

2a. Reunião Grupo Técnico Revisão do Rol Tarde - 26 de Março de 2013

P/Karla – Bom gente, então a gente vai começar, vamos tentar ser pontual, duas horas. Vamos começar pontualmente... Duas e cinco? Duas e cinco! Pontualidade carioca, duas e cinco, dez minutinhos só e então agora eu vou apresentar as diretrizes de utilização, vamos dar um descansozinho pra Martha porque ela ficou cansada de manhã, só na hora do debate ela volta aqui. Então o que é que a gente vai discutir? As dut's "Diretrizes de utilização". Pode passar o primeiro slide Martha. O que é que nós fizemos? Separamos o grupo 4 pra discutir as dut's e a resolução normativa. Um dos critérios pra inclusão no Rol de procedimentos, um dos critérios né que nós utilizamos é se essa tecnologia foi aprovada ou não na Conitec e se já tem uma avaliação de custo efetividade pelo SUS né, nós fazemos parte da Comissão Nacional de Corporação de Tecnologias da Conitec e identificamos duas tecnologias que foram incorporadas no último ano no Sistema Único de Saúde, uma é a tomografia de coerência óptica pra doenças de retina e um os medicamentos biológicos pra artrite reumatóide via administração subcutânea. A tomografia óptica se vocês não lembram ela já ta incluída no Rol e a gente, vou mostrar pra vocês como é que ta e a artrite reumatóide também já tem medicamentos biológicos por via endovenosa, então essa seria uma grande alteração nesse sentido.

P/Martha – Só pra gente localizar quem ta aqui pela primeira vez hoje, agora a tarde a gente não vai discutir procedimentos novos, a gente só vai discutir procedimentos que já tenham dut. Então a gente vai rever as dut's já existentes ta? Só pra localizar, então assim, tem vários outros procedimentos que foram incorporados pelo Citec. A gente ta falando aqui de procedimentos que já estavam no Rol e que a incorporação do Conitec foi maior do que o que já tava no Rol e a gente vai precisar revisar. Só pra localizar a diferença de uma coisa e outra, ta?

P/Karla – É, em relação a tomografia de coerência ótica, ela já faz parte de cobertura obrigatória do Rol pra acompanhamento de pacientes que estão fazendo uma terapia ante-angiogênica que no Rol está estabelecido pra doença macular relacionada a idade, DMRI. No SUS, na Conitec, a tomografia de coerência ótica ela foi incluída com algumas patologias de retina, são seis patologias específicas que a gente vai mostrar pra vocês. Então o que é que a gente fez com os representantes do grupo quatro, nós enviamos à portaria o relatório de publicação da Conitec, à portaria com deliberação, isso nós temos toda a documentação, a gente pode enviar pra todos vocês também. E do biológico também foi passado isso, toda a bibliografia referente a isso, porque? Que a gente ta fazendo a discussão com referencias bibliográficas, não adianta a gente falar dessas incorporações sem fazer uma referência com a bibliografia. Uma outra discussão também que eu acho que vocês puderam acompanhar na mídia foi em relação a cirurgia bariátrica no SUS, acho que a gente precisa fazer essa discussão aqui porque no SUS, no Ministério da Saúde houve uma alteração relacionado a idade, a idade da diretriz que era a partir de 18 anos foi diminuída pra 16 ano, isso até saiu na mídia, e foi ampliado o limite máximo que também era de 65 anos, foi ampliado esse limite

de idade. Então a gente houve um aumento do intervalo... Alguém ta mexendo ali... Duas vezes e ta saindo. É, a gente pode tirar esse carregador aqui do Mac, do computador? Porque eu acho que alguma coisa ta... Vamos ver. Martha, você quer falar em relação à bariátrica?

P/Martha – Bom, é... A bariátrica ela é uma diretriz que o Ministério reavaliou, foi reavaliado pela SAS né, Secretaria de Atenção a Saúde, não pelo Conitec, isso não passou pelo Conitec e a gente vai querer discutir isso aqui antes de efetivamente fazer as duas diretrizes ficarem iguais. Então, é... As outras diretrizes a gente acompanhou, a gente tem as evidencias, a gente participou das votações porque a gente participa do Conitec, então a gente tem todas as justificativas, todas as referencias e tudo mais. A de cirurgia bariátrica a gente não teve acesso ