram citadas né? Traqueostomia, nefrostomia, enfim, tem várias outras e a lei não cita. A lei fala do fornecimento do material, de um equipamento, ela não fala do acompanhamento, do gerenciamento disso, a gente estudou, o grupo levantou várias situações e hoje esse fornecimento geralmente é feito pelo Sistema Público de Saúde dentro de um programa, o que significa isso? Não é o simples fornecimento de material, tem toda uma educação em saúde, tem toda uma formação do auto cuidado que ela é totalmente diferenciada de só você chegar lá e dar o material, como que vai se dar isso né? A gente tem uma coisa na saúde suplementar que é bem específica, e aí o COFEN estava na reunião com a gente que é o seguinte, a gente não tem consulta de enfermagem na saúde suplementar né? Não é uma cobertura obrigatória, a gente já discutiu

isso varias vezes nesse grupo, a gente tem uma dificuldade grande de encontrar rede pra ser credenciada, para consulta de enfermagem, e a formação de rede é um item essencial lá na nossa priorização, então vai ficar capenga, vai ficar faltando alguma coisa. Lá fala de prazo, limite máximo e qual era a outra coisa? Que eu já esqueci, quantidade, mas não fala de característica e marca, isso a gente também discutiu. Lá não atrela a nenhum tipo de patologia ou material, isso também precisa ser definido, a definição do projeto terapêutico não existe né? E tem uma dificuldade que a gente achou que é o seguinte: a saúde suplementar tem algumas especificidades que são inclusive, de difícil entendimento, então o contrato ele traz algumas características que na hora que foi feita a lei, elas não foram pensadas muito provavelmente, então tem a questão do reembolso que segue regras do reembolso, tem a questão da co-participação que segue regras do contrato, enfim, tem algumas especificidades do contrato que vão precisar ser analisadas pela gente dentro desse contexto tá? Então pode passar. Na reunião de 15 de março daquele grupo lá todo que se candidatou, estavam presentes o PROCON, o Ministério da Justiça, FENASAÚDE, a ABRAMGE, INCA, COFEN e a ANS. Nessa reunião a gente discutiu vários pontos, eu vou passar um pouquinho cada um deles e aí depois a gente vai chegar na configuração de uma proposta. Primeiro a gente discutiu o seguinte: tem que ter um formulário pra indicação com a característica do material, como que isso é feito hoje? Hoje, geralmente isso é feito em duas partes, aí eu to falando dos serviços que existem hoje, que são na sua grande maioria públicos, hoje os médicos prescrevem algum, fala um pouquinho como que foi a indicação da cirurgia, fala um pouquinho de como que ficou a boca, qual é a característica daquele estoma e ele passa geralmente pra uma estomaterapeuta que é um profissional de enfermagem especializada nisso, essa profissional analisa cada caso e indica o material. Na regulamentação da saúde suplementar, na lei 9656 só diz que só é obrigatório o fornecimento de material, medicamentos na saúde suplementar que forem prescritos pelo médico assistente, então diferença número um, a gente vai ter que colocar tudo isso que hoje está em algum lugar dentro desses dois profissionais a cargo de um que é o profissional segundo a lei da saúde suplementar responsável por essa prescrição, que é o médico? Então a gente definiu um pouquinho como que é a indicação e a solicitação por parte do médico. Como que vai se dar essa orientação pra equipe de enfermagem, como que vai se dar essa orientação pro auto cuidado, a gente discutiu, a gente chegou a conclusão que as outras indicações que não estão descritas não tem cobertura, nesse lugar a lei é exaustiva sim, então ficaram sem cobertura traqueostomia, fístula, gastrostomia, enterostomia, nefrostomia e pleurostomia, ok? A gente fez uma discussão jurídica se isso deveria ser regulamentado por resolução normativa ou por instrução normativa, a gente chegou à conclusão que é uma resolução normativa, tem uma discussão ali no item anterior de alguns itens que cabe pra gastrostomia e pra enterostomia, mas aí a gente faz a discussão dentro da discussão da diretriz tá? A gente

discutiu o que eram patologias de uso temporário e de uso permanente, os tipos de ostomia, as definições dos materiais necessários, a gente fez uma discussão muito grande de qual era o papel da operadora na organização da orientação do projeto terapêutico, a gente ficou muito tempo discutindo isso, a lei ela fala de fornecimento, ponto. Então seria abrir uma banquinha e fornecer o material, a gente acha isso péssimo, totalmente inadequado, por quê? Porque a pessoa sairia do lugar aonde hoje ela tem um cuidado gerenciado, integral, que ela tem orientação, que ela tem um monte de coisa e iria pegar esse material sem nenhum tipo de orientação. Como fazer com que as operadoras criem esse tipo de orientação, enfim. A gente fez uma discussão muito grande sobre isso, não vai ter fórmula mágica, mas a gente precisa dar algum tipo de pontapé nisso. A definição de outros materiais acessórios necessários, a gente olhou através do registro da ANVISA, eu vou passar aqui, todos os materiais que tem registros pra serem usados por ostomias, a gente tentou definir quais são os estritamente necessários e ligados, por quê? Porque pra mim esse é o ponto que vai dar mais problema, a gente chegou “à conclusão no grupo, que a gente não acha adequado somente a bolsa? Mas também não dá pra deixar completamente aberto, então esse é um ponto que dá pra judicializar para os dois lados, para mais porque vão ficar coisas de fora e para menos porque na lei esta escrito bolsa, então a gente sabe que vai dar problema, a gente esta aqui nesse grupo para minimizar problemas e chegar no lugar adequado, então essa vai ser a nossa função hoje. A gente estudou bastante a portaria 400 do Ministério, a gente trouxe ela hoje pra discutir, a gente discutiu sobre co-participação e reembolso, foi uma discussão complicada, eu vou passar por ela, a gente discutiu aonde esse procedimento vai se localizar no rol, isso é definidor pra um monte de coisas no contrato, parece uma bobagem, mas isso define milhões de coisas dentro do contrato, então aonde a gente vai alocar esse procedimento, em qual categoria, em qual item do rol, isso define carência, isso define alta complexidade, isso define um monte de coisa, parece uma bobagem, mas não é, enfim, essa discussão de carência e alta complexidade. Pode passar. Então a gente achou como portaria ministerial a 793, a 835 e a 400. Efetivamente que a gente conseguisse usar foi a 400, as outras duas elas falam muito de como se forma o serviço, o que você deve ter no serviço, que é muito mais voltado pra saúde pública. Pode passar. Aqui é o anexo dois da portaria 400 que está dentro da pastinha de vocês, que a gente vai usar muito hoje, então esse anexo fala um pouquinho de alguns materiais, o que tem dentro desse material, isso ajudou muito a gente, por quê? Porque isso define pra cada tipo de bolsa, o que mais você tem que ter ali pra dar conforto ao uso daquela bolsa, então isso ajudou bastante a gente, pode passar. Pode ir passando, depois a gente volta, pode passar, fala das barreiras protetoras, fala do pó pode passar, pode passar. Aqui foi um trabalho que a gente fez de pegar tudo que tinha registro na ANVISA pra ostomia e aí disso junto com as pessoas que estavam presentes no grupo, a gente tentou definir o que era estritamente necessário ao uso, a gente fez essa garimpada, a gente

colocou na proposta, então o que a gente estudou, por exemplo, a bolsa é o que tá na lei, o quanto ela é necessária, a estoma quepe, parece que a maior parte já incorpora, que já tá na bolsa e o que não tá não é necessário e o conjunto de ligação também não é, então a gente fez um pouco dessa discussão o que é estritamente necessário, o que não é vai estar lá atrás pra gente discutir. Aqui nesse slide também mostra uma coisa importante pra gente que é o seguinte: hoje a gente tem, por exemplo, 74 produtos de ostomia registrados na ANVISA de 10 empresas distribuidoras, 15 tem rótulo, pode passar. Quando a gente fala de bolsa de colostomia, a gente tem 42 produtos registrados de 24 empresas distribuidoras, pode passar, mas quando a gente já fala de bolsa pra ileostomia já cai pra quatro, então a gente vai ter também algum nível de discussão também nesse sentido de como vai ser feito essa distribuição, pode passar, pode passar. A gente fez uma proposta que é uma proposta de resolução normativa com protocolo acoplado, a gente chegou a conclusão que isso não é uma DUT, não é uma diretriz, é um protocolo, por quê? Porque ele vai dizer como que se dá o fluxo de fornecimento daquela bolsa, então o que tem que está no pedido, o que o outro vai levar, quais são os materiais para aquela patologia, enfim, isso vai muito além do detalhamento muito diferente do que é uma diretriz de utilização. A gente tem que publicar no máximo, no máximo até a primeira semana de maio, se for antes muito melhor, se for na primeira semana de maio, todo mundo vai ter um mês pra se adaptar, então é um tempo muito curto, então quanto antes a gente conseguir fazer isso, melhor, a entrada em vigor é no dia 30 de maio, a nossa proposta é isso, a gente não conseguiu discutir no grupo menor, a nossa proposta é que a consulta pública ela aconteça junto com a consulta pública do rol, aí vocês vão falar, depois de publicado? É. A gente não tem tempo hábil pra fazer consulta pública antes de publicar esse negocio pra entrar em vigor em 30 de maio, a não ser que a gente saia com uma redação hoje daqui e coloque consulta pública amanhã. Como isso tudo vai entrar na discussão do rol que vai pra consulta pública em maio ou junho, a gente teria uma chance de recolocar isso em consulta pública e analisar depois, nada impede que isso seja colocado em consulta pública junto, a outra saída é a gente sair com tudo pronto daqui hoje e a gente colocar em consulta pública amanhã, até o final dessa discussão a gente vai ter que tomar essa decisão. E como eu já falei tem muita chance disso judicializar, pode passar. Então isso daqui gente, não está em forma jurídica de artigo, nada disso, a gente tentou escrever as coisas que a gente discutiu do que eu aponte lá no começo tá? Então seria uma resolução que dispõe de bolsa de colostomia, ileostomia, e urostomia, sonda vesical e coletor de urina, ela dispõe sobre isso por causa da inclusão da lei 12.738, é parte integrante o anexo 1 que trata o protocolo de utilização, ficou horrível a sigla, se alguém tiver alguma idéia, por favor, pode passar, pode passar. No protocolo vou constar os dados necessários pra solicitação, os materiais necessários pra uso das bolsas e conforme indicações de uso e conforme o anexo dois da portaria do Ministério. As regras de reembolso e co-participação seguirão as



regras já previstas no contrato em vigor. O que significa isso? O contrato que prevê reembolso, prevê reembolso, o contrato que não prevê reembolso, não prevê reembolso, esse é o material que está sendo incluído no rol e no contrato já em vigor, então vai seguir as cláusulas do contrato em vigor, então não tem reembolso pra quem não tem cláusula de reembolso, só pra ficar claro. Uma outra coisa que apareceu foi o seguinte: a limitação de valor ela é diferente da cláusula de valor no contrato, o que significa isso? Todo contrato com reembolso trabalha com determinada tabela, então nessa tabela vai ter um valor para isso, isso significa que está limitando o valor? Não, significa que está se trabalhando com a tabela do reembolso em vigor. O que significa isso pra gente? Que esse é mais um dos quatro mil procedimentos que se tem no rol, ele não tem uma regra só pra ele, ele tem uma regra que segue o contrato, então é isso que significa tá? Co-participação, co-participação é um pouquinho mais complicado, para os contratos que prevêem co-participação vai entrar regra da co-participação já prevista nos contratos, aí vocês vão me perguntar, como? Porque existem varias regras de co-participação no contrato, por exemplo, eu posso ter co-participação de 10% pro determinado exame, eu posso ter co-participação de 20% num outro, eu posso ter ausência de co-participação pra uma determinada coisa enfim, cada contrato tem uma regra de co-participação, esse procedimento vai seguir a regra da co-participação aonde esse procedimento estiver alocado, olha como isso é difícil, então se a gente colocar esse procedimento dentro do item, vou chutar, consultas ambulatoriais, ele vai entrar como co-participação igual a todo aquele capítulo consultas ambulatoriais, se a gente colocar esse procedimento dentro do item, exames de ressonância magnética, a co-participação dele vai ser igual a co-participação dos exames de ressonância magnética, deu pra entender, então vai depender de como ficar classificado esse procedimento, por isso é importante a gente voltar lá aonde esse procedimento vai se encaixar e por isso é importante a gente entender que cada contrato tem a sua regra de co-participação, quem já tem, já tem, quem não tem, não tem. Pode passar. Aí vem a DUT, DUT. A gente fez vários nomes gente, todos são horríveis, então é um protocolo, a gente tem que pensar um nome pro protocolo. Pra solicitação de fornecimento das bolsas de colostomia, ileostomia, urostomia, sonda vesical e coletor de urina, é necessário a indicação e solicitação médica onde conste: a doença de base que levou a confecção do estoma, o tipo de cirurgia realizada, a permanência do estoma, se temporário ou definitivo ou indeterminado, o tipo da ostomia, alta, terminal, duas bocas ou outras, localização do estoma, ílio, colo, ascendente, transverso, descendente, sigmóideo, urostomia ou outros, a data da realização do procedimento, quadro clínico atual e a definição dos equipamentos necessários conforme a portaria 400. O que é isso? Isso aqui é uma junção de papéis que a gente achou, então a gente foi procurando, geralmente nas secretarias estaduais de saúde, a gente achou um documento também da associação dos ostomizados, que era um documento grande, que era uma proposta eu acho, pra ir pro Ministério da Saúde, então a gente

conversou com as meninas do INCA, então a gente foi tentando juntar o que é necessário e o que hoje é praticado em termos de solicitação, foi isso que a gente achou no geral tá? O que significa equipamento necessário? A gente viu que a maior parte das pessoas que lidam com isso não chamam de materiais, chamam de equipamentos necessários, então cada um daqueles materiais é um equipamento necessário àquele material completo, então a gente resolveu usar a mesma nomenclatura tá? Pode passar. Cabe a operadora a definição da marca, a distribuição dos materiais e a organização da orientação para o uso e para o auto cuidado. De acordo com as características da ostomia será definido a melhor bolsa para cada caso, exemplo, bolsa complexa para estoma retraído, bolsa fechada pra colostomia de colo sigmoideo, esse é um trabalho pendente, lembra, a gente falou no grupo que a gente ia voltar pra cada tipo de bolsa e identificar todo mundo que pudesse ser usuário daquele tipo de bolsa, então esse trabalho a gente identificou esses dois, falta muito, muito mais coisas. Para garantir o uso efetivo e adequado das bolsas é necessário o uso dos seguintes materiais: clamp, placa, barreira protetora de acordo com a portaria 6, a gente viu que o filtro e o cinto, o filtro, se eu entendi direito, ele é necessário nas bolsas que não vem com esse filtro, então a gente precisa escrever isso e o cinto ele é necessário em algumas bolsas, a gente também precisa escrever isso, e a gente identificou no grupo que a gente precisava identificar algumas situações que a gente chamou de especiais, que a gente vai ter que fazer uma ressalva pra elas, a primeira que a gente identificou foram casos de diarreia, enfim, os casos que a gente ia precisar fazer algum tipo de ressalva, pode passar. Duas. Carência. Dependendo de como a gente classificar esse procedimento, ele vai ter um tipo de carência diferente, dependendo de como a gente classificar esse procedimento se para a alta complexidade ou não, ele vai ter ou não cobertura parcial temporária, dependendo de como a gente classificar esse procedimento em ambulatorial ou hospitalar, acabaram de chegar as nossas salvadoras ó, em ambulatorial ou hospitalar ele vai ter toda uma classificação diferente dentro da tabela. Rede, distribuição, nem sempre a lei não fala absolutamente nada de como vai se dar essa distribuição, ela fala que vai ter uma distribuição, a logística disso, ela é muito diferente de operadora pra operadora, isso não está regulado, só pra ficar claro. Prazo é diferente de frequência de troca, isso também a gente chegou a uma discussão importante, então a lei proíbe três coisa, limitação de quantidade, que a gente acha que quantidade é dizer o seguinte: eu só te dou 10, não dou 100, não é isso. Prazo, o prazo pra gente é o seguinte, você não pode dizer que só vai dar por um ano, você vai dar por quanto tempo aquela pessoa precise, é diferente da frequência de troca, que essa frequência de troca vai ta na nossa, protocolo de utilização e valor máximo é diferente de valor de referencia pra reembolso que são aquelas regras de reembolso que a gente já falou antes. Pode passar. A gente aqui começa o próximo assunto, que eu acho que é só de tarde, que é DUT, então a gente vai voltar lá pro primeiro slide, não é o primeiro, primeiro não, você volta uns 10 mais ou menos, é eu

vou escrever, pode voltar. Mais. Pode voltar. Aí, aí, pode andar um pouquinho pra frente, vai mais, mais um pouquinho, aí. Então eu vou voltar pra esse slide e a gente vai abrindo e a gente vai trocando o slide conforme for necessário tá? Quem quer se inscrever? Só por favor, fala seu nome e a instituição tá? As meninas chegaram ali agora, a gente abre 10 minutinhos e depois as meninas apresentam.

P/Dona Cândida – Bom, deixa eu me apresentar, Cândida Carvalheira, Presidente da Associação Brasileira de Ostomizados, sou uma pessoa ostomizada desde 1980, fiz uma ileostomia por causa de uma retocolitecerativa inespecífica num momento do país que não tinha nem bolsa coletora, nem Sistema Único de Saúde fornecendo nada e nem enfermeiro estomaterapeuta e nem médico proctologista entendendo tudo desse universo. Nós fomos fundar a Associação em 1985 em cinco Estados, Rio de Janeiro foi vanguarda, porque foi daqui que surgiu a ideia de criar uma nacional e a partir daí a gente foi lutando pra tornar visível a essas pessoas incluí-las nas políticas públicas e uma das nossas ações, porque eu não aceito alguém fazer o julgamento porque a lei é ruim, porque foi em 2002 que a gente pensou, porque no exterior são planos de seguros de saúde que concedem a bolsa aos estomizados, na França, na Itália, na Inglaterra, na Austrália, e onde eu tive essa honra de conhecer tudo isso, a gente apresentou o projeto, nem pensamos que isso fosse andar, nem fomos nós que enfiamos a sonda e nós também defendemos só as nossas categorias porque não tinha vivência quem era traqueostomia, que é a canaleta, então as canaletas é o INCA que tem que fornecer e as vezes é por ordem judicial, mas ninguém se incluiu na Associação então não tem, a gastrostomia era um bóton eu não tenho o dia a dia pra defender, da bolsa eu tenho muita segurança pra defender, então apresentou em 2002, o projeto andou, aí muita gente me acusou que eu tava acabando com o SUS por causa dessa lei, então até parei, nisso andou, foi pro Senado, o Senado alguém lá enfiou as sondas e andou e foi terminativo e voltou pro congresso e ganhou na noite em que a gente perdeu os royalties lá do Estado do rio de Janeiro, do espírito Santo, São Paulo, ele ganhou nessa noite. Bom, agora não é uma lei ruim, é uma lei que vai ajudar vários estomizados porque são vários que são operados na rede privada entendeu, e as vezes nem o hospital privado tem os equipamentos corretos para o seu segurado operado e depois tiram o intestino da gente, tiram a bexiga e vamos viver como, tem que viver com essa bolsa, eu só posso estar aqui porque tenho a bolsa presa no meu corpo, então é uma luta a bolsa, lógico que na época não tinha no nosso país nem a pasta, nem o pó, nada, então ninguém mexeu depois, então não é por isso que é ruim e muita gente também não usa porque graças a Deus a minha pelezinha mesmo depois de 33 anos ela gruda porque minha bolsa é importada, porque as nacionais não grudam nada, entenderam, nada que o empresário consegue copiar ele não faz direito, então ela gruda e não precisa de pó, nem de pasta, agora lógico se tiver uma alergia, alguma coisa, pode ser que precise, mas aí a

gente recorre a maneira que a gente possa precisar pra reconstruir a pele, então e essa coisa de ter obrigação pra todo mundo não é, tanto que a portaria 400 pra mim, é a minha Bíblia no país porque até aquela menina lá do Ministério da Saúde com essa horrorosa dessa 793, quase que ia revogar a nossa e agente foi ao Ministro, a residente e ela não revogou por quê? Imagina que no Rio de Janeiro você acha que vai criar rede de cuidado pra cuidar de três deficiências juntas, pelo amor de Deus, eu milito isso há 35 anos, como que você vai juntar ostomizado, deficiência auditiva, visual, tudo numa rede de cuidado, mas vocês dizem, isso é propaganda eleitoral, então eles dizem que vai dar certo então nós temos que correr atrás pra não ter muito prejuízo e a mesma coisa eu quero que vocês, vocês desculpem, eu fiquei nervosa, eu não quero, quero uma aguinha porque falar que a lei é ruim, eu fico irada, você ta entendendo, ou a gente avança, todo mundo é contra a globalização, não pode ser mais e aí não pode ter, porque eu não posso ter as minhas bolsas cedidas pelo meu seguro? Eu tenho que pegar todo mês na prefeitura, quer dizer eu pago uma nota preta, porque já tem 65, então está caríssimo a minha linha lá e aí todo mês eu tenho que pegar a minha cota lá na prefeitura e brigar com a enfermeira que ela fica, ah o prefeito diminui o dinheiro, não tem as 10, você tem que levar 6, eu falei, parece que eu faço cocô só seis vezes por mês, ora. Não é assim, então eu acho que a gente tem que fazer uma regulação, um regulamento mais próximo da realidade, porque gente não é todo mundo que tem seguro e plano na minha área, no país inteiro, a maior parte dos estomizados são abrangidos pelo Sistema Único de Saúde que eu vou continuar defendendo e brigando, no inicio quando ela falou o médico, o médico nem sabe o que é bolsa, o médico que me operou foi maravilhoso, é um professor, me salvou porque eu tinha 8 meses de vida e ele disse, você se arrisca comigo, eu falei, eu não acredito mais em médico nenhum, o Senhor esta tão animado e eu já vou morrer mesmo então vou morrer lá com Senhor, porque o Senhor parece ser uma pessoa assim, interessada pra ter novidade e to viva, to viva, então a gente, o médico não sabe, eu que ensinei a ele depois, Doutor, depois quando ele operava, me mandava passagem pra conversar com os pacientes pra ensinar a botar bolsa depois é que surgiram as estomaterapeutas, porque antes elas achavam que eu ia tirar os empregos delas e elas viram que eu não tirei o emprego de enfermeira e estomaterapeuta, apesar que até hoje as vezes boto um,a bolsa muito melhor que uma enfermeira, por quê? Porque vivo com ela presa, então eu acho que não é médico, médico não sabe nada pra indicar, as vezes a pessoas que sabe, ela que chega e diz, eu acho que isso que tem no ouvido, olha eu sou assim, é mesmo, eu preciso da bolsa desse jeito, então acho que a gente tem que regulamentar o mais fácil para as operadoras, eu pensei que fossem elas que iam ficar contra a gente, agora é a ANS que ta criando fantasma, eles todos falam, não Dona Cândida, a gente tá adorando, a lei existe vamos comprar, o meu medo é só comprar uma marca, ou comprar chinesa que entrou aqui e a gente tirou ela daqui aqui do Rio, porque é uma porcaria,

porque a ANVISA qualquer coisa que chega lá minha filha eles registram, eles não sabem se é boa, se é ruim, eles registram, não é? Sim registra, aí a gente fica se digladiando na lei de licitação 866 que é uma desgraça também que não vê o que é qualidade da bolsa e aí a gente fica brigando com secretário, bolsa de R\$1,00 pra bolsa de R\$3,00 que são as estrangeiras pra gente viver melhor, porque é o custo benefício que eu aprendi com o próprio governo, o que adianta comprar uma bolsa de R\$1,00, você vai ter que usar quantas por dia, aí você compra uma estrangeira de 5, R\$6,00 que a licitação da prefeitura foi agora uma bolsa dinamarquesa por R\$6,00 e a tabela do Celsus paga 9, aí eu perguntei, onde é que tá meus outros três? Não, está lá ajudando outras deficiências, então acho que é isso que agente tem que ter o cuidado, se é reembolso, é reembolso, agora se é, tem que ter acesso a todas as marcas, agora se as meninas que estudarem que a SOBEST surgiu em 91, bem depois de mim, eu que fiquei gritando que era enfermeira de estomaterapia, porque se eu quisesse ser enfermeira, tantos anos de ilha, 33, já tinha me formado enfermeira, de proctologista, intestino de todo mundo, já tinha sido, mas não quis, quis continuar defendendo o nosso grupo, então a gente precisa muito delas porque elas ajudam muito, tem muitas que tem clínica, porque que os seguros não reconhecem essas clínicas, e no SUS minha filha, não tá essa maravilha que você fala não, de ter enfermeira, ter médico, não tem nada disso no país inteiro, porque eu vou em tudo quanto é lugar, aqui no Rio mesmo o nosso Governador, ele bota as caixas lá no fundo da secretaria estadual e é uma pessoa bem informada, isso é de onde, Caxias? Ah, não tem bolsa porque arrasou Caxias, então toma, da bolsa é assim e pensa que o Ministério Público foi lá prender o secretário? Não, não prendeu o secretário até hoje, ele tá lá andando em tudo quanto é lugar, ele foi até na posse do Presidente que ele fugiu de mim quando ele me viu que eu corri atrás de mim, ele fugiu, saiu lá pelos fundos que eu fiquei de olho nele, pra falar, falei com o Ministro, o Ministro também diz assim pra mim: olha, já falei com ele, quer dizer ele não tem autoridade, nem o Ministro ele obedece, imagina eu né? Então, eu vou terminar. Eu prometo, eu falo um pouco assim, vocês ficam me conhecendo e depois eu fico na minha, mas eu não quero ouvir ninguém contra a saúde, isso eu não vou admitir no nosso país, mas não vou mesmo e nem vou deixar ninguém me acusar que essa lei vai prejudicar o SUS que é o medo dos estomizados que tem plano, porque todos pegam suas bolsas no SUS e aí estão com medo, com medo do SUS dizer, agora você tem plano, ah vai lá pegar no seu plano, e não é isso que a gente quer, nós queremos uma coisa tranquila, justa, porque eu acho que é justa e fazer com que a portaria 400, esta tudo ali, ou é bolsa plana, ou é bolsa convexa, são vários itens, é só a gente dominar, a lei já tá sendo boa porque eu to vendo tanta autoridade que ano sabia nada que era colostomia e todo mundo agora por causa da lei teve que estudar o que é colostomia, porque eu to há anos lutando pra ter um personagem, na novela, na rede Globo, me prometem não aparece, todo tiro que aparece eu penso, é agora que vai aparecer a colostomia né? Nem que o

cara voltasse a ser, ou então quando aparece como foi da Universal, naquele Amor Custa Caro, vocês viram esse filme? Eu fiquei na porta do cinema pra ninguém entrar, porque mostrou a colostomia com um homem miserável, ruim de pedra, era o personagem mais terrível, além de todas as doenças que o homem tinha, ele tinha colostomia, então a gente luta muito pra conseguir tornar visível no país, lá nos Estados Unidos, todos que são dão palestras, aparecem na televisão, aqui no Rio, que é de nível melhor, porque tem um monte que eles disseram se você falar meu nome, eu te boto na justiça, tem um monte de gente famosa e ninguém abre a boca, eu queria a notificação compulsória da isostomia, os médicos, não eu vou operar um famoso e ele não quer, o único que tinha que ter vivido mais e que me ajudou a sair com essa portaria 400, foi José Alencar, o vice-presidente que ficou ostomizado, mandei cartinha no dia seguinte e três dias depois já estava em Brasília falando com ele e trocando ideia de bolsa, aí que ele entendeu, porque a pele dele também só deu com bolsa importada, não deu com bolsa nacional e ele falou, o que você ta precisando? Aí eu falei da nossa portaria, aí obrigou o Temporão que tava lá me enrolando, me enrolando e assinou lá no Senado no dia 16 que é o dia nacional do ostomizado, pela lei que é de 2007, então esse depoimento que eu acho que a gente vai trabalhar pra procurar não desesperar os seguros nem as operadoras, porque alguns ficam até se escondendo com medo de perder seus seguros e a gente usar todos os critérios que esta na portaria 400. Muito obrigado e desculpem eu massacrar vocês na manhã de 26 de março de 2013, mas essa era a historia da lei que eu acho maravilhosa, já pensou chegar na UNIMED, vim buscar minha cota de bolsa e não na prefeitura, me rasgando lá, brigando todo dia com esse Eduardo Paes, ele diminui cada vez, ele corta, corta, corta, então eu acho que é uma coisa que vai ajudar o país inteiro tá? Obrigada.

P/Martha – Dona Cândida, só pra Senhora ficar mais tranquila, a gente não é contra a lei, a gente só falou que esta mal escrito pra segurar algumas coisas que a gente precise.

P/Dona Cândida – Tem alguma lei que é escrito?

P/Martha – Pois é, por isso que a gente ta aqui ó, a gente ta aqui pra consertar (risos) a gente ta aqui pra consertar, então o nosso trabalho hoje...

P/Dona Cândida – É que eu não fui chamada no dia 15, mas hoje eu estou aqui.

P/Martha – Isso, aí o nosso trabalho hoje é fazer o seguinte, a gente vai fazer uma norma com todos os detalhamentos do que precisa pra melhorar o que esta escrito na lei entendeu, esse é o nosso trabalho hoje. E a gente vai ter muito trabalho até o final do dia.

P/Dona Cândida – Não vai falar mais mal, tira aquele negocio de...

P/Martha – Ta bom, ta bom, vou botar assim, só esta escrito de uma maneira que não garante tudo. Ta bom assim?

P/Dona Cândida – Não, tem que tirar...

P/Martha – Ta bom, eu tiro a frase antes de botar no site. Então vamos lá, tem mais duas pessoas que eu gostaria que falasse, a Néia, a nossa amiga lá do INCA que chegou e ninguém se inscreveu, ou tá ruim ou tá bom demais, Márcia.

P/Márcia – Bom dia, eu vi que na primeira reunião nós tivemos a representação da Penha que é uma enfermeira estomaterapeuta do INCA, temos outra colega aqui, a Vânia que é enfermeira estomaterapeuta, eu estou aqui representando a, agradeço o convite pelo todo esforço que a Penha fez que a Associação Brasileira de Estomaterapia, que é a congregação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde pra atender pacientes com estomas, fistulas digestivas, incontinência urinaria e feridas agudas e feridas crônicas que vocês de convenio conhecem tão bem que estão tendo muito contato com essas novas tecnologias de feridas, então hoje vocês vão ter contato com as novas tecnologias para cuidar da pessoa com ostomia tá? A SOBEST junto com a ABRADE, estivemos desde 2004 trabalhando para que essa portaria saísse onde a Martha, posso chamá-la de Martha, sou mais velha que você. A Martha fez que ela leu essa portaria que está no site da ABRADE com está no site da SOBEST, infelizmente ou felizmente, eu não sei, o nosso vice-presidente, José de Alencar, ficou ostomizado assim como Mario Covas e isso deu um boom na sociedade em mostrar o que é uma ostomia, eu só queria fazer uma pequena reflexão com todos vocês, Martha com você também. Todo mundo faz cocô, desculpe algumas palavras que eu vou usar, isso é parte fisiológica do nosso organismo como respirar que a gente não percebe, como comer quando a gente tem fome, como evacuar e como urinar, vocês, alguém de vocês já se imaginou, porque todo mundo olha o cocô que faz, vocês já se imaginaram as fezes saindo do seu abdômen, desculpe olhar pro Senhor, o Senhor já imaginou isso, o Senhor nunca imaginou? Alguém já se imaginou eliminando fezes ou urina pela barriga gostaria que fosse o exercício de vocês hoje a noite ou na hora que vocês tem o reflexo gástrico cólico que a gente acaba eliminando, que a gente tem o controle, que vocês olhassem e imaginassem isso saindo da barriga de vocês, só isso que eu peço. Então existe hoje no Brasil, desde 1990 o curso pra formação de enfermeiras estomaterapeutas, são 17 cursos espalhados pelo Brasil inteiro, e quando você retrata dentro dessa portaria que nós vamos fazer a legislação sacramentar a respeito disso sobre o relatório médico, ele é importante porque o relatório médico vai nos dar a característica da cirurgia feita por esse paciente e mediante a cirurgia temos complementações nas atividades não só da bolsa de colostomia como do processo de irrigação e o uso de complementares, equipamentos complementares ou equipamentos adjuvantes, não são acessórios, eles não

são o acessório que eu uso no meu colar que eu posso tirar a hora que eu quero, ele é um adjuvante, eu preciso de um cinto pra complementar a assistência, equipamento adjuvante e equipamento coletor, eu preciso de equipamento coletor que são as bolsas coletoras de urina e coletores de fezes, infelizmente por tristeza que não puseram fistulas digestivas porque fistulas digestivas também saem fezes do abdômen e abdômen que vocês nem imaginam a proporção da complexidade que é que nós enfermeiras estomaterapeutas, temos um curso, 17 cursos, que eu quero dizer que além, de fazer parte da sociedade há alguns anos eu sou coordenadora do curso de estomaterapia da UNICAMP, de Campinas, então nós temos profissionais, nós temos mais de 800 profissionais enfermeiros estomaterapeutas que são os profissionais capacitados pra orientar o auto cuidado e gerar custo benefício pelo quantitativo necessário aquele paciente com ostomia, não é lúdico? A portaria 400, ela saiu muito rapidamente, mas ela foi de um processo desde 2004 que teve que se juntar e ser rapidamente por causa do José de Alencar, que Deus o tenha, ele deixou alguma coisa boa pra isso, a historia dele é muito bonita, mas mediante portaria do SUS a 2848, além da indicação do equipamento pelo médico, que pode ser feito pelo médico, desde que te traga custo benefício ao paciente e ao plano de saúde, eu esqueço que eu não estou no SUS, eu estou no plano de saúde tá, mas eu sou uma defensora do SUS também, o custo benefício com enfermeiro capacitado a olhar as necessidades clinicas, psicológicas e biofísica do paciente, são os indicativos pro equipamento, do ciclo vital, do bebezinho que nasce que já tem o anus em imperfurado que precisa de bolsa de colostomia aquele Senhor que hoje com uma determinada idade que nós sabemos que nós vamos viver mais e que nós na proporção de 5 pessoas, 3 vão ter uma doença crônica degenerativa que é o câncer. Então o enfermeiro estomaterapeuta, por favor, é o profissional mais capacitado pra fazer a indicação clínica correta em quantitativo, tirando as exceções de que acontecem as diarréias, nós também temos as nossas né, se sairmos todos pra uma feijoada agora, hoje a noite com certeza teremos uma diarréia, se hoje sairmos daqui tomarmos um copo de garapa com uma intensidade muito rápida nós vamos ter uma diarréia osmótica e garapa é uma delícia geladinha. Então gente, eu gostaria muito que vocês repensassem isso, repensassem que o enfermeiro estomaterapeuta é um enfermeiro especialista capacitado pra atender a pessoa com instrumento e eu vou estar representando a nossa sociedade aqui com esteio. Estou a disposição junto com Vânia, junto com a Penha que é do INCA, a disposição pra qualquer esclarecimento. Tem enfermeiras que tem clinicas? Tem. Podemos fazer convênios? Podemos. Nós vamos pensar em todas as hipóteses possíveis pra que o convênio que seja beneficiado e o usuário deste convenio seja beneficiado, nós todos aqui temos um convênio, um convênio único que chama SUS, mas o SUS não dá conta da demanda, então existe os convênios que começaram a surgir, os convênios particulares, eu gostaria muito de usar o SUS, só o SUS, porque o SUS contempla profissionais de alta qualidade, são



todos concursados, tirando algumas exceções que eu não vou entrar nesse mérito, são profissionais altamente qualificados, e hoje você sabe que o SUS ele tem o custo benefício em qualquer atividade e eu espero que vocês tenham essa compreensão. Muito obrigada e eu estou a disposição.

P/Martha – É, eu queria voltar nessa discussão que você falou do médico, do estomaterapeuta, é uma discussão que a gente tem aqui com a Marlene há um tempão com todo mundo que participa do grupo há um tempo. Por isso que eu to falando das especificidades da lei 9656 que é a que regulamenta os planos de saúde. Na lei, tem um artigo que eu já esqueci o número, que eu acho que é o 12 que fala o seguinte: que só é obrigatório na saúde suplementar o que for prescrito pelo médico e aí é uma discussão enorme que a gente tem com todos os conselhos eles se auto regulam, a gente de jeito nenhum a gente regula nada relacionado a profissão do fisioterapeuta, dos psicólogos, enfim, mas pra que tenha cobertura na saúde suplementar é necessário a prescrição do médico, isso é o que está na lei, então esse como qualquer outro procedimento que venha a estar no rol ele é um procedimento que precisa da prescrição do médico por conta da lei 9656 e aí a gente fez uma discussão no seguinte: a gente já viu que em todos os serviços, até pra melhor adequar pra saber, a gente concorda com vocês, o Marcio vai falar agora, o médico não tem essa característica, não tem essa especificidade de ficar olhando bolsa mesmo, a gente sabe disso, mas pra cumprir a regulamentação, a gente precisa da indicação do médico, o que a gente ficou discutindo na reunião menor, foi o seguinte, como as operadoras vão se organizar porque aí a gente acredita sim porque a operadora precisa de um profissional de enfermagem, melhor ainda se for estomaterapeuta, se todas conseguirem, pra poder melhor adequar aquilo para aquele paciente, só que, isso, então assim, a indicação e a prescrição vai vir do médico, mas a gente acha que eles vão sentir a necessidade de na hora de entregar e de melhor indicar e melhor fazer orientação pro auto cuidado desse outro profissional, o que a gente discutiu é que assim, é que hoje esse outro profissional não é um profissional obrigatório, então se alguma operadora decidir que ela vai fazer tudo via proctologista, ela tem direito, por quê? Por conta da tal lei 9656 que é a que regulamenta os planos de saúde, então quando eu falei que a gente vai precisar pegar esse projeto de lei junto, pegar essa lei, junto com o nosso desejo e adequar ela com o que a gente tem hoje de lei de regulamentação, é isso, tentar adequar o que seria o esperado, o desejado pra realidade do que a gente tem hoje, é um exercício que a gente faz aqui há um tempo já, então como que a gente pode desenhar isso sabendo dessa característica, aí eu vou passar pro Marcio, aí eu queria pedir pra gente ir voltando aqui pra redação, senão a gente vai sair daqui sem, você leva lá atrás pra ele por favor, senão a gente vai sair daqui hoje sem a tal da redação da regulamentação.

P/Marcio – Bom dia, Marcio Chagas, Conselho Federal de Medicina. Então eu queria só nas propostas que foram apresentadas. Me preocupou uma questão

de que as operadoras vão ser as responsáveis pela compra desse material, e com o depoimento da Presidente da Associação me preocupou mais ainda, porque se não pensar na qualidade desse material, a Senhora disse, eu não sabia que já esta, já tem bolsa chinesa aqui no Rio, então eu acho que isso é um item que cabe as operadoras se pronunciarem, definição da marca e distribuição dos materiais, eu acho que isso esta muito solto, na minha opinião, eu acho que tem que ter um acompanhamento mais cuidadoso com que está se comprando né, e a outra questão é a tal da carência, nós não entendemos como carência, eu tenho plano de saúde há 10 anos, eu faço uma colostomia e vou ter carência, eu preciso da bolsa e a lei é clara nisso, a lei é clara, então esses cuidados, eu acho que a gente, porque depois vai tudo pro judiciário e no judiciário o usuário ganha tudo, inclusive aquelas que foram proibidas, eu acho que vão ganhar também, aquelas que não foram contempladas, e no nosso entendimento isso tem que ser, vamos olhar só um lado formal, tem que olhar o lado prático e a experiência que a Senhora tem né, nessa luta que vem travando, eu acho que a Senhora tem que ser muito ouvida, inclusive, as operadoras também né, ouvir essas experiências porque é uma coisa nova pras operadoras também e não questionamos a questão dos enfermeiros também não, eu acho que vocês tem que participar e se tiver que credenciar, credenciar e sabe, tem coisas que a agência pode fazer independente da lei, a agência pode muito, pode muito...

P/Martha – Oh, está gravando, está gravando gente, oh Marlene esta gravado, você viu, esta gravadíssimo.

P/Marcio - ...porque o resultado disso aí, eu acho a lei sensacional, é a qualidade de vida do paciente, e aí se vai ter curso se vai ser mais caro, não interessa, o que interessa é a qualidade de vida do paciente né, porque essa lei foi feita pra isso, e queria pedir que a gente incluísse o CFM nesse grupo três tá, de procedimentos, obrigado.

P/Martha – Três, tá. Vamos lá. Marca é um item que a gente estava aqui pra discutir mesmo, carência Marcio, é um pouquinho diferente, a lei entra em vigor, inclusive para os contratos que já estão em vigor, o que esta em vigor não existe carência. Quando a gente fala de carência é pros contratos que vão ser assinados a partir da vigência dessa lei, então vamos imaginar que a lei vai entrar em vigor no dia 30 de maio, no dia 10 de junho eu vou comprar um contrato, esse procedimento é um procedimento igualzinho aos quatro mil que estão lá, então ele vai ter a mesma carência dos outros quatro mil, que cada contrato tem uma carência diferenciada pra cada um desses quatro mil, é isso que é a carência que a gente ta falando entendeu? Não é pra quem já tem plano hoje, não é isso, pra quem já tem plano hoje, isso já ta garantido não é isso é pra quem vai comprar o plano amanhã e aí a gente fez uma discussão importante sobre isso né, sobre a entrada do paciente no plano enfim, aonde que a gente vai alocar isso, qual é o tipo de carência, dependendo de onde a

gente coloque isso no rol, lembra que o rol é todo dividido, aonde ele entrar ele vai ter uma carência diferente, não aquilo ali é só pra obstetria (risos) Vamos lá, vou voltar então aqui, gravando, Ana Paula, foi.

P/Ana Paula – Desculpa. Meu nome é Ana Paula, eu sou médica, sou proctologista por coincidência e tenho pacientes estomizados há pelo menos 15 anos, eu sou da rede filantrópica. A rede filantrópica ela acaba tendo um setor específico dentro da Santa Casa, uma das maiores do Brasil, Porto Alegre tem, Santa Casa de São Paulo tem, Santa Casa de Santos tem também com enfermeiras especializadas em estomaterapia. A arte de enfermagem é a arte de cuidar, a arte do médico é a arte de diagnosticar e tratar, um indivíduo ostomizado necessita de um profissional de enfermagem e ponto, o médico não é habilitado pra esse tipo de acompanhamento, o que eu acho que a gente tem que discutir, Martha, é a forma como nós vamos tentar regulamentar uma coisa que a lei não prevê, que é a remuneração de um serviço assim como ela não prevê a remuneração de outros profissionais, a indicação vamos dizer assim, não a remuneração então acho que existe aí, essa questão a gente tem que colocar na resolução né, como que nós vamos fazer pra regulamentar o vínculo comercial entre a operadora porque o médico infelizmente ou felizmente ele tem uma função diferente do profissional de enfermagem e quem cuida de ostomia com qualidade se é isso que nós queremos, levar aos estomizados, é o pessoal especializado nisso, o médico teria que passar por um treinamento, mesmo eu proctologista né, deveria passar por um treinamento pra poder fazer o que elas fazem. Não teria qualidade.

P/Martha – Ana, eu concordo totalmente com você, eu só queria dar uma resgatada numa coisa, eu vou parecer chata, mas eu acho que é minha função, a gente está aqui regulamentando uma lei que fala simplesmente duas palavras: fornecimento de bolsa. Olha aonde a gente está indo, a gente está indo em orientação pro cuidado, acrescentar outros materiais, a gente está fazendo um combinado, dentro desta sala que tem 60 pessoas, aqui dentro tem UNIMED, FENASAÚDE, ABRAMGE, UNIDAS e Filantrópica, então está todo mundo aqui dentro, a gente tá fazendo um combinado, nada garante que ao apagar das luzes e fechar daquela porta, isso tudo vai por água abaixo, porque o que está escrito na lei é fornecimento de bolsa, por que eu estou fazendo isso? Porque a gente está tentando chegar num melhor lugar, mas eu estou nesse lugar que eu estou a sete anos e cada vez que sai um rol eu respondo a 40, 50 processos judiciais, então só pra gente pensar o tamanho, a segurança e a garantia do que a gente vai fazer tá? Então vamos ter isso sempre na cabeça porque assim, a vontade que a gente teve quando a gente pegou isso era sair escrevendo um plano de cuidado pro paciente ostomizado, mas quando a gente voltou na redação, a redação é isso, fornecimento de bolsa, a gente não pode perder isso da cabeça, eu concordo com você, eu concordo, concordo, eu concordo, por isso que estou falando, aqui dentro está UNIDAS,

FENASAÚDE, UNIMED, estamos fazendo o combinado, o que sair dessa sala esta combinado certo, está gravado. Então vamos, vamos voltar pro um? Claro.

P/Tiago Frida Matos – Bom dia a todos, meu nome é Tiago Frida Matos, eu sou do Instituto Oncoguia, eu sou diretor jurídico. Eu tenho só algumas dúvidas que são gerais, eu gostaria que você me respondesse antes da gente entrar nos detalhes, em primeiro lugar, isso é uma dúvida, vai haver ressarcimento ao SUS desse tipo de procedimento?

P/Martha – Não. Hoje o ressarcimento do SUS ele é em cima da internação, está sendo planejado outra alternativa, no dia que isso acontecer, isso é via PAC, pode ser que isso aconteça, mas hoje não, hoje é internação.

P/Tiago Frida Matos – É, eu entendo Martha e assim, em várias oportunidades eu já disse, pra você pra Karla em quanto inúmeras atividades e iniciativas da ANS, me agradam, agradam não só a mim, mas a todo corpo delitivo da instituição, os pacientes que nos acompanham, agora eu tenho sentido assim, um pouco na contramão, porque o que acontece em outros países em que só se fala em saúde, sistema, girando em torno do paciente, você entrar no paciente, as vezes eu sinto a ANS trabalhando pouco sem trava nas preocupações jurídicas né, sou advogado, até contra a ciência falar isso, mas a gente, entendo o seu temor, de analisar item por item, semanticamente o que diz cada palavra, enfim, mas da mesma forma a gente tem correntes que hoje estão ganhando uma força, uma força até consistente, talvez até majoritária de analisar sistemicamente, esse é o tipo de lei que se a gente olhar sistemicamente ela tem o sentido, o legislador tem algum sentido aqui e não me parece que foi restringido e assim, até considerando que há outras ostomias que são bastantes importantes que não foram contemplados nessa lei, será que não seria uma oportunidade né, e aí eu não sei qual que é o posicionamento da assessoria jurídica da ANS nesse sentido, mas será que não seria uma oportunidade da ANS discutir a incorporação ou a cobertura pra outras ostomias, já que eu não vejo na lei nada que impeça vocês tratarem esse tipo de problema e uma outra situação, você disse que haverá situações especiais aqui, vocês pretendem definir alguns, talvez alguns itens a mais ou a menos, será...

P/Martha – É, eu pedi equipamento adjuvante, aprendi.

P/Tiago Frida Matos – Equipamento adjuvante, esses adjuvantes são calcanhar de Aquiles né, mas enfim, será que não haveria algum modo de, eu sinto que as vezes por mais que hajam boa vontade, nem todos os casos serão considerados, será que não haveria se criar, ou se pensar, eu sei que é complexo, mas, começar discutir talvez dentro da ANS, vinculado na ANS, algum tipo de junta, a cobertura quando a operadora questiona, enfim, uma declaração de saúde e daí passa por um processo na ANS que aí se analisa se o paciente omitiu ou não omitiu alguma informação, não sei, há algo nesse

sentido que houvesse uma espécie de junta médica, que pudesse se analisar caso a caso, sei que é complexo, mas eu não vejo como isso ser feito de uma forma que você consiga personalizar a situação de cada paciente, porque cada situação é uma e pode ter situações de que realmente a bolsa, talvez estrangeira seja a única indicada, então queria saber se há alguma forma, se isso já foi pensado, se isso tem sido pensado, se é possível a gente tentar discutir, aprofundar, talvez não agora, mas mais pra frente e aí aproveitar um pouco esse movimento pra aprimorar não só esse cenário, mas o cenário da saúde suplementar da saúde de uma maneira geral. Obrigado.

P/Martha – Vamos lá, assim, a gente sempre joga muito limpo aqui Tiago, eu sempre vou te dizer nua e cruamente o que a gente já estudou e o que a gente não estudou, então primeiro, marca, a gente pode discutir aqui, eu acho melhor a gente já sair daqui com uma definição de como vai ser essa história da marca do que tentar jogar pro grupo, enfim, a gente discute aqui e tenta pensar numa saída pra esse. Já existe uma saída mais ou menos dentro do rol, a gente pode pensar em adaptar ela pra cá, a gente chega no item 2 e discute. Existe um mecanismo pra qualquer questionamento que você tenha, esquece a marca, pra qualquer outro questionamento de indicação de necessidade e tal, que é o que a gente chama de terceiro médico, que você tem o seu, a operadora tem um outro médico que contra-argumenta aquilo, então teria um terceiro de comum acordo entre as duas partes pra tentar resolver isso, isso já existe, isso já é uma entidade prevista. Outras ostomias, o que a gente estudou com o jurídico, óbvio, isso ainda vai ser analisado, feito um documento tudo isso, mas o que a gente estudou a priori é o seguinte: a gente teria argumentos técnicos e jurídicos pra considerar outros equipamentos adjuvantes porque você tem uma tese onde você consegue dizer que aquilo ali é necessário para aquele uso, bom, já você considerar outras ostomias, aí a análise jurídica de que aquilo é exaustivo, então está citado ali quais são as ostomias, então esse é o nosso parecer que a gente tem hoje e em cima disso que a gente está trabalhando tá?

P/Martha – Com canoazinha, você entendeu a diferença? A gente também fez essa discussão assim, em teoria, a pleurostomia também é uma coisa super temporária que você, então assim, em teoria acho que tem mais durabilidade ou mais necessidade de pegar sempre seriam essas, apesar disso, imagina se a traqueostomia não fosse, se você tivesse que trocar cano lá todo mês? Mesmo assim ali seria exaustivo entendeu? Mas pelo menos a gente fica mais tranquilo, que outras pessoas já falaram a mesma coisa que a Dona Cândida falou, que ali estão contempladas as que tem o maior uso tá?

P/Joana Cruz – Oi, bom dia, meu nome é Joana Cruz do IDEC, eu vou falar mais da proposta que vocês apresentaram da normativa. Na questão das ostomias a interpretação da lei que foi posta nessa nova lei, ela deve ser mais favorável pro consumidor pro paciente, então todos aqueles procedimentos

eles devem ser interpretados, não taxativamente, mas sim de forma exemplificativa, nesse entendimento do IDEC porque tem que entender que a vontade do legislador foi inspirado em casos como o da Senhora Cândida, mas não só no caso dela, mas pra todas as pessoas que estão nesta situação e também em caso de plano de saúde, tem que ser levado em conta a hipossuficiência e a vulnerabilidade do consumidor do plano de saúde que são conceitos no código de defesa do consumidor. Então levando em conta esses princípios nossa contribuição pra norma é que a cobertura ela deve ser interpretada exemplificativamente, então incluindo dentre outros, mas só os que foram falados aqui, nefrostomia, pleurostomia, traqueostomia, fístula, gastrostomia, é que eu anotei, mas é só pra falar o que já foi falado aqui, mas não são os únicos, então a fistula digestiva também, porque o objetivo é desafogar o SUS pra que não só, tem que ser isso, pra que não só o consumidor de plano de saúde consiga o acesso a saúde mesmo, a assistência saúde, o cara do SUS também, então quanto mais o plano cobrir, mais vai contribuir pro modelo de saúde do país, então fora isso a pasta, o pó, só pra dizer o que já foi escrito aqui né, e pra fazer força pra isso realmente entrar na normativa. Então a prescrição, a questão da marca tem que ser o que foi prescrito pelo médico pro caso daquele consumidor, escolher uma marca vai dar margem a desrespeitar a saúde integral do consumidor, porque tem que ser o caso dele, porque eu não acredito que seja certo limitar a marca pra uma determinada, como foi colocado também pra quem usa essas bolsas, e a questão de ser um procedimento de alta complexidade, a gente está no momento de revisão do rol e não existem né, como foi colocado critérios e muitos objetivos pra se ter uma alta complexidade, se fosse seria a cobertura parcial temporária de dois anos, isso vai prolongar a vigência da norma, da lei, então isso também, eu acredito que não possa prevalecer e os equipamentos adjuvantes que deve ser coberta, aquele principio né, da integralidade da saúde e da cobertura exemplificativa só.

P/Martha – Joana, eu vou passar pra ele depois, ah, a Fátima, deixa eu só falar duas coisinhas pra gente ir começando a ir ajeitando os ponteiros. O CPT ele não prolonga a vigência da norma, olha a diferença: a norma entra em vigor, todo mundo que já é ostomizado passa a ter direito no dia 30 de maio, a Dona Cândida vai poder ir lá na UNIMED no dia 1º de junho, ponto. (risos) A discussão que a gente ta tendo do CPT é o seguinte: em eu comprando um plano de saúde no dia 02 de junho, o que acontece, qual é a minha carência? Eu já sou ostomizada, Dona Cândida vai comprar um plano no dia 02 de junho, qual é a minha carência? A minha carência é, depende do procedimento que eu estou lá alocada, ela pode ser 0 até 180 dias, essa é a carência prevista em lei, qualquer procedimento que você coloque no rol ele tem até 180 dias de carência, ponto, carência. Outra coisa é se esse procedimento estiver marcado como PAC, se você tiver a necessidade desse procedimento antes de entrar no plano de saúde, você já é um ostomizado e você já entra no plano de saúde, se

esse procedimento estiver marcado como PAC, eu só vou poder pegar a bolsa daqui a dois anos, isso significa o PAC, mas se ele não estiver marcado como PAC isso entra na carência normal, eu não sou ostomizada, eu vou comprar o plano amanhã, tive um trauma, fiz um acidente, precisei colocar uma ostomia, isso é CPT, ou para sempre não importa, isso é CPT? Não, então de jeito nenhum ela prolonga a vigência, só pra gente ajeitar as coisas que a gente está falando aqui não é isso, é pra quem vai comprar um plano depois da vigência da norma, o que a gente está discutindo é qual é a carência e isso é ou não é parcial, aí a gente discute isso depois, a gente vai voltar pra discussão se isso é ou não parcial, só pra ir botando porque são coisas muito complicadas, a gente tem que ir botando na caixinha o que significa cada coisa certinho. Outra coisa, a gente tem critérios pra revisar um rol e a gente se baseia muito hoje e aí sou muito feliz por conta disso, assim, a gente tem critérios muito técnicos, muito bacanas eu acho, de fazer avaliação de tecnologia, isso tudo é muito novo no país, eu acho muito legal a gente trabalhar assim, a gente nunca pensa que a gente tá colocando um procedimento no rol pra desafogar o SUS, nunca vai ser essa a nossa intenção, são sistemas paralelos, na verdade, ao SUS todo mundo tem direito, a saúde suplementar você compra um benefício a mais, você paga por ele e a nossa intenção nunca é desafogar o SUS. É fazer um outro sistema, sistema suplementar que seja bom, adequado, com qualidade, que consiga dar pro paciente tudo que ele precisa, da maneira como a gente acha correta assim, só porque é assim que a gente pensa, pelo menos que eu penso (risos) e outra coisa é o seguinte, a gente tem vários critérios lá, pra revisão do rol, um dos critérios e custo efetividade, isso não entraria na discussão, isso veio pela lei, isso tá incorporado e tal, mas a gente vai levar em consideração sim, isso é importante a gente falar aqui, o impacto total do rol, ele é calculado depois de um ano, vocês sabem disso né, então vou falar pra quem está chegando, cada vez que a gente divulga o rol, um ano depois a gente calcula o impacto econômico financeiro deste rol, por que a gente não calcula antes? Porque tem vários fatores que podem aumentar ou diminuir esse custo, geralmente diminui, então às vezes o teu esperado de frequência ele é muito maior do que realmente aquela frequência vai acontecer ou você faz aquele procedimento e deixa de fazer um outro que tava lá contando no calculo, então a gente calcula um ano depois pra ver o impacto real. O primeiro rol que a gente fez foi em 2008, em 2009 ou 2010, primeiro calculo de impacto foi positivo, deu 1,1%, então naquele ano teve o reajuste normal que foi sei lá, 5, 6 e mais 1,1% e as pessoas tiveram um reajuste de 7 vírgula alguma coisa, no segundo ano de revisão do rol, depois de um ano a gente fez o mesmo cálculo e deu zero de impacto, no terceiro ano a mesma coisa, zero. Todos os anos a gente vai continuar fazendo isso, isso é a metodologia, e o ano que der positivo isso é incorporado ao reajuste, isso também, faz parte da revisão do rol, por que a gente trouxe a discussão da lei 12.738 junto com a discussão do projeto de lei da medicação domiciliar pra câncer junto com a revisão do rol? Porque tudo

aconteceu no mesmo ano, tudo é inclusão do rol e todo esse cálculo atual desse impacto vai ser feito em conjunto, então é sempre importante toda vez que a gente vai discutir qualquer coisa aqui a gente lembrar que depois de uma incorporação no rol isso vai ser levado em consideração, isso é impeditivo? De jeito nenhum. Então a gente vai chegar uma hora que a gente vai discutir sei lá, olhei pra Dona Cândida, olhei pro Tiago, IMRT, vamos discutir IMRT, tem um impacto não tem, ele vai ser discutido? Vai, vamos incorporar? Muito provavelmente, e aí ele vai ser levado depois de um ano nesse cálculo? Vai. Então a gente tem que ter noção disso, porque tudo que a gente...

P/Dona Cândida – Se eu for receber 30 bolsas né, eu to pensando assim, hoje o SUS ligando lá pra enfermeira, as vezes a diretora fala, da mais bolsa pra Cândida pra ela não brigar aqui na porta, eu ganho de 20 a 30 bolsas/mês, assim debaixo de muito sacrifício porque elas me dão porque elas sabem que eu estou viva, mas a maioria ganha 10. Se custa, custou na licitação que o meu tipo é mais caro, é R\$18,00 que foi na licitação cada bolsa, então 30, vamos arredondar 30 como diz a portaria, 30 vezes 18 da quanto? 480, a UNIMED vai me matar, ela já me cobra R\$1.200,00, botar mais R\$400,00.

P/Martha – Não é assim não, deixa eu explicar pra Senhora, não tem o reajuste que a ANS regula? Então uma vez por ano libera aquele índice, vamos dizer que seja 6%, lá no primeiro rol lá atrás, a gente tava muito tempo sem fazer revisão, então a gente incorporou 150 procedimentos, nesse momento depois de um ano, a gente viu que esses 150 procedimentos realmente tiveram um impacto no plano de saúde de 1%, então na hora que liberou o reajuste, invés do reajuste ser de 6%, foi de 7, entendeu? Depois no outro ano teve a revisão de novo, aí tiveram incorporados já não lembro, uns 70 procedimentos, aí o impacto foi zero, esses procedimentos eles não tiveram uma carga tão pesada em cima dos custos daquele ano, então foi zero e foi só o reajuste normal, então assim, a gente tem como prever antes o tamanho disso? Mais ou menos, é o que eu falei pra Senhora, a gente tem como ter uma ideia de que tem muita coisa pesada u pouca coisa pesada, agora esse numero exato a gente só vai saber depois de um ano, por quê? Sabe o que pode acontecer com a bolsa? Varias pessoas amam aquela enfermeira que cuida dela há anos e tal, não querem sair do serviço público, então o que pode acontecer, a gente acha que vem 200 pessoas, e vem só 50, aquele custo que a gente pensava antes ele de verdade não aconteceu, então a gente só pode ver isso depois de um ano, tem outras coisas que são igualmente importantes nesse rol que a gente vai discutir, a medicação oral pra câncer tem um impacto, me cortaram, tem outras coisas que também tem, então só pra gente levar isso em consideração, a Senhora vai ver que nas próximas reuniões a gente vai falar muito mais sobre isso, porque cada procedimento que a gente vai discutir, a gente vai discutir quanto é que ele custa, quanto é que são a frequência de pessoas que usam, o que é esperado para aquilo, a gente vai discutir muito mais do que isso que já é



uma lei publicada, entendeu? Então vamos, oh, tem três pessoas, a Fátima, o Eduardo e o Ricardo.

P/Fátima – Bom dia, eu sou Fátima da ANS, trabalho na mesma agência da Martha e da Karla. Passou um tempinho até eu falar, vou até falar outras coisas, só pra complementar, eu acho assim, que a traqueostomia não entrou, um exemplo, porque trocar câmara interna, pra você que faz é fácil entrar e ir lá, mas trocar o sistema é um risco muito grande pro paciente, eu já vi paciente morrer na troca, então no mínimo é no ambulatório, então por isso que também não está assim pro atendimento domiciliar, é isso não tem problema, isso, aí também na discussão foi falado uma questão da marca, isso é uma questão complicada, eu acho assim, as operadoras elas vão fazer um estudo sobre os pacientes que utilizam bolsa, então esses pacientes, tirando aqueles que vão começar agora do zero, ser customizados ainda, aqueles que usam bolsa tem experiência, já usou tal bolsa, deu alergia, então eu acredito que as pessoas vão ter assim a facilidade de descobrir qual é a melhor bolsa, vai ter um poder de compra melhor, de repente pra negociar, não se assuste que não vai ter R\$480,00 no seu plano não, porque isso com certeza é diluído na carteira inteira entendeu, fica tranquila, não se estressa não, isso, isso...

P/Fátima - ...mas existe uma outra coisa maior também é que nesse mundo, infelizmente ele não é feito de anjos e pessoas de boas intenções, então existe, tem que ter o gerenciamento mais adequado, porque no final das contas que acaba pagando mesmo é a gente que é sócia do plano, o dinheiro vem da onde? Da nossa contribuição mensal né, a operadora ela gerencia esse custo, porque as pessoas acham que como no SUS, o SUS também, o SUS tem uma verba e tal, que ela é diluída, também sai do nosso bolso, pra quem trabalha pra pagar pra todo mundo, até pra quem não trabalha, só que no plano de saúde é diferente, você paga pra distribuir pra todo mundo, então assim, o critério ele tem que ser muito bem discutido mesmo, essa questão de marca, às vezes a gente pode achar que não existe outra marca pra gente e aí de repente ela está ali e nunca foi experimentada, então é um mundo, muito complexo e novo, mas eu acredito que as pessoas que vão...

P/Fátima - ...e na saúde suplementar tem que ter registro na ANVISA senão não tem cobertura.

P/Dona Cândida – A ANVISA é outra coisa.

P/Fátima – Então é mais ou menos só isso que eu ia falar, de repente esqueci alguma coisa.

P/Martha – A gente já colocou. É, Eduardo, é isso? Já está corrigido.

P/Eduardo – Bom dia, meu nome é Eduardo, sou Defensor Público do Estado do Rio de Janeiro, trabalho no núcleo de defesa do consumidor da equipe. Os

planos de saúde já devem me conhecer porque eu tenho muita ação contra plano de saúde, ação individual e ação civil pública. A minha intenção aqui na verdade, é evitar uma maior judicialização dessas demandas, vou levantar aqui um pouco. Eu to aqui numa atitude assim meio pró ativa até pra evitar conflitos, eu to cansado, assim, eu tenho todo dia de mover centenas de ações contra planos de saúde, fazer instruções pra ações civis públicas para pedir o cumprimento da lei, eu gostaria de deixar bem claro aqui uma seguinte colocação: lei é uma coisa, norma é outra. Eu estudei Direito, quem estudou sabe disso, não é um apego exacerbado a letra da lei não. A questão é a seguinte: a norma ela vem da interpretação que a gente extrai do sentido da lei, a gente não está aqui vendo isso e querendo fazer uma interpretação contra a lei não, a lei é analisada em conjunto com as normas afins a ela, código de defesa do consumidor, lei de planos de saúde principalmente, a constituição federal, a proteção ao consumidor ela tem que ser integral, tem que ser ampla, não podemos restringir o efeito desta lei pra excluir os procedimentos que são necessários pra implementar essa questão deste tratamento aqui, entendeu? O consumidor se ele tem direito a isso, vide a máxima, os fins, quem detém os fins detém os meios, ele tem que ter o poder pra conseguir efetivar esse direito dele, se a gente começar a restringir os procedimentos meio pra atingir esse fim, a gente está inviabilizando o direito, e eu não estou querendo fazer aqui, eu estou querendo ser bem honesto com todo mundo, não quero fazer ação civil pública, não quero fazer ação individual pra pedir esse direito que está na lei não, tá certo? Eu to querendo evitar isso, eu to querendo contribuir de uma forma bem honesta, bem tranquila, aqui tem vários atores de defesa do consumidor, sistema nacional de defesa do consumidor...

P/Martha – Eduardo, eu não entendi a sua proposta.

P/Eduardo – A minha proposta é a interpretação da lei, que eu posso contribuir acho que é isso, a gente não pode ficar restringindo os efeitos dela falando que a lei só pode ser interpretada pra isso, ah só falou de fornecer essa bolsa, mas pra eu fornecer essa bolsa, tenho que fornecer os meios pra utilizar ela e tudo mais...

P/Martha – Entendi.

P/Eduardo – A minha intenção é contribuir pra verificar, ter uma interpretação da lei, tem que ser ampla, no que tange a conjugação com o código de defesa do consumidor, com a constituição e com a lei do plano de saúde, entendeu? É basicamente isso que eu to querendo. Obrigado.

P/Martha – Ricardo.

P/Ricardo – Bom dia, meu nome é Ricardo, represento a ABRAMGE, na verdade eu trabalho tanto na parte assistencial e na parte de clínica médica e geriatria, então eu tenho alguns pacientes que estão com ostomias. Trabalho

também em duas grandes operadoras na Bahia, uma com quinhentas mil vidas e outra com cem mil vidas, então assim, eu acho bastante interessante este diálogo que a gente está tendo aqui porque os diversos atores né, deste mesmo cenário que é a prestação de serviço em saúde né, no qual eu concordo com o colega do conselho federal como médico e como ser humano, o paciente deve ser o principal foco e na minha opinião sempre será. Acho que isso é um pensamento bastante já claro e definido tanto na cabeça do gestor do SUS como do gestor da saúde suplementar que trabalha nessa questão, mas eu acho que deve ser com outro habito também, inclusive pra tentar diminuir a judicialização é de que a gente tem que ter em mente que qualquer sistema, seja ele público ou suplementar possui recursos finitos e tendo recursos finitos nós temos que através de reuniões como essas, procurar observar as outras faces, os outros ângulos de cada cenário, então assim, a operadora hoje ela não vai querer, a operadora que faz um estudo de custo efetividade, que faz um estudo de sinistralidade, de análise da carteira, ela não vai querer pagar por uma bolsa ruim, porque ela sabe que vai ter que trocar, que vai complicar o paciente, então assim, hoje as operadoras, elas procuram isso, pelo menos na experiência que a gente tem lá na Bahia, elas procuram dar o melhor que elas podem para o paciente, inclusive até às vezes melhor do que o médico de corpo, justamente por isso, primeiro porque o paciente será beneficiado, como no caso inevitável que vai acontecer e que eu acho plausível, do medicamento oral, hoje pra câncer de rim, você tem medicamento oral que muda a historia da doença, tem a comodidade causalógica e o paciente poder administrar em casa sem ter que ir em bolha de fusão, em clinica de fusão, mas a gente tem que ver também que existem algumas indicações excessivas como na cirurgia de coluna, de material, que existem outros interesses que são conhecidos e que esse tipo de ação deve ser vista através e protegida através de estudos científicos que fundamentam o ato médico e de estudos também de custo efetividade, não é a toa que países desenvolvidos, que fornecem a bolsa, me perdoe, Cândida, tem órgão também de regulação de tecnologia e de saúde, como o NICE na Inglaterra no Reino Unido, então eu acho que a gente está vivendo um momento novo, mas importante no qual o poder judiciário, o Estado, as operadoras, os conselhos de medicina, de fisioterapia e a ANS e as apresentações dos pacientes devem se unir e não se enxergarem como antagônicos pra poder encontrar uma solução e tornar o mercado viável porque eu acredito se continuar da forma como está hoje né, cada um só querendo enxergar sua parte, em muitos casos, as operadoras só querendo diminuir sinistralidade, os médicos só querendo prescrever o que ele quer e as vezes de forma distorcida, to falando isso como médico, o fornecedor só querendo tirar o lucro dele, a ANS vendo a questão jurídica e regulamentatória dela, eu acho que se continuar assim, em pouco tempo nós todos aqui estaremos somente contando com o SUS, e a pergunta é, será que o SUS vai ter condições de acolher a todos nós? Acho que não.

P/Martha – Espera aí, deixa eu só falar uma coisa, Carlos e depois Benicio. Depois que o Carlos e o Benicio falarem não tem ninguém inscrito, eu vou voltar pra redação gente, sabe por que gente? Porque eu não vou escrever isso sozinha, então se vocês não escreverem isso comigo, vai sair publicado do jeito que está, tá bom. A gente tem uma hora e meia Dona Cândida, vamos lá, Carlos.

P/Carlos Chagas – Carlos Chagas, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional do Consumidor, é plágio né. Eu to aprendendo muito, mas eu só queria fixar alguns pontos aqui, eu acho que é importante a gente contextualizar toda essa situação, você tentar ser o mais breve possível. Já são 60 milhões de usuários de planos de saúde no país, já havia alguns artigos publicados inclusive pelo pessoal específico da área das operadoras, que querem chegar, alguns falam 80, 90, 100 milhões, principalmente dessa nova classe média. É interessante a inclusão dessas pessoas nessa nova faixa de consumo, de poder adquirir um plano de saúde, de ter essa expectativa só que eu acho importante a gente cuidar da qualidade no atendimento, um número grande de operadoras é interessante pra poder atender a todo território nacional que é extenso, mas eu acho que as operadoras também tem que ter qualificação, também tem que ter uma preocupação em atender integralmente este usuário, eu me preocupo às vezes quando eu vejo esse surgimento de toda uma classe de consumo sem o devido respaldo econômico financeiro de sustentabilidade destas operadoras, eu acho que é um pouco isso que a gente tá discutindo aqui com essas bolsas, a ANS na minha ótica, ela pode ir muito além do que a lei coloca ali, ela não precisa se restringir ao que está ali na lei, ela pode ir além, ela pode atender integralmente todos que tem algum tipo de necessidade de ostomia sem se preocupar com o respaldo jurídico, ela é o órgão regulador da saúde suplementar, o que nós não queremos na secretaria nacional do consumidor, isso falando de todo sistema de defesa do consumidor, é o cidadão que tem o plano de saúde, mas ele não consegue ser atendido, ele vai ao médico particular, também tem dificuldade de marcar, ele recorre ao SUS, aquele, ele tem tudo e não tem nada, então o SUS está com seus problemas? Tem, os planos de saúde tem suas dificuldades? Tem, e às vezes nem particular ele consegue atendimento, então ele vira os olhos dos três, e tendo plano de saúde, então acho que a ANS pode ir além do que a própria lei tá colocando e dar uma assistência realmente integral, cobrir todas as necessidades dessas pessoas que não estão escolhendo viver dessa forma, elas estão, elas tem uma necessidade, uma vulnerabilidade em razão da sua saúde, então eu só queria colocar esses pontos, vamos garantir um atendimento de qualidade pra essas pessoas, escolher marca, deixar a operadora escolher marca é um pouco complicado, eu acho difícil de falar escolher marca, eu acho a necessidade do paciente que está em primeiro lugar, ninguém escolheu estar dessa forma, e se a lei fala em dois ou três tipos de ostomia a ANS pode ir além, a ANS pode sim como órgão regulador, tratar de todos os tipos de

ostomia que são necessários, deixar um paciente de um tipo de fora porque a lei não mencionou, não, a ANS não precisa só regulamentar a lei, ela pode sim, incluir isso aí, ela pode regulamentar isso sim e atender integralmente este consumidor, este usuário, obrigado.

P/Martha – Benicio e Marlene e aí a gente começa.

P/Martha – Marlene.

P/Marlene – Marlene, COFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Eu queria pagar um link nas três últimas falas, primeiro eu acho que é importante que essa resolução fique bem especificada por conta de uma experiência negativa que nós fisioterapeutas temos em relação as operadoras de saúde que pra nós assim, a fisioterapia ela é elencada, mas eu vou dar um exemplo pra vocês, um paciente que esta na UTI e um paciente que esta no atendimento de fisioterapia, de cada quatro atendimentos por dia, a operadora só libera após o 10, independente se o paciente necessita ou não, independente do médico está solicitado ou não, então acho que falta ser cobrado sim, essa resolução, que fique bem claro, é o que vai levar ao código com você se for solicitado a bolsa e se a bolsa funciona ou não funciona, ninguém vai ver se acordou ou se fez o restante, eu acho que é importante que seja colocado sim todas as adjuvantes juntos.

P/Martha – Vamos lá gente, a gente está tentando botar aqui a resolução pra gente já ir mexendo nela tá? Não dá pra aparecer assim? Então vamos lá, eu vou lendo aqui enquanto ele tá copiando, mais ninguém né? Não, a gente vai botar aqui e aí a gente já vai mexendo, foi, beleza. Então vamos lá, Karlinha, chega pra cá, esse cantinho aqui ó, isso. Vamos lá. Dispõe sobre o fornecimento de bolsas. Então vamos lá, artigo 1º: esta resolução dispõe sobre o fornecimento de bolsas, sonda vesical, coletor de urina com conector de que trata o artigo 10B da 9656 incluído pela lei 12.738 de 30 de novembro de 2012. Artigo 2º: é parte integrante desta resolução o anexo 1 que trata do protocolo de utilização. Pode passar. No protocolo constam os dados necessários para solicitação, os materiais necessários, aí a gente vai trocar material necessário, Karlinha, por equipamento adjuvante, equipamentos coletores e adjuvantes, ó gente, quem não falar agora, coletores e adjuvantes, exatamente Dona Cândida, sem justiça depois, e adjuvantes para o uso das bolsas e indicações de uso, mas não precisa para o uso das bolsas, no protocolo constam os dados necessários para solicitação e para indicação e uso dos equipamentos coletores e adjuvantes, no protocolo constam os dados necessários para solicitação assim como os equipamentos coletores e adjuvantes e suas indicações de uso, tá bom? A bolsa eu aprendi agora, a bolsa é equipamento coletor, depois a gente vai botar um glossário no final, a gente sempre coloca, da uns microfones por aqui gente, porque agora vai ser mais rápida a coisa.

P/Tiago Frida Matos - Você está colocando que os dados já estão necessários, então seria, os dados para solicitação assim como os equipamentos coletores e adjuvantes necessários...

P/Martha - ...para as indicações de uso, ok? No protocolo constam os dados para a solicitação, tira o necessário, assim como os equipamentos coletores e adjuvantes necessários para as indicações de uso, conforme o anexo 2 da portaria SAIS, ok? A dispensação ela vai ser muito diferente, na verdade, agora que a Fátima falou da dispensação de repente a gente tinha que, o que vocês acham, ter algum artigo que vai ter que ser contada pra pessoa como se dará a forma de dispensação. Então tem um parágrafo ali atrás que fala disso a gente volta, guarda aí Ana Paula. No protocolo constam os dados para solicitação assim como os equipamentos coletores e adjuvantes necessários para as indicações de uso, conforme anexo 2 da portaria SAS, ok? Artigo 4º: As regras para reembolso e co-participação seguirão as regras já previstas nos contratos em vigor, ok? Vamos embora, se não falar agora, não vai falar mais...

P/Hermínio – A minha dificuldade nisso aqui é o seguinte, a maioria dos planos que prevê co-participação...

P/Martha – Hermínio, só se identifica.

P/Hermínio – Ah desculpa, Hermínio da FENASAÚDE. Os contratos, a maioria dos contratos que prevêem co-participação não fazem interações onde estão as cirurgias, então a minha preocupação é que a gente tenha esse ponto...

P/Martha – Viu, chegou atrasado...

P/Hermínio – Não, você já tinha falado

P/Martha – Então olha só... (risos)

P/Hermínio – Você tava discutindo aonde colocava no rol?

P/Martha – Isso.

P/Hermínio – Ah...

P/Martha – Então assim, se ele entrar em procedimento ambulatorial, ele vai ter a co-participação daquele grupo de procedimento ambulatorial.

P/Hermínio – Por isso que talvez fosse mais fácil, como a gente ainda não discutiu isso que tivesse algum adendo nesse salvo, ou exceção, alguma coisa...

P/Martha – Não sei Hermínio, sabe por quê? Aqui é uma regra geral, depois ele vai cair numa regra específica dependendo de onde ele fique, vamos discutir isso depois se precisar a gente volta...

P/Hermínio – Tá, mas tem que lembrar disso...

P/Martha – Mas eu acho que a regra geral ela sempre vai valer, eu acho tá? Vamos lá. Acabou?

P/Dona Cândida – Aqui só existe estes dois tipos de seguro, esse de reembolso e de co-participação?

P/Martha – Não, tem vários, tem vários, a maior parte ou você tem co-participação ou você não tem, então se não tem, não tem nada pra pagar, o que é co-participação? É assim, eu tenho 20% de co-participação pra consulta, então a consulta custa R\$50,00, eu tenho que pagar, 20, não R\$10,00 de co-participação, então pra esses contratos que já prevêm co-participação é possível que se cobre a co-participação das bolsas dependendo do nível onde ela tiver alocado na tabela que é o que a gente vai discutir a seguir, tem contrato que não tem co-participação, então a Senhora vai lá faz consulta e exame não tem que pagar nada além da mensalidade, então nesse contrato não pode ter co-participação, então vai seguir exatamente a mesma regra do que já tá no contrato, pras pessoas não ficarem confusas.

P/Benício – Martha!

P/Martha – Eu.

P/Benício – Quarto.

P/Martha – Quarto.

P/Benício – Benício do Conselho Federal de Odonto. Eu só quero lembrar que a co-participação e a franquia estão sendo discutidos agora dentro da revisão do conselho né, então não sei se vale a pena deixar...

P/Martha – O que o grupo tá discutindo são esses valores, o limite, o tempo máximo, o que cabe, o que não cabe, aí por isso eu acho que tem que ser uma regra geral, quem está primeiro, Teófilo? Então vai.

P/Teófilo – No artigo 1º não é melhor você colocar os adjuvantes, incluir os adjuvantes?

P/Martha – É, eu tinha dúvida disso, da mesma maneira que a gente colocou lá no 4º, volta lá Karlinha, no 4º, a gente troca aquilo tudo por equipamentos coletores e adjuvantes? Pode ser.

P/Teófilo – É, fica mais claro né.

P/Martha – Vamos lá, ok, ok, ok, ok, pode ser, porque o artigo 1º repete o caput, ok, advogados em vigor, nós estamos aqui, médicos falando de caput, artigo 1º e ninguém se manifesta, vamos lá. Protocolo, fala. Espera aí Roni, repete aí.

P/Roni – Roni da UNIDAS. Aí no 4º não caberia a franquia?

P/Martha – Então, a franquia ela é uma franquia pra uma internação, como a gente está aqui tratando de um procedimento que vai ser usado em casa, não caberia a franquia sem co-participação. Então, mas a hospitalar, ela hoje ela já está coberta, então esse daqui a gente está regulamentando a outra partezinha, é, porque dentro do valor da franquia você não separa por procedimento, a franquia é um pacote né? Isso, não, mas não pode (risos)

P/Tiago Frida Matos - Martha, eu fico na duvida assim, não seria interessante assim, só aqui negativo ao 4º, podem só passar...

P/Martha – Hã, 4º Karlinha.

P/Tiago Frida Matos - Assim, primeiro se realmente vale constar alguma coisa nesse sentido ou se vale o contrato talvez não precisaria constar nada na resolução ou então também mencionar, porque acredito, não sei, nunca estudei tão a fundo a questão de reembolso e co-participação, mas talvez tenham regras próprias da ANS, talvez até essa aqui que foi discutida então, pra mencionar não só as previstas no contrato, mas em outras normativas específicas talvez nesse sentido...

P/Martha – Não, tudo bem, isso dá pra colocar, mas esses contratos eles respeitam as regras anteriores, então, em cada contrato tem uma regra específica, então a gente cita o último, geralmente a gente escreve assim, eu acho que vale a pena, sabe por que Tiago? No texto da lei, ele fala de reembolso, então a gente precisa dizer aqui assim, pra quem cabe esse reembolso, porque senão fica parecendo que cabe pra todo mundo, não cabe pra quem tem essa regra no seu contrato, a co-participação pode pra todo mundo, não, porque daqui a pouco já tá todo mundo com co-participação, não é isso, a co-participação é só pra quem já tem co-participação prevista, então é só pra dizer o seguinte, não estamos inventando a roda, esse é um procedimento igualzinho aos quatro mil, ele vai caber na regra dos quatro mil, não é só porque ele veio na forma de lei que ele tem um tratamento diferente, não é isso, ele é um procedimento igual aos outros não dá pra inventar um aditivo daqui pra frente, não existe isso, então é pra proteger nesse sentido.

P/Marlene – Pode ser por reembolso a operadora que não tenha no contrato, reembolso ela pode optar?

P/Martha – Não. Aí ele fala as outras formas também, por isso que a gente achou que era importante, não, aí você cai numa outra discussão profunda de você não ter rede e você dá o reembolso integral, mas isso, ok, mas isso é uma alternativa pra regra, isso não é a regra né? Fala.

P/Miyuki – Justamente complementar, é Miyuki da FENASAÚDE, complementar já que reembolso está no item e co-participação faz parte dos



mecanismos de regulação, então as regras pra reembolso e mecanismos de regulação...

P/Martha – Como co-participação...

P/Miyuki – ...porque aí pode ter autorização prévia, que a gente não colocou, mas também faz parte, então...

P/Martha – Ok, ok. Todo mundo entendeu?

P/Manuel Peres – Martha, Manuel Peres da FENASAÚDE. Só ali talvez as condições de reembolso de crivo de regulação, pra não repetir a regra duas vezes...

P/Martha – Tá. As condições para reembolso e, tá bom, as condições para reembolso e formas, tá feio né, mas aí a gente vai ter que achar um adjetivo pra botar ali, as condições para reembolso e ta na de mecanismos de regulação como participação seguirão as regras, isso, essa é a ideia. As condições para reembolso e as condições dos mecanismos de regulação, um exemplo é a co-participação, vão seguir as regras já previstas no contrato em vigor, ok? Vai. Gente, eu prometo que eu ajeito o português, eu juro, tá bom assim, vai. Ninguém falou do nome né, ficou DUT/PUT mesmo, é protocolo, como que a gente vai chamar esse trem? (risos) Então tá, eu vou dormir e sonhar com o nome (risos) Pra solicitação de fornecimento das bolsas, aí a gente pode botar aí ó, pra solicitação de fornecimento, daquele nomezinho que a gente botou no 4º, vê lá Karlinha, que a gente aprendeu agora, dos equipamentos coletores e adjuvantes, mas eu acho que assim, a gente, então a gente deixa bolsas e depois a gente vai falar dos adjuvantes, porque senão vai ficar esquisito a redação, a gente não fala em cima e depois a gente acrescenta o negocio em baixo, então vamos botar assim, isso, tá ótimo, deixa, tá bom Karlinha, deixa assim e depois a gente vê o que a gente faz. É necessário, agora eu queria que vocês olhassem os critérios, a gente vai tentar, eu vou botar no parágrafo 2º onde eu vou botar a definição do que é cada coisa, então, para equipamento coletor chama-se bolsa de colostomia, para equipamento adjuvante chama-se pananapanana e aí a Mary vai me ajudar a fazer isso, fala Manoel.

P/Manoel – Martha, a sugestão é que o primeiro item, o qual ele se atenha inicialmente ao que esta descrito no artigo 10, quer dizer, embora vai ser incluído posteriormente aos materiais adjuvantes, se atenha especificamente ao que esta descrito na lei...

P/Martha – Mas olha só Manoel, a gente não vai precisar da descrição também pros adjuvantes?

P/Manoel – Vai.

P/Martha – Pois é.

P/Manoel – Mas eles entrarão posteriormente, no outro artigo.

P/Martha – Eu acho que aí não tem problema, vamos ler com carinho tá? então vamos ver, o que a gente precisa? A gente precisa pra fornecer os equipamentos que a gente falou, a gente pode até citar, pro fornecimento dos equipamentos citados no artigo blau, é necessária a indicação, solicitação médica, onde conste, aí, você ia falar desculpa.

P/Marlene – Obrigada. Considerando isso tudo que foi posto aqui por todos os membros da Defesa do Consumidor e dos usuários eu acho que tá bom, mas assim, dentre outras, então dentre outras ostomias, senão a gente vai ficar dentro do que só esta na lei...

P/Martha – Eu entendi, a gente, eu vou falar de que principio eu estou partindo e a gente vai botar uma observação tá? O principio jurídico que eu estou partindo desta discussão é primeiro: adjuvante. A gente tá aqui, equipamento adjuvante, estamos aqui pra definir quais são, a gente teve uma idéia com a Penha, ela deu uma iluminada na nossa cabeça, a Nelia tá aqui, a Dona Cândida tá aqui, vamos definir quais são esses adjuvantes necessários aqui hoje nesse grupo tá? Pra outras ostomias a gente tem a pré-definição de que a gente vai deixar as que estão citadas na lei, cabe uma discussão maior nesse grupo? Cabe, mas a nossa consulta anterior ao nosso jurídico e ao nosso entendimento, é que são as que estão citadas na lei, por todos os motivos que a gente já falou aqui, porque essas são as que tem mais necessidade, são as que são mais prevalentes, são as que foram discutidas, estão citadas, se fosse pra ficar amplo seria ostomias, a gente também fez essa discussão, é estomias? Então seriam estomias e não citar três e deixar duas de fora, então a gente vai partir desse principio? Sim. Claro.

P/Dona Cândida - ...ficar preocupada, que é bom que ela existe, é o IDEC né, o IDEC já faz parte, fazia parte com a gente no Conselho Nacional de Saúde, é, fique tranquila por que? Os únicos itens ali que daria mais problema é a traqueostomia e a gastrostomia que usa o bóton e a canaleta né? Agora as redes UNO elas usam muito do nosso equipamento das bolsas, semana passada atendi uma mocinha e justamente com o tipo de bolsa que eu uso, e ela é rede UNO e deu certinho, quer dizer, eles não estão em descoberto das outras coisas quer foi falado das ostomias, as únicas que são diferentes, as fistulas, até aquele negócio, tem um menino na Associação que ele tem problema no pulmão ele usa bolsa, ele ganha bolsa coletora nossa para secreção do pulmão e é a nossa bolsinha, está cadastrado, é uma guerra, é uma briga no SUS, aí eu entro lá, a diretora não se nega a cadastrar ele pra receber a bolsa, mas então, fique tranquila que não vai ficar aí excluído qualquer outra categoria de ostomia, pelo contrário, se fizerem bonitinho como está na portaria 400, que o SUS não faz, que o SUS não faz, a gente vai ter

cobertura maior porque você pode ter bolsa convexa, bolsa pré cortada, bolsa recortável, no mesmo pó dico, entendeu, então a pessoa, o médico e junto com a sua equipe ele pode colocar muito bem em cima da portaria 400, já entra na regulamentação do seguro, ele já vai olhar e aí vai ver que pode, vai atender muita gente de fistula, porque as vezes você tem até uma pessoa com duas, a gente até diz que ele é contemplado, que é uma guerra no SUS também, porque as vezes ele tem uma colostomia e uma urostomia, usa dois tipos de bolsa e as vezes o SUS eu tenho que fazer entender que ele tem que ganhar dos dois tipos e as vezes ele diz, não, tem que ser de um tipo só, cara ele tem dois ostomias diferentes, um lado fica a uro, o outro lado fica a colostomia, então ele tem que ganhar a bolsa correta pra colostomia e a de urostomia que tem a torneirinha pra urina, isso é uma guerra no SUS também, e aí tendo isso ali escrito, ele vai ganhar os dois tipos de bolsa de acordo com as cirurgias dele.

P/Martha – Dona Cândida falando tive uma brilhante idéia (risos). Vamos esperar chegar na portaria 400 que a gente vai ter cada tipo de bolsa, e aí a gente vai pedir ajuda de quem entende pra ver que cada tipo de bolsa daquela para que é usada, e aí a gente vai ter uma idéia melhor do que a gente está discutindo, o que sobra e o que não sobra, entendeu? Lembra que a gente discutiu cada tipo de bolsa, aí a gente vai lá e vê assim, a convexa, a convexa só serve pra esse tipo de estoma, mas a outra serve pra esse, esse e esse, vamos ver se a gente consegue fazer isso, tá? Então vamos lá gente, eu quero que vocês me digam, principalmente vocês que estão acostumados com isso, se os critérios que são necessários pra autorização são esses aqui tá? A gente nunca fez isso, é a primeira vez que a gente entra em algum tipo de regulação que é muito micro, lá na ponta tá? Tem prós e contras, a gente pegou isso de vários lugares que eu falei, a gente foi juntando das secretarias e tal, mas nenhuma norma da agência entra tão no micro como essa. Fala Hermínio.

P/Hermínio – Só pra, se você colocasse naquela forma que você tinha dito, de para solicitação de fornecimento, os equipamentos citados na norma, pra tirar essa toda...

P/Martha – Isso, é eu acho que a gente, remeter os artigos, é os artigos...

P/Hermínio – ...fica mais limpo, é necessário laudo médico, a solicitação já tá na primeira palavra, segunda palavra, necessário laudo médico onde conste, relatório, laudo, a solicitação tá lá em cima...

P/Nelia - Em cima da sua questão, o relatório médico e em cima disso a indicação do equipamento para o paciente...

P/Martha – Então...

P/Nelia - ...e o enfermeiro capacitado e o estomaterapeuta.

P/Martha – Nelia vamos lá, olha só, o que a gente discutiu? Essa é uma dificuldade enorme pra gente escrever, por quê? Porque antes de eu escrever isso, ó, imagina, isso vai entrar em vigor dia 30 de maio, não existe a obrigatoriedade desse profissional na rede da operadora, então há 4 anos atrás, não to ficando velha, 6 anos, 6 anos atrás não existia nenhum outro profissional obrigatório dentro da saúde suplementar que não fosse o médico, aí a 6, 7 anos atrás a gente fez um grupo igual a esse, aí você imagina, a fumaça branca foi muito mais complicada, aí a gente começou a discutir a introdução de outros profissionais que não o médico da área da saúde dentro da saúde suplementar, e aí nesse momento a fisioterapia já tava incorporada de uma maneira esquisita né, porque não existia efetivamente profissionais, mas existiam os procedimentos, então eles faziam, mas não existia o reconhecimento do profissional, aí depois entrou a psicologia, nutrição, enfim, aí a gente foi discutindo como que entraria, tinham protocolos e tal, e a gente fez uma discussão enorme sobre enfermagem, enorme, na época o COFEN acompanhava de perto as reuniões e tal, e o que a gente viu, era muito mais fácil você conseguir credenciar um nutricionista por que? Porque você tem rede de nutricionista, consultórios, porque uma operadora consegue ir lá e credenciar, consultório privado, particular, de nutricionista que vai ser credenciado numa operadora, esse tipo de característica a gente não encontra no enfermeiro, hoje os enfermeiros eles estão dentro de clínicas de algum serviço ou dentro do serviço público, aí a gente fez uma discussão enorme com o COFEN assim: como que você credencia no número razoável os profissionais por parte dos planos, porque pra qualquer procedimento, a gente tem que ter aquele procedimento disponível assim, ele tem que ser credenciado, ele tem que chegar, eu operadora, deveria chegar e conseguir fazer um contrato com você e te credenciar, então, mas o homecare, é que o homecare não é obrigatório, é tudo complicado Dona Cândida, a Senhora vai sair daqui especialista em saúde suplementar, então assim, a gente precisaria primeiro ter esse profissional dentro da saúde suplementar pra depois a gente criar esse tipo de protocolo, então o que a gente fez, Nelia ajuda a gente, a gente tentou jogar dentro desse relatório, tudo que os dois profissionais deveriam fazer, aí como é que a gente acha que deveria fazer, aí como que a gente acha que vai acontecer, é óbvio que tem que ter ajuda do enfermeiro, mas dentro da minha lei específica, eu preciso que isso venha via um médico credenciado, entendeu? Então, aí o que a gente falou, a portaria 400 a gente tá até falando num artigo, volta Karlinha um pouquinho, que a gente, volta um pouquinho, no outro ali ó, conforme o anexo 2, então na verdade a gente não consegue usar a portaria 400 como um todo porque ela fala da formação do núcleo e a gente não tem como brigar formação do núcleo, entendeu? Então a gente vai ter que adaptar um pouquinho a portaria 400. Vamos lá.

P/Alexandre – Alexandre, da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. O que eu entendi lá que aquele PUT, acho que é o item principal...

P/Martha – Já colocou, já colocou...

P/Alexandre - ...em tudo isso que a gente ta discutindo, então, coloca lá um pouquinho faz favor, olha que coloca lá, para solicitação de fornecimento dos equipamentos coletores e adjuvantes, quando a gente coloca, é uma questão semântica, quando a gente coloca entre parênteses depois, a gente remete ao que esta vindo antes, então tem que apagar...

P/Martha – Ok, ok, a gente vai tirar tudo e vai falar do artigo 4°.

P/Alexandre – Isso, então já podia tirar agora. E outra coisa, na hora que o médico faz o relatório, ele pode colocar como item do relatório a necessidade do enfermeiro, então pode constar do relatório médico, ele explica o que ele fez, o porque que precisa e quem deve lidar com isso, então podia colocar ali, o relatório...

P/Martha – Deixa eu te explicar Alexandre, o Manoel quer falar, assim, na verdade a gente, ta desligado Manoel...

P/Manoel – Só pra lembrar que Rio de Janeiro e São Paulo ainda ficam no Brasil, não ficam na Suécia ou em qualquer lugar da Europa, não tem enfermeiro estomaterapeuta no Acre ou em Rondônia ou no Pará ou no Chuí...

P/Alexandre – Ta, mas a gente não pode nivelar por baixo, acho que se precisa...

P/Manoel – Mas a gente não pode dirigir algo que não existe hoje...

P/Alexandre – Acho que existe, existe e a tendência é cada vez ter mais...

P/Martha – Gente vamos lá, sem fumaça preta, o Carlos esta aqui medindo o tom da fumaça, gente, shhh, vamos lá, só um minuto...

P/Alexandre – Não, mas ali não...

P/Martha – Gente, vamos lá, olha só...

P/Alexandre – Mas ali não ta tornando obrigatório...

P/Martha – Gente vamos lá, vamos lá, de novo, eu vou repetir o que eu falei pra Nelia, na verdade, pra eu colocar ali a exigência do profissional de enfermagem, eu tenho que voltar lá no rol que é o que a gente vai discutir a tarde e botar consulta de enfermagem, igualzinho tem consulta de nutricionista, consulta de psicólogo, consulta com o TO né? Pra eu colocar, aí a gente vai discutir qual é a ordem adotada (risos) aí, pra gente colocar consulta com a enfermagem eu vou precisar do diagnostico de rede, que a gente tem trabalhado com o COFEN nisso, assim cada ano a gente tem discutido com eles, essa rede ta começando a se formar, hoje sabe onde existe essa rede? Dentro da rede do médico, então, em vez do médico, ele se credencia e dentro

daquele consultório tem mais de um profissional, hoje ainda é assim, embrionário, então a gente não pode tornar o obrigatório uma coisa que a gente sabe que não vai acontecer, o que a gente acha que vai acontecer? Em vez de você ter vários profissionais que a pessoa vá, a operadora vai acabar contratando uma duas que dê conta daquela demanda e que complemente aquele laudo médico que foi feito por vários médicos, então vão se formar núcleos, igual é na saúde pública, vão se formar núcleos que complementem aquele dado do médico, isso é possível, a gente acha que é provável, mas eu não tenho nem como obrigar que isso aconteça, entende, então assim, a gente colocou um parágrafo que eu já não sei onde foi parar, ah é o próximo, que a gente fala um pouquinho dessa coisa do cuidado, então aonde eu tenho que obrigar que pelo menos essa informação chegue de alguma maneira? Aqui no laudo, então preciso que nesse laudo venha algumas informações que são importantes pro fornecimento da bolsa porque senão vai chegar tudo errado, a bolsa da Dona Cândida entendeu? Então a gente precisa que isso seja detalhado, o que eu preciso de vocês, que vocês olhem ali se os dados que são necessários estão ali, então vamos lá, a doença de base que levou, ai desculpa.

P/Albucacis - Na localização do estoma, ah Albucacis, Confederação Nacional do Comércio, e sou médico tá, localização do estoma, acho que está indevido porque normalmente o estoma esta no abdômen, então ali você vê assim, órgão ostomizado, que é ílio, colo, ascendente, transverso, descendente, sigmódeo e urostomia, quer dizer, qual é o órgão que você ostomizou e não a localização, onde está localizado no abdômen tá? E outra, tirar o ou outros, por que? Porque senão você vai confundir...

P/Martha – Então tira aí Karla, ou outros...

P/Albucacis - ...porque lá, já que a gente está seguindo o que está colocado na lei, a gente tem que deixar claro quais são porque você tem a parte total do tubo digestivo que podem ser ostomizados e a urostomia, aí tem várias formas de ter, então a urostomia abrange todos...

P/Martha – Mas o certo não é a localização do estoma ali?

P/Albucacis – Não porque a localização do estoma está no abdômen, entendeu, você pode botar no quadrante anterior...

P/Martha – Ah nos quadrantes, ah entendi...

P/Albucacis - ...ali vai ser, órgãos ostomizados...

P/Martha – Então bota lá, órgãos ostomizados...

P/Albucacis – Aí tem o problema da urostomia, porque não é um órgão, pode ser um olho né...

P/Martha – Localização do órgão ostomizados...

P/Albucacis – Isso, tá?

P/Marlene – A cirurgia elitiva, por exemplo, a gente marca e vale a pena até, a Dona Cândida sabe disso, onde a pessoa usa o cinto, porque a bolsa não vai poder ficar ali, a ostomia não vai poder ficar sem o cinto né, então eu acho procedente as duas informações, ser da ostomia, qual o seguimento intestinal ou o trato urinário, acho que talvez essa redação ficasse mais completa, eu não precisaria citar, então no relatório médico deve constar a localização na região abdominal e o seguimento intestinal ou do trato urinário...

P/Martha – Devagar, localização da região abdominal ou, Ana Paula, localização da região abdominal e o seguimento do trato digestivo ou urinário, aí pode apagar o resto né, deixa o resto? Tá bom. Claro.

P/Nelia - Eu me identifico novamente, eu sou Nelia, to representando a SODESP, na questão de terminologia de urostomia, pode ser de derivações urinarias. Em vez de ser urostomia são derivações urinarias porque você vai ter todas elas que você vai tá utilizando com equipamento coletor, pode ser?

P/Dona Cândida – Quando o médico for escrever, permanência do estoma ou ostoma é uma briga que eu tenho com eles que as vezes eles não falam a verdade pra gente, aí fica assim, olha daqui a seis meses eu vou te reoperar, você não vai ser mais ostomizada e as vezes o caso dele, não vai reoperar nunca e o cara fica pirado, surta porque ele fica torrando a paciência, querendo religar e algumas, no serviço público a minha dificuldade é de leito pra ele deixar de ser temporário e aí gastar menos bolsas, falei até pro Ministério da Saúde, na hora que eu to dando uma proposta que é pra diminuir o custo, eles não fazem, porque nunca tem leito pro cara reoperar, por exemplo, a turma de baleado, as vezes, tem um lá que eu digo, cara tu tem que reoperar, ah mas o médico nunca ta lá, não tem o aparelho ligado e ele fica usando bolsa já tá assim há 4 anos, quer dizer que uma cirurgia que ele podia ter feito lá e a gente não estaria gastando, brigando pela bolsa dele e aí quando já vai ter essa normatização ainda mais pra rede privada né, já teria que dizer pra pessoa se realmente é temporária, por quanto tempo ou se é definitivo, indeterminado não existe isso não viu, não existe o que eu aprendi nesses 30 anos, ou é ou não é, ou vai ser ostomizado definitivo, que indeterminado, desculpe os médicos, pode ser que eles saibam isso, mas na minha vida eu não sou indeterminada...

P/Martha – Espera aí, vamos chegar no meio termo...

P/Fátima - Embora muitos médicos se achem deuses, nós não somos, então em alguns casos é sim indeterminado, a gente não pode prever as possibilidades das doenças associadas ao paciente...

P/Martha – Eu entendi, e eu acho que assim e é até razoável pra previsibilidade, eu acho que a gente podia assim temporário tanto tempo e definitivo ou indeterminado, não, Penha disse que não, nossa gurua, porque não Penha, conte aí pra gente.

P/Penha – Bom dia a todos, meu nome é Maria da Penha eu sou enfermeira estomaterapeuta do INCA, temporário, falando agora, a gente do Sistema Único a gente tem essa dificuldade de fazer colostomia temporária e fechar, dependendo do local. Na minha vivencia com planos de saúde, é um doente que fica lá, não é Doutora, quando vou tirar e quanto antes tirar ele fica até o plano médico né, então é um paciente que não é deixado muito tempo, se é temporário ele vai ficar e fica mesmo, se é pra ficar seis ele fica tanto no pé do cirurgião, que as vezes com três meses que é o tempo máximo, mas senão tiver, então ele fica cobrando, é um outro tipo de doente, com relação ao indeterminado, como ela já colocou, não falando só no câncer, mas a gente tem hoje diverticulite, é um paciente que fez uma sigmoidectomia que não deu pra fazer uma anastomose e ficou com uma colostomia que é feita de uma forma definitiva, mas que ela é indeterminada, daqui a seis meses o paciente esta bem clinicamente, ele vai lá e vai fechar, só que porém de repente este paciente enfartou, ou ele teve uma outra complicação, então não vai dar clinicamente pra ela fechar essa colostomia, então ele tem que fazer uma anastomose intestinal, porque ele já havia...

P/Martha – Tá, e pode prorrogar. Então tá, então vamos deixar do jeito que está? Tá bom. Então eu vou ler de novo tá gente, vamos lá. Para solicitação do fornecimento dos equipamentos do artigo 4º é necessário relatório médico onde conste a doença de base que levou a confecção do estoma, o tipo de cirurgia realizada, a permanência do estoma, temporário, definitivo ou indeterminado, o tipo da ostomia, ai Karlinha, alça terminal, duas bocas e outras, localização da região abdominal e o segmento do trato digestivo urinário, ílio, colo, ascendente, transverso, descendente, sigmodeo e/ou derivações urinárias, e sei lá, data da realização do procedimento cirúrgico, quadro clinico atual, definição dos equipamentos necessários conforme a portaria 400, na verdade é o anexo 2 da portaria 400, ok? E/ou, e/ou, e sigmodeo e/ou derivações urinárias, e é conforme o anexo 2 da portaria 400, ok? Alexandre e Tiago. Espera aí Alexandre só um pouquinho.

P/Alexandre - ...sistema digestório.

P/Martha – Então vamos lá, beleza, sistema digestório, seguimento, Tiago.

P/Tiago – Tiago do Instituto Oncoguia, eu tava pensando, não é relacionado a redação, mas ao encaminhamento disso, tenho visto muito no SUS acontecer...

P/Martha – Gente, aumenta o microfone dele, por favor.



P/Tiago - ...eu tenho visto muitos pacientes oncológicos no SUS que tem uma série de benefícios, dificuldades em conseguir efetivar os seus direitos em razão de problemas no relatório médico, na confecção do relatório médico, talvez é a primeira vez que a gente tá criando na saúde suplementar alguma coisa desse gênero, não sei, eu confesso que eu não to seguro pra dizer se isso vai ser bom, se essa minha sugestão vai ser boa ou ruim, mas vocês pensaram...

P/Martha – No formato?

P/Tiago - ...formulário do próprio médico...

P/Martha – Sim e não (risos)

P/Tiago - ...porque aí assim não tem erro, ele preencheu aquilo, ninguém vai poder alegar que...

P/Martha - A gente viu um do documento delas, tem tipo uma PAC, eles tem formato de PAC que o ultimo quadrantezinho dele assim, é exatamente isso em forma de marcar X, a gente pode dar uma copiada nisso? Pode, eu acho que a gente pode botar numa forma, ah eu vou te falar, sugestiva, por que eu não posso botar em forma obrigatória Tiago? Porque senão você chega num lugar em vez de você botar uma curva pra direita, você botar uma curva pra esquerda, multa e da uma confusão desgraçada...

P/Tiago – Não, concordo, as vezes o médico não quer fazer naquele formulário, quer fazer em outro...

P/Martha - ...então eu acho que a gente pode botar uma sugestão pra ficar visualmente adequado, pras pessoas entenderem, a gente já tinha olhado o dele, era bem bacaninha...

P/Roberto Velasques – Martha, só uma sugestão, Roberto Velasques da Federação Brasileira de Hospitais, relatório médico onde obrigatoriamente conste, botar uma palavrinha ali antes de conste, já que esse relatório médico muitas vezes por preguiça o Doutor não faz ele completo, então se tiver obrigatoriamente...

P/Martha – Onde obrigatoriamente...

P/Tiago - Conforme o parecer do CFM onde obriga o médico a preencher, isso é coisa recente, inclusive...

P/Martha – Não, mas foi o Doutor Velasques que falou, você não tá entendendo, vamos lá (risos), vamos passar Karlinha. Tem que arrumar uma digitadora melhor (risos) vai lá. Vamos lá. Cabe a operadora a definição da marca, vamos discutir sem ninguém ter fumaça preta aqui né Karla, marca e

distribuição dos materiais e organização da orientação para o uso e para o auto cuidado.

P/Dona Cândida – Já falaram, vamos definir a marca não, eles não podem comprar a marca senão vai comprar chinesa...

P/Martha – Então vamos lá, se ninguém mais vai se inscrever eu vou falar, a gente tem uma regra, discuti isso muito lá dentro da equipe, a lei não fala absolutamente nada sobre marca né, isso é uma coisa que ficou, isso, a gente viu isso no, a gente viu também no registro da ANVISA que não são tantas marcas assim, dentro de uma marca você tem algumas especificidades, a gente já tem uma regra dentro do rol que é o artigo 17? Eu acho que é o 17, que fala sobre essa coisa da marca pra OPME, isso não é uma OPME, mas a gente pode adaptar aquele artigo para isso, o que esse artigo fala? O artigo fala que o médico solicita três marcas e a operadora pode escolher dentre aquelas três a que ele vai negociar pra comprar, isso serve pra OPME e poderia servir para cá também, aqui ó, porque lá ta escrito que é inerente ao ato cirúrgico, na verdade essa daqui você não bota não no ato cirúrgico, mas eu acho que da pra adaptar pra cá sem problema.

P/Marlene - Martha, é um material especial né gente, a gente classificou como material especial. Eu acho assim, que isso vai valer muito pra quem ta começando com ostomia, eu acho que as operadoras, mais ou menos falou, já estão fazendo pesquisa, então é assim (risos), então é assim, na hora que o médico indicar que o beneficiário tal utiliza tal marca, com certeza o médico vai justificar, esse paciente já usou as outras marcas, fez alergia, tanana, então a operadora vai acabar comprando aquela que o beneficiário usa, porque ele já tem uma historia né, então eu acho assim, que dependendo da justificativa que o médico der, eu acho que ele vai acabar fugindo dessa regra viu Martha, as três marcas, porque a gente já viu que as marcas são escassas né?

P/Martha – Então, mas assim eles mesmo falaram que só tem quatro, só vai indicar três e vai sobrar a chinesa.

P/Marlene – Não, mas eu to falando do paciente que já usa X marca e que já se sabe né?

P/Martha – Entendi. Entendi.

(pessoa fala muito baixo)

(risos)

P/Marlene – Dona Cândida, eu concordo com a Martha no seguinte, a colostomia diferente de OPME é dinâmico, então o que a gente tava discutindo até, a questão da OPME ele acaba se tornando muito difícil o vinculo entre operadora, fornecedora e hospital né, justamente que quando você indica três,

você pode indicar como a gente tá falando naquele caso específico um custo menor serviria e tem 30 fornecedores no mercado, a colostomia subentende-se que o paciente será avaliado periodicamente tanto pelo profissional médico quanto pela estomaterapeuta, pelo menos pela estomaterapeuta uma vez por mês e pelo profissional no início de 15 em 15, depois 30 e depois 60 em 60 e duas vezes no ano se for uma definitiva, então esse profissional ele pode a qualquer momento refazer o seu relatório e alterar a solicitação do produto, mediante avaliação do especialista, diferente da OPME que você coloca e você troca em 5 anos e as vezes não troca.

P/Martha – Então olha só...

P/Marlene – Eu to querendo dizer que é diferente da OPME e por isso essa redação é boa no caso da bolsa porque eu posso alterar...

P/Martha – Eu acho que sim, porque tem uma, ok? Então vou voltar pro dois ali. Cabe a operadora a definição da distribuição dos materiais e a organização da orientação para o uso e para o auto cuidado, ela tem que por...

(pessoa fala baixo)

P/Martha – Pode ser, pode ser. Dos equipamentos, não, tá ótima, equipamentos. Manoel.

P/Manoel – Martha, o único cuidado no 2 é a questão das operadoras que não tem rede própria, tem que ficar o máximo de subentendido por meio de rede ou coisa desse tipo porque eu acho que da ali na organização.

P/Martha – Pra não dizer que é dela? Ok, por meio de rede credenciada, referenciada, olha lá, tá bom.

P/Manoel – É verdade.

P/Martha – Ok? Própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou cooperada que a gente nunca bota também. Referenciada ou contratada. Ok? A gente vai repetir aqui então o artigo do rol de marca ok? O artigo lá que a gente fala das três marcas que tá na RN do rol, a gente repete aqui. Eu acho, na verdade a exigência dessa renovação ela não está descrita, então assim, pode ser que seja necessário pra uma operadora que você mande relatório a cada ano, pra outra ela já quer relatório a cada três meses ou o próprio médico vai levar um outro relatório pra um outro fornecimento de uma outra marca, isso é a qualquer tempo. Isso, é a qualquer tempo...

(pessoa fala baixo)

P/Martha – Isso, isso, ok? De acordo com as características da ostomia será definida a melhor bolsa para cada caso, aqui é que eu queria que a gente voltasse lá pro papelzinho que vocês tem na mão, é o anexo 2 da portaria 400,

lá tem cada bolsa e cada material ligado aquela bolsa. Lembra que a gente falou o seguinte, por exemplo, a bolsa convexa, ela serve pra estomas retraídos, a bolsa fechada ela serve pra colo sigmoide, estou falando isso porque eu to repetindo o que eu ouvi né, então a gente vai precisar pra cada bolsa daquela definir a melhor característica que eu acho que aí a gente contempla um pouco a preocupação da Joana, a gente contempla um pouco a nossa preocupação de estar indicando a coisa certa pro paciente certo, eu não sei se a gente dá conta de fazer isso aqui, isso, eu não sei se a gente dá conta de fazer isso aqui hoje, mas a gente precisa fazer isso logo, mesmo que isso fique, Eguiberto levantou a mão, mesmo que isso fique como dever de casa, a gente vai precisar pra cada item do anexo 2 da portaria 400 fazer esse dever três aqui e eu não sei fazer, eu vou precisar da ajuda de vocês, principalmente quem lida mais com isso, vocês, Ana Paula, Penha.

(pessoa fala baixo)

P/Martha – Isso, então a gente vai precisar dar uma, difícil, isso, então assim, o que for possível, o que não for possível é melhor a gente não escrever então, então o que eu acho, pode, então vamos fazer um combinado, a gente vai tentar fazer isso junto com a contribuição de vocês o que é específico o que não é específico, vocês vão ter que me dizer, olhando pra aquelas bolsas, isso só é específico pra isso, ótimo, isso não é específico, então, sabe o que é Dona Cândida, é sempre bom...

P/Dona Cândida – Vai dar mais confusão, porque quando o Ministério da Saúde botou aqui esse artigo, a gente queria até avançar pra fazer isso e ficou confuso por quê? Você não pode comparar o SUS lá no Pará com o SUS do Rio Grande do Sul, então a gente deixou na portaria 400 o descritivo das bolsas e o código porque aí ao fazer uma compra o profissional que está trabalhando ali, ele vai ver o perfil dos ostomizados dele então ele vai pedir se eu tenho muitos ostomas retraídos, então eu vou ter um quantitativo X de bolsa convexa, mas às vezes não é a convexa, a convexa não é só pra o retraído, tipo, eu vou falar bem baixinho se alguém repetir eu nego, as gordinhas que vão ficando gorda, comendo, aí o ostoma ele vai dando dobras e as vezes a bolsa convexa faz uma força pra ela não ter vazamento, porque elas são feitas pro um ostoma bem feito e um abdômen sem gordurinha, então os gordinhos, é tanquinho, aí os gordinhos também sofre porque aí vai ter vazamento, vai vazar dos lados, vai queimar, então a bolsa as vezes, tem convexas que são boas pra isso, aí é uma briga pro SUS entender porque, e o estoma retraído, aí os médicos podem fazer melhor do que eu, tem que corrigir cirurgicamente, porque isso foi na hora da cirurgia que fez com que o negócio entrou ou então veio pra fora, que vocês nem falaram aí do prolapso que é o que mais acontece, que é o prolapso que tem tudo pra fora, e aí só pode melhorar, não existe bolsa pra isso e aí só existe é fazendo nova cirurgia, colocando ele lá

dentro, pra costurar na borda, entendeu, então não sei se a gente ficar dizendo aqui vai...

P/Martha – Eu entendi a preocupação de todo mundo, só que eu acho assim, toda moeda tem dois lados né, ao mesmo tempo que não dizer pode ser bom e não dizer pode ser ruim, porque você sempre vai escolher uma outra que não é a mais adequada naquele caso, então sempre tem dois lados, eu acho que se tem alguma coisa que seja...

P/Dona Cândida – Conheço o proctologista da rede privada...

P/Martha – Então assim se a gente puder pelo menos dar um pouquinho da característica eu acho que a gente dá uma proteção também, mas é uma coisa para discussão pra gente ver o que a gente faz com esse item. Atrás, por favor, pode falar, pode falar Nelia.

P/Nelia – Ele quer falar primeiro?

P/Ricardo - Martha, você ao descer muito ao detalhe, você amarra a sua norma a evolução do material, se o material evolui e a sua norma assim como qualquer outra portaria vier a falar alguma coisa, você tem que fazer uma nova norma, se você fecha muito detalhe em cima da RN, você vai ter que ficar publicando RN a cada mudança do material.

P/Martha – Eu acho que se for o entendimento do grupo, ok, eu só acho que pra depois alguém conseguir uma bolsa convexa vai ser mais complexo.

P/Patrícia – Patrícia do PROCON São Paulo, pode exemplificar e colocar no final conforme evolução do procedimento médico ou da especificidade dos materiais, pode colocar pra não fechar, porque já que tem essa observação que ele colocou.

P/Martha – Ta bom, então gente, menos um trabalho, to achando ótimo, Eguiberto estava inscrito a um tempão, esqueci dele.

P/Eguiberto – Bom, Eguiberto aqui, UNIODONTO, é só com relação ao item 3, talvez mescle com dois, eu não sei se vai ficar simples a redação, a sugestão seria a definir melhor, não, é na PUT, item 2, no item 3 perdão, definida a melhor bolsa, não a questão é a bolsa adequada, melhor...

P/Martha – O 3 acabou de sumir...

P/Eguiberto - Acabou de sumir tudo?

P/Martha – É, não é isso?

P/Eguiberto – Ou só os exemplos? Não, pois é, a bolsa, a bolsa ela não é a melhor, ela é a adequada, que a gente presume o melhor para aquele caso, então é a bolsa adequada...

P/Martha – Terceiro médico vai bombar, é isso?

P/Eguiberto – E como nós falamos ali de cima de colocar aquela regra de marca de oferecer três, então daquelas três vai oferecer as mais adequadas.

P/Martha – Isso, isso, será definido o equipamento mais adequado pra cada caso.

P/Fátima – Martha, Martha, uma sugestão...

P/Martha – Cadê, quem tá, ah.

P/Claudia – Martha, não dá pra gente fazer uma referencia ao anexo e a gente lista cada caso e pra cada caso a bolsa mais adequada?

P/Martha – Então era isso, deixa eu só, Claudia do CONITEC. A gente tava tentando fazer isso Claudia, é a gente pegar o anexo e tentar identificar, o que o povo tá falando é o seguinte: que na verdade é muito fluido isso, e aí ficando aberto todo mundo criou um consenso de que é melhor. Pelo médico assistente.

P/Dona Cândida - Eu acho que a gente podia deixar assim em linhas gerais, porque os profissionais da área eles vão saber indicar, vão saber qual é a melhor necessidade do paciente, mas eu acho que não fecha também, aproveitando que o grupo está entrando pra historia da saúde suplementar, de repente a gente juntar o povo todo que sabe e entende do assunto e escrever um manual com linhas gerais, acontecendo...

P/Martha – De orientação...

P/Dona Cândida ...que os profissionais, onde não tem uma rede muito bem montada, o pessoal até possa ter uma orientação e até ter um grupo de referência...

P/Nelia – Era essa mesma a minha sugestão, de fazer uma instrução, uma instrução de uso como anexo que vai ser modificado independente da legislação maior, da norma mãe digamos assim...

P/Dona Cândida - E aí seria referência pra saúde suplementar, uma operadora que está montando serviço, ou buscar aquele pessoal ali pra me dar assessoria né? Mas a gente quer de vocês né...

P/Martha – Deixa eu falar uma coisa, dessa coisa da industria Dona Cândida, assim, nós aqui já somos 80 pessoas, a industria, existe industria para tudo, imagina se o Tiago resolve trazer todas as indústrias de medicamentos, assistência farmacêutica, oncológica ou oral, então assim, a gente tem limite de espaço e a gente tem um limite de discussão aqui dentro, então assim, no nosso grupo não entra indústria, até que a gente tome outra decisão e num

outro momento entre, nada contra a ideologia disso, o NICE que é o que eu acho que mais faz...

P/Dona Cândida – Graças a Deus eu sou parceira deles...

P/Martha – Não, a gente também entende, a gente também entende, mas assim, por exemplo, o NICE é o que mais faz essa discussão que a gente tá fazendo aqui, muito melhor, eles levam a indústria, eu acho que tem, é uma discussão importante também, só que a gente aqui não tem capacidade física e eu acho, isso...

(pessoa fala baixo)

P/Martha – Vamos lá? 3.B, tá no primeiro, tá no primeiro, isso, educativo, bota aí, educativo. Ok? Então vamos lá, o 4º é grande, fala.

P/Fátima - Gente desculpa, vou voltar a falar mais um pouquinho, o Ministério da Saúde quando lançou a portaria 400 ele pediu um manual de orientação para o usuário e para capacitar o enfermeiro que estaria na frente do atendimento. Infelizmente com as mudanças políticas, ele está lá e é um material que foi feito, elaborado por uma equipe de enfermeiros estomaterapeutas, a Penha presente era uma das colaboradoras, eu fui uma das coordenadoras deste material, então o Ministério da Saúde tem esse material...

P/Martha – Você pode mandar isso pra gente?

P/Fátima - Eu acho que a gente, a partir desse primeiro momento nós vamos ter muito o que conversar...

P/Martha – Então qual era a idéia, é se você pudesse mandar isso pra gente, a gente já circulava isso pro grupo e na próxima reunião a gente já...

P/Fátima - Eu não sei até que ponto eu posso fazer isso, eu tenho que pedir autorização, autorização para a SOBEST, eu tenho que pedir autorização pro Ministério da Saúde que era um material que iria ser publicado pelo Ministério da Saúde e não foi e a gente vai pedir as autorizações pra disponibilizar isso.

P/Martha – E aí assim que ela encaminhar pra gente, a gente circula pro grupo, tá bom? Então vamos lá, o 4º, chega pra cima um pouquinho Karlinha. Para garantir, vamos lá gente já são meio-dia, a gente tem meia-hora. Para garantir o uso efetivo e adequado das bolsas dos equipamentos é necessário, é dos equipamentos, é o que, que eu já esqueci o nome das bolsas, equipamentos coletores, é necessário o uso dos seguintes equipamentos adjuvantes: clamp, placa, barreira protetora. Não, claro, espera aí só um minuto, é que nossa ateira não é muito boa assim, mais um pouquinho Carlota, vê se dá, pra passar pro outro, deu, é o máximo meninas, dá? Então vamos lá, para garantir o uso

efetivo e adequado dos equipamentos coletores, não olha só, vamos lá, para o uso efetivo e adequado dos equipamentos coletores é necessário o uso dos seguintes equipamentos adjuvantes, pode ser, o que você fez, isso (risos)

P/Dona Cândida – Cada caixa de material vem com seu grampinho entendeu, então eu acho que isso aí, quem usa drenada e ela ganhar o seu equipamento fechadinho já vem com seu grampo.

P/Martha – Isso a gente ficou na dúvida, lá na portaria 400, na hora que ele fala da bolsa ele já fala do grampo, isso é suficiente? Então pode tirar Karlinha.

P/Dona Cândida – Placa, placa entendeu, é uma coisa que ela é um adjuvante que tem que ter uma explicação por que vai usar a placa como proteção de pele pra usar a bolsa também, porque tem as bolsas que já vem com a placa e a bolsa acopla na placa então ela já tá garantida no item que a gente tá dizendo que é a indicação é lá naquele código do Ministério da Saúde, da nossa portaria 400 que fala.

P/Martha – Se a gente só fala da portaria é suficiente?

P/Dona Cândida – Eu também acho, vai colocar ali filtro, tem gente que odeia filtro porque o filtro deixa passar, suja a calcinha, suja a cueca, então uns não gostam de filtro, tá lá na portaria, você pode comprar bolsa coletora com filtro acoplado, pode comprar sem o filtro, são poucos códigos que antigamente as enfermeiras brigaram, ah você botou pouco na portaria, eu digo, gente ali está escrito e/ou, de acordo com o cara, o cara não gosta do filtro porque vai sujar a calcinha dele, então você tem que comprar um pouco sem filtro e já tem outro que gosta do filtrozinho de carvão que não é lá essas coisas, é só pra aumentar o preço, passa o cheiro de qualquer maneira, o carvão não ajuda nada, mas tem lá o filtro de carvão como eles dizem, então vê qual é o grupo que quer com filtro e compra um pouquinho disso.

P/Martha – Então vamos lá gente, se a gente pusesse assim: para garantir o uso efetivo e adequado dos equipamentos coletores é necessário, pode ser necessário, não eu acho, deixa eu falar a minha redação pra ver: para garantir o uso efetivo e adequado dos equipamentos coletores pode ser necessário o uso de equipamentos adjuvantes conforme a portaria 400, ponto, ok?

P/Dona Cândida – Maravilha.

P/Martha – Então tá. Viu sabia, na ultima reunião a Senhora vai amar a gente. Então a gente tinha discutido naquelas coisinhas da portaria são exatamente aqueles itens que o grupo tinha definido como essenciais, não morreu, ficou assim, pra cada bolsa, o que daquela bolsa pode ser essencial ou não, entendeu? Ok? Não, aí apaga todo resto, conforme, conforme portaria 400 e aí tira, isso, apaga tudo até, isso e tira o parênteses também, é isso gente?



P/Dona Cândida – Isso.

P/Martha – Então vamos lá, esse item 5 a gente ia fazer uma ressalva por que? No grupo a gente discutiu a portaria ela coloca algumas referências né? Então Vera, olha só, a Vera está falando o seguinte: que no grupo a gente tinha listado quais eram os equipamentos adjuvantes essenciais, aí a gente tinha excluído alguns, na portaria já não tem esses alguns, já é exatamente os essenciais que a gente tinha listado, você pode até resgatar isso e dar uma olhada depois, e a gente tinha falado o seguinte que algumas situações fugiam àquela regra da portaria, quem tava lá lembra um pouquinho dessa discussão, por exemplo, isso...

P/Dona Cândida – A única coisa que o Ministério da Saúde não deu código foi o aparelho de irrigação que foi negociado, eu tava presente e disse, olha, a Senhora tem que cortar alguma coisa porque isso aqui vai dar um impacto no orçamento e então não pode ser, e aí tudo como procedimento se assusta, e aí eu comecei, o que é que a gente pode viver sem, tipo, aparelho de irrigação, porque nem toda, eu não posso fazer irrigação, se eu fizer eu morro, então nem todo ostomizado pode se utilizar do processo de irrigação, que é uma lavagem no intestino, tem que ser as enfermeiras ensinando, pelo menos três vezes, e é difícil porque as vezes tem médico que não indica, há controvérsias, eu tenho lido isso muito a nível internacional, quem faz quimioterapia não pode estar fazendo essa lavagem né, porque leva uns 40, 50 minutos lavando o intestino pra depois aí que usa aqueles tais obturador, então o estoma quepe que só tampa o estomazinho que não vai sair nada durante 24 ou 48 horas, tudo é de acordo com o que a pessoa e seu médico debateu, então por isso é que a gente, já que não era uma coisa e também eu fiquei pensando, lá no Amazonas, não tem ninguém ensinado nem fazer irrigação e aí então tiramos esse item e as tais, essa tecnologia nova que é esse tal obturador que é aquele mesmo processo do OB das mulheres, da menstruação que introduz e ele incha e não deixa sair nada, é uma coisa cara e também não é todo mundo que pode usar, então isso que não hora a gente negociou pra não entrar na portaria.

P/Martha – Teófilo.

P/Teófilo – Quando você coloca a lei conforme a portaria, você vinculou a norma a existência dessa portaria, se ela for revogada ou...

P/Martha – Babou.

P/Teófilo – Então de repente você deveria, é, deixar mais aberto isso aí, porque senão amanhã...

P/Martha – Mas na verdade Teófilo, assim a gente que estudou pra caramba isso, essa portaria é a nossa salvação.

P/Teófilo – Não, mas eu digo, se você botar norma vigente, não com a norma vigente, se amanhã o governo queira fazer uma portaria melhor assim, evoluir e aí cancela essa e faz outra, aí essa norma aqui...

P/Martha – Ana você quer falar, você quer falar? Isso botamos lá, tá, tá bom, você faz num lugar onde você teria cobertura, tá bom, tá bom, ok. Então vamos lá, situação especial, Manoel. Liga aqui, por favor o microfone.

P/Manoel – Acho que agora está ligado. Eu discordo que tem que ser a outra que tem que substituir, acho que lamentavelmente a gente tem que voltar e reescrever, ainda que com base nessa ou outra que venha substituir, porque senão ela passa...

P/Martha – Manoel, eu entendo a sua preocupação...

P/Manoel – Ela passa a ter uma abertura e uma amplitude desconhecida, foge do controle da agência.

P/Martha – Eu entendo, só que assim, a gente também não pode, é o seguinte, se ela for revogada, é óbvio que a gente vai ter que visitar, só que não pode ter hiato, se revoga essa, entra outra em vigor e aí a gente revisita, e na verdade isso é dispensável porque segundo meus amigos advogados toda vez que uma norma é substituída pela outra, a outra automaticamente, é isso meus amigos advogados? A outra automaticamente...

P/Manoel – Mas, perdão, no meu entendimento acho que ela não tá vinculando ao conteúdo da portaria...

P/Martha – Ao parâmetro, ok, ok, ok.

P/Manoel – Ao parâmetro e conteúdo da portaria, razão pela qual isso não significa um hiato, não viria a significar um hiato.

P/Martha – Ok, eu entendi. Quem é o próximo?

P/Alexandre – Alexandre do SINOG. Eu só estou com uma dúvida, vocês trocaram a palavra bolsas coletoras por equipamentos coletores, hoje todo mundo sabe que o que existe no mercado são bolsas, vou dar uma hipótese, sou dentista não sou médico, mas vou dar uma hipótese: amanhã ou depois sai uma bolsa de titânio, sei lá que custa 100 vezes mais do que uma bolsa normal, ela vai passar a ser obrigatório do mesmo jeito?

P/Martha – Se ela estiver na portaria 400...

P/Alexandre – Então se ela entrar na portaria 400?

P/Martha – E aí é isso que o Manoel...

P/Alexandre – Eu to falando isso por conta do fato que ocorreu anteriormente, de repente, hoje a gente ta pensando em ter uma cobertura, amanhã ou depois entra o material...

P/Martha – Isso é incontrolável, algumas coisas a gente não vai conseguir controlar tudo, então assim, vai ter que revogar a portaria 400, vai ter a discussão que o Manoel falou, isso é um parâmetro, isso é uma referência, então assim, vamos nos ater a 2013, já não é fácil, é difícil, vamos lá gente. Situação especial, diarreia e, porque pode ser que naquele mês em vez da Senhora precisar de 10 a Senhora precise de 15, pode tirar? Beleza, beleza, então vamos apagar tudo Karlinha, tira o 5. Gente, amanhã eu vou botar isso em consulta pública, ta lindo, ok? Procuramos, vai, vai nessa próxima, ok tira, não faz diferença, tira outra que venha substituir, não faz diferença, ok.

P/Claudia – Martha, Martha, aqui é a Claudia de novo. Eu só to incomodada um pouco com a palavra equipamento de fato, porque assim, se for pegar os glossários de terminologia da ANVISA a definição de equipamento é necessariamente um eletromédico né, e aí eu não entendo porque ela não pode ser colocada como material de fato, porque dentro do SUS ela é considerada como material.

P/Martha – Eu entendi. A gente ta aqui conciliando palavras interesses e vontades, nada impede que a gente coloque no artigo 2, já tá até aqui, anotei, a gente definiu que é pra esta resolução o equipamento...

P/Claudia – Porque se a gente não tiver essa preocupação de utilizar de ver uma terminologia homogeneizada dentro do SUS, uma vez que a ANVISA faz parte do SUS, o Ministério, o SIGITERP né, quanto mais gente adotar essa homogeneização de termos menos confusão vai ser gerada né?

P/Martha – Tá ok. A gente faz uma definição do anexo 2, isso, isso, tá na portaria, então vamos lá gente, a gente tem, a gente tem...

P/Fátima - O Ministério da Saúde já assumiu a palavra equipamento para essa questão do sistema de uma peça ou sistema de duas peças e passado, até o Doutor falou assim, vamos usar a terminologia correta, no passado nem usava-se a palavra equipamento, usava-se a palavra dispositivo, então você tem toda uma conceituação sobre o que é dispositivo e toda uma conceituação do que é equipamento, então o que é equipamento? É uma conjunção de dispositivos onde para esse sistema coletor, você vai ter um sistema de base adesiva que pode ser de várias coisas onde a, várias não, alguns materiais onde a Penha tem uma pequena apresentação e o sistema coletor que pode ser coletor de fezes e coletor de urina, eles tem uma diferenciação nisso e a Sociedade Brasileira de Estomaterapia, ela tem já na sua edição, a revista Qualis B3, B2 desculpa, já tá Qualis B2 onde ela pré determina essa palavra e características

de equipamentos coletores e adjuvantes e o Ministério da Saúde já assumiu isso.

P/Claudia - Não desculpa, eu realmente assim, não sou especialista na área de ostomia, eu só alertei porque dentro da CONITEC, enfim, a palavra equipamento tem outro significado e dentro da ANVISA também tem outro significado, isso é uma realidade que a gente encontra, existem mesmo vários conceitos pro mesmo termo e que gera sempre confusão, então assim quanto mais a gente tentar homogeneizar esses termos melhor ficaria.

P/Fátima – Claro, você tem toda razão, eu só queria também dar essa explicação, homogeneizar né, então, obrigada. Eu aprendi competência né, em termos jurídicos quando você escreve assim, a pessoa é incompetente pra resolver isso, a gente pra nós, profissionais da área da saúde, você não tem competência, é negligente, você não sabe fazer, e na área de advocacia a palavra incompetente tem outro significado né?

P/Manoel – Teria que ver assim, a gente vai usar nessa terminologia, terminologia...

P/Martha – Do anexo 2...

P/Manoel - ...que é material, é qualquer...

P/Martha – A gente tá fazendo uma referência a uma portaria da qual a gente tá utilizando parâmetros, a gente tem que usar o que esta escrito nesta portaria senão a gente vai ficar tudo crazy aqui, então vamos lá, vamos fazer uma coisa mais fácil, vamos lá, duvida, a gente tem 10 minutos, a discussão de tarde é um pouquinho mais quente então é melhor a gente dar conta disso em 10 minutos. Vamos lá, vou começar de baixo pra cima tá? Valor máximo é diferente de valor referência pra reembolso, ok? Todo mundo confortável? O que quer dizer isso? Quer dizer o seguinte: todo plano que tem reembolso ele tem uma tabela de referência, então qualquer procedimento que a Senhora for fazer vai ter lá, eu vou fazer uma cirurgia de miopia, a Senhora vai pagar e vai ter uma tabela que é o quanto a Senhora vai receber de volta, essa tabela tem tudo, todo plano de reembolso trabalha com tabelas de referência, então pra questão das bolsas vai funcionar igual, vai ter uma referência nessa tabela que já existe e a Senhora vai ser reembolsada de acordo com seu contrato, de acordo com a sua tabela de reembolso, então isso ano vai fugir a regra do que já é um plano com reembolso, ok? Prazo é diferente de frequência de troca, o que a gente ta falando aqui é de frequência de troca, a gente não tá falando de prazo, então não é a duração de quanto eu vou fornecer essa bolsa pra você. Rede e distribuição, ficou claro que isso é diferente de operadora para operadora, depende da forma como ela funciona e isso não está sendo regulado por essa DUT, ou PUT ou pelo que quer que a gente esteja fazendo, ok? O que significa isso? Operadora que tem rede própria muito provavelmente

vai colocar um lugar dentro desse lugar que já é dela pra ofertar e distribuir as bolsas, um outro pode contratar um terceirizado pra distribuir, o outro pode entregar em casa, o outro pode mandar pegar não sei aonde, então essa forma de distribuição vai ser contada da operadora pro beneficiário e vai ser organizada de acordo com o funcionamento da operadora, ok? E o mais difícil, então vamos lá. Eu acho que de tudo que a gente falou aqui, pra mim pelo menos ficou claro que isso tá dentro da segmentação ambulatorial e não dentro da segmentação hospitalar, claro que se você tiver, é ambulatorial e hospitalar, se você tiver internado você vai ter direito aquilo, na segmentação ambulatorial você tem direito aquilo, tá isso é mais fácil. Dentro de qual grupo da tabela? A gente acha que fazendo um paralelo com as outras coisas que podem ser incorporadas dentro do rol nesse sentido de distribuição em casa, então vamos pensar na medicação oral pra câncer que é mais fácil, é um medicamento que eu vou tá pegando pra tomar em casa, em que lugar isso tem que tá dentro do rol? Pra mim é dentro da parte de consultas e procedimentos ambulatoriais, fazendo um paralelo com a bolsa pra mim é a mesma coisa, então a gente tá pensando em colocar esse procedimento dentro do item consultas e procedimentos ambulatoriais, qual é a consequência disso? Qualquer procedimento dentro do rol pode ter carência de até 180 dias, isso tá na lei, pra quem já tem? Não, pra quem vai comprar o plano depois da lei já feita, então não é pra quem já tem ostomia e é pra quem comprar o plano já ostomizado, não é para aquela pessoa que fizer a cirurgia dentro da operadora, ok? Pode claro.

P/Dona Cândida – E se a gente escondeu do plano que era ostomizado e agora...

P/Martha – Então vamos lá, não, se a Senhora já tem o plano não importa, já tem? Não faz diferença, não tem problema, então assim, se a Senhora já tem um plano, essa lei entrou em vigor, a Senhora já tinha o plano ok. Aí a gente vai discutir outra coisa, CPT, fraude em outro lugar, mas estou falando pra bolsa especificamente, agora se a Senhora tem o plano, não tem o plano e entrou já com a ostomia aí tem a carência, no máximo, então vamos lá...

P/Manoel - Ô Martha, desculpe a interrupção, eu não entendi muito bem, você vai colocar em segmentação ambulatorial?

P/Martha – Isso.

P/Manoel - Só?

P/Martha – Não, o hospitalar ele tem direito porque ele tá dentro do hospital, a gente tá discutindo aqui o que é dado pra fora e aí vai ter que, vai ter os dois, segmentação ambulatorial e segmentação...

P/Manoel – Eu sei, muitas vezes não, muitas vezes um ostomizado tem que voltar ao hospital pra fazer algum outro procedimento referente aquele...

P/Martha – Entendi, entendi, deixa eu só explicar o que é segmentação ambulatorial e hospitalar porque o Hermínio tava ali assim. É o seguinte: eu posso comprar um plano só ambulatorial, eu posso comprar um plano só hospitalar ou eu posso comprar um plano ambulatorial e hospitalar, se eu colocar ele na segmentação só ambulatorial, só quem tem plano ambulatorial que vai ter direito, então se o Senhor tem um plano que é só hospitalar, o Senhor não vai ter direito, se a gente colocar ele na segmentação hospitalar e o Senhor tiver um plano só ambulatorial, não tem direito ou ele pode estar nas duas segmentações, é isso que a gente está discutindo, a gente entende que como na hospitalar isso está dentro de materiais já fornecidos, o que está se querendo nessa lei é que ele esteja no ambulatorial, ok, é isso? Eu sei que você não concorda.

P/Fátima - A lei diz que se existir um procedimento que é necessário pra continuidade da assistência e aí isso tá garantido, é indispensável.

P/Martha – Mas ele cita alguns, ele cita alguns. Fala.

P/Manoel – Ele cita, é exatamente isso que eu ia falar...

P/Fátima – Mas o artigo da lei fala que é amplo e limitado.

P/Martha – Não, ele cita alguns, Fátima.

P/Manoel – Ele especifica quais são os procedimentos, eu acho que isso daí, ao meu ver, está dentro do plano ambulatorial puro...

P/Martha – Isso, ambulatorial, ok?

P/Manoel – A cobertura que tem no hospitalar é durante, seria durante a internação, não fornecimento domiciliar, pronto, é isso, é essa a idéia.

P/Martha – Isso, é isso ok? Tiago, Tiago.

P/Tiago – Agora sendo igual aos advogados da ANS, olhando bem a lei, a letra da lei. Ele tá no artigo que não faz nenhuma diferença entre ambulatorial e hospitalar, então se forem planos só hospitalar ainda assim ele teria direito, durante a internação, fora da internação, domiciliar, enfim, tanto que depois no artigo 10º ou no artigo 12 fala lá no inciso 1º quando inclui atendimento ambulatorial, o que tem e o que não tem, depois fala no atendimento hospitalar, do jeito que tá na lei, agora sim, claro, é minha interpretação jurídica, na linha do entendimento dos advogados da ANS, frio e calculista.

P/Martha – Deixa eu só fazer uma diferença como a gente enxerga só pra você entender. Ele tá dizendo o seguinte: que você tem que dar cobertura pra isso

no hospital, no ambulatório e em casa tá? eu to falando os ambientes que você tem que dar e aí ele fala o seguinte: que o que a gente tá falando dessa segmentação é a forma como eu contrato, é aquela coisa de como eu to pagando meu plano né, eu pago meu plano só pra ter direito ao ambulatório, eu pago meu plano pra ter direito ao ambulatório e internação ou pago meu plano só pra ter internação, são três formas diferentes de contratar, e aí o que a gente tá falando é o seguinte: na hora que a gente torna isso obrigatório que vem a lei, que coloca isso no rol, o que o legislador ta pensando em garantir? Quando eu estou internado eu já tenho o direito, então se e tenho um plano hospitalar esse meu direito já era antigo, o que ele ta inovando é colocar pros planos ambulatoriais que não tinham esse direito, garantir esse direito, foi essa a interpretação que a gente teve.

P/Tiago – Eu não sei, porque no caso da quimioterapia oral, por exemplo, os medicamentos orais pera câncer, ele muda exatamente o artigo 12 e o artigo que fala do ambulatorial e fala do hospitalar, aqui ele não...

P/Martha – Isso, isso, ele bota no 10...

P/Tiago – Ele bota no 10 que é referencia e tal não é isso, se não me engano.

P/Martha – Não, o 10 são exclusões do plano referência...

P/Tiago – É, exatamente, instituído como referência, fala do plano referência, é instituído pelo plano referência e depois entra as exclusões.

(pessoa fala baixo ao fundo)

P/Fátima - ...a contratação a bolsa não vai ser fornecida pra esse paciente, é isso, eu to entendendo?

P/Martha – Isso, é isso, não, é essa a discussão, essa é a discussão.

P/Fátima – Agora se eu colocar dentro da cobertura como existe outros procedimentos ambulatorial mais hospitalar, ele vai ter cobertura se o paciente, tanto...

P/Martha – Isso, foi pra casa...

P/Fátima – Eu to falando conceitualmente pra todo mundo entender e falar a mesma língua, da forma colocando no ambulatorial, mesmo eu podendo dar uma carência de 180 dias, se o paciente só tiver um contrato com ou sem obstetrícia aí já não importa...

P/Martha – Mas só pra lembrar assim, esse cara que só tem hospitalar, ele hoje, gente vamos lá, esse cara hoje mais ou menos 8%, 10% da saúde suplementar, esse cara que só tem hospitalar, 10%, esses 10% também não tem direito a consulta, não vão ter direito ao acompanhamento da enfermeira,

eles só vão ter única e exclusivamente direito a pegar bolsa, é isso que a gente tá falando? É isso que a gente tá discutindo, isso, isso.

P/Fátima – A agência não regulamenta como que a pessoa vai e contrata o seu plano de saúde, isso tá acima eu acho.

P/Martha – Eu só acho Tiago que assim, pra mim é a mesma coisa medicação oral tá, o cara, é muito complicado ele ter direito a medicamento e não ter direito a rede que o acompanhe, ele não tem direito a consulta e vai tomar medicamento, assim, isso pra mim é muito confuso, aqui seria a mesma coisa, você descola um acompanhamento do outro de uma maneira muito importante, liga aí por favor gente.

P/Tiago – Pressupõe que ele vai ter algum tipo de atendimento, eu entendo assim, isso vai ser objeto de judicialização? Talvez sim, mas me parece aqui se a gente for realmente analisar de acordo com o que diz a lei ela não tá dentro do artigo que tá dentro do artigo que faz a diferenciação entre ambulatorial e hospitalar, na lei é geral, não fala, não se segmenta entre ambulatorial e hospitalar, pode tá errado, eu acho que pode até tá errado, não foi a melhor técnica legislativa, mas é como tá aqui, assim que tem que fazer...

P/Martha – Ok, vamos fazer uma coisa, tudo isso que a gente tá fazendo vai...

(pessoa fala baixo)

P/Martha – Então vamos lá, é verdade, ele faz a coisa da, o artigo anterior ele fala da reconstrução mamária, é a mesma lógica. Então vamos lá, é, vamos lá, a gente não conseguiu obviamente chegar num consenso e nem a gente vai ter consenso de tudo, tecnicamente da área assistencial, eu, Martha, acho que deveria ser ambulatorial porque a gente fica o tempo inteiro falando da integralidade, do cuidado, do atendimento, tananana e vive descolando as coisas, então eu acho isso, mas a gente vai ter que passar isso pelo jurídico, pela colegiada, por um monte de lugar, se Deus quiser pela consulta pública agora já acho que isso vai dar certo, então isso fica como um asterisco, bota aí Karlinha, pra gente discutir e vai tá na nota que vai pra PROGE essa discussão pra eles darem uma olhada também ok?

P/Dona Cândida – A gente ao ganhar isso, sair complicada, a regulamentação, quando tiver alguma coisa que não esteja correndo bem a gente pode usar os mesmos meios que todo mundo usa em relação ao plano de seguro de saúde, não é assim, ouvidoria...

P/Martha – Exatamente 0800-701-9656.

P/Dona Cândida – Não vai ter nada diferente aí pra fazer questionamento?



P/Martha – Não, vai entrar a mesma regra de tudo, tá a mesma regra de negativa, o mesmo valor de multa. Vamos lá gente, só falta uma coisa, a carência então a gente já viu, espera aí, a carência a gente já viu que o limite é 180 dias como qualquer procedimento da lei, é obrigatório que seja 180 dias? Não, isso vai tá dentro do que tá nas cláusulas do contrato ok? Então a carência é isso. O PAC a gente teve uma discussão importante dentro do grupinho, alguém já falou pra Joana que a definição de PAC não tá legal, não tá mesmo, a gente tem um grupo que vai tentar rever isso, a definição de isso é ou não PAC, isso tem vários paralelos no rol, então tem paralelo que é e que é muito parecido e virou PAC e tem coisas muito parecidas que não são PAC, então é uma discussão que a gente pode até ter aqui nos últimos minutos, mas eu não sei se a gente aqui da conta de discutir isso sozinhos né, eu acho que isso vai ter que ser discutido também no jurídico, também na diretoria colegiada, por exemplo, qual paralelo hoje que é PAC? Hemodiálise, então uma coisa consequente a uma doença crônica que você vai usar prolongadamente e que é PAC, tem outros exemplos que não são? Tem, tem outros exemplos que não são, então é uma coisa da gente discutir qual é o melhor enquadramento, eu acho que isso também vai ter uma consequência na nossa discussão pro grupo de PAC, qual é o problema? Isso vai ter que sair antes do grupo, então isso aqui vai ser publicado antes do grupo de PAC tomar qualquer decisão, de critério, do que vai ser revisto, do que não vai, então qual era minha proposta, que a gente conseguisse hoje, eu acho que a gente não vai ter tempo pra isso, ter o mínimo de proposta de que esse grupo vai considerar como PAC, porque a gente já levava isso em consideração aqui na hora de discutir né, eu acho que a gente não consegue, não tem nenhum apoio um pouco mais técnico fundamentado pra gente apoiar nem pra sim nem pra não, tem exemplos pros dois lados, qual a consequência disso virar PAC? A pessoa que já é ostomizada, que é um grupo mínimo do mínimo do mínimo né, pessoa que já é ostomizada, que vai comprar planos de saúde depois da lei feita e que aí sim ela vai ter dois anos pra poder pegar a bolsa, a pessoa que comprar o plano depois e fizer cirurgia depois, isso não é PAC, e ela tem direito, então é desse grupo que a gente tá falando, da pessoa que hoje, e aí qual é a defesa se as pessoas quiserem se colocar, que foi colocado no grupo, é que o custo desta oferta, ele é maior do que um custo de um plano de saúde, então valeria a pena a pessoa comprar um plano de saúde pra ter direito a isso, então tem essas duas posições, as duas são relevantes ok? A gente vai ter que levar as duas em consideração, o plano de saúde, ele também é feito, ele é feito em, duas bases, uma que se chama risco moral e a outra que é ao inverso do risco moral que é a seleção de risco, então o risco moral é quando eu, paciente, tenho uma informação e sei de uma coisa onde eu vou tomar proveito disso pra ter algum benefício, então é esse o exemplo. E a seleção de risco é o inverso, é quando a operadora se utiliza de uma informação que ela tem pra poder selecionar o paciente, então todo o cálculo do plano de saúde é

feito dentro desses dois conceitos, então não é uma coisa boba pra gente discutir. Pode falar Carlos.

P/Carlos – O primeiro ponto que eu ia colocar é justamente esse que você já falou, esse cálculo, eu só me preocupo é justamente com essa definição do que é PAC, definir esses critérios pra que o PAC não seja utilizado como instrumento pra ampliar carência, só isso, eu acho que não é essa a função do PAC, não é esse o objetivo do PAC e eu acho que esse não pode ser o critério utilizado, eu quero evitar que o paciente se aproveite do plano de saúde, então aquilo eu vou jogando pro PAC, vou jogando pro PAC, eu acho que isso tem que ser evitado, eu acho que tem que estabelecer critérios claros definidos pra justamente estabelecer o que cabe...

P/Martha – Carlos assim, eu vou te dizer o que eu Martha, gostaria de levar pra esse grupo pra gente discutir o que é o PAC, exatamente isso, o que é o risco moral, se a gente souber olhando pra cada procedimento o que é um risco moral e o que não é, é muito mais fácil da gente definir ou pelo menos uma tentativa da gente definir, porque foi pra isso lá no início que o PAC foi criado né, foi pensando nisso e ao longo do tempo foi se misturando com custo, foi se misturando com o monte de outras coisas, que não é essa a intenção.

P/Carlos – A gente tem que evitar o mesmo conceito do Ministério da Saúde que considera alto custo como alta complexidade, isso não tem nada a ver...

P/Martha – Exatamente, exatamente, exatamente. Se ela já tiver doença, é, ela consegue, o problema é que ela vai ter um tratamento de alta complexidade, da internação postergada por dois anos pra tratar essa doença, ok gente? Então eu acho que a gente já tem mais ou menos uma redação, a gente ficou com duas dúvidas ainda, coisa da segmentação e do PAC, mas eu acho que agora a gente já tem uma nitidez um pouquinho melhor que, o que eu me comprometo a fazer com vocês, a gente vai reescrever isso de uma maneira palatável, uma redação bonitinha, numa linguagem bonitinha, reencaminho pra vocês, no dia 3 de abril tem colegiada, eu vou levar esse assunto pra colegiada, pros diretores decidirem se isso vai ou não pra consulta pública, se a gente tem tempo hábil ou não, se a gente colocasse isso em consulta pública no próprio dia 3 de abril a gente tem até dia 3 de maio de consulta pública, pra consolidar a consulta pública e publicar, a gente publicaria no mesmo dia que entraria em vigor, eu acho que isso é muito ruim né, então assim, o rito certo seria a gente colocar em consulta pública e depois consolidar tudo e publicar, como a gente tem, tem que dar 30 dias, em consulta pública, mas tem uma norma dentro da agência que estabelece o rito da consulta pública que são 30 dias no mínimo né, então, é porque tem, enfim, é porque tem os 7 dias antes de comunicado então assim, a gente não teria tempo pra isso, a proposta que eu acho que pode levar é o seguinte: a gente tem um razoável consenso, dá pra voltar isso pra cá depois do dia 3, leva isso pra lá, discuto, trago pra cá de

novo, a gente publica, porque eu acho que já tem um norte bacana e isso vai pra consulta pública sim junto com o resto do rol em final de maio e começo de junho, se precisar a gente revisa isso na hora que eu for pra publicar. Manoel esta inscrito, fala Manoel.

P/Manoel – Apenas pra reiterar essa questão da complexidade, o Estado do Rio de Janeiro classifica o fornecimento das bolsas como procedimentos de media e alta complexidade né, na hora de fazer a classificação dos procedimentos a serem atendidos no SUS, a própria portaria 400 na hora em que define o serviço de atenção a pessoa ostomizada na sua definição encontra uma série de complexidade, do grau de participação de diferentes profissionais enfim, e o próprio atendimento, dando a entender que é uma coisa de alta complexidade, a Dona Cândida pode até de repente ajudar no sentido de dizer se é um procedimento que poderia, hipoteticamente, e não tecnicamente, mas do ponto de vista da lei, eventualmente dizer se é um procedimento muito simples ou é um procedimento que está ligado a um procedimento de alta complexidade?

P/Martha – Gente, eu vou deixar responder, só dar um aviso antes que todo mundo comece a levantar porque o povo já tá tirando foto lá atrás lá, então olha só, a gente volta...

P/Dona Cândida - ...então, era o dinheiro porque aí você tem um pagamento maior, do profissional que for atender e aí os procedimentos são mais, mas eu acho que a gente não há necessidade de ser de alta complexidade, sinceramente...

P/Martha – Vamos lá gente...

P/Dona Cândida - ...podia ser mais média, agora eles inventaram isso, sabe, agora nem resolve o que é alta complexidade mesmo e jogou o que podia ser mais simples nisso, bom vocês sabem, não preciso estar falando que tá nos jornais a situação da saúde, o SUS, é uma coisa que dói o coração né, eu fico nervosa, minha pressão se altera porque eu lutei muito, já escutei muito desaforo na Cinelândia, colhendo assinaturas pra lei da saúde, tinha gente que falava, vai pro tanque, vai lavar roupa, fica aqui no meio da rua pedindo pra assinar papel pra constituir, e eu ficava, esse povo não entende que a gente tá lutando pra ter uma lei, saúde é direito de todos e dever do Estado, foi um custo pra conseguir as assinaturas e pra deficientes vocês nem fazem idéia, porque uns dizem assim, mas minha filha o que é isso, eu não vou querer saber o que é deficiente, assim mesmo a gente conseguiu maior constituição cidadã, eu falo né, eu tava presente, eu conheci o Doutor Ulisses Guimarães e pedindo pra ele botar, eu queria até que estivesse escrito, ostomizado dentro da própria constituição, ele disse, não, você já tá garantida dentro de todos os artigos que fala da pessoa com deficiência, mas na verdade não tava, porque na hora de dividir o bolo o outro brigava e a gente só foi se firmar em 2004

dentro do Decreto 5.296 que a ostomia foi considerado deficiência física, foi um caos, cadeirante queria me matar, tá entendendo porque eu entrei na deficiência física junto com nanismo, porque nós estávamos lá, até o Presidente Lula falou, ó, vocês vão ficar até de noite vocês não estão no decreto, a noite que todo mundo vai dormir, a gente enfia vocês no decreto como deficiente, eu to contando a história, se alguém falar eu nego, eu não falei nada disso...

P/Dona Cândida - ...mas foi assim, de noite entrou lá na deficiência física, ostomia e nanismo porque, ah não...

P/Martha – Gente, vamos lá, depois da aula da Dona Cândida a gente retorna do almoço duas horas, eu queria falar um pouquinho como que vai ser tá? Todo mundo, eu queria que colocasse o e-mail quem não recebe no seu e-mail os convites, eu queria que colocasse o e-mail ali na porta pra gente poder mandar direto pra vocês, à tarde a gente volta e começa a discutir diretrizes e logo que a gente acabar diretrizes a gente vai discutir corpo da resolução, então é pesado, é grande pra caramba, eu queria que ninguém se atrasasse, por favor, a gente vai começar duas horas em ponto.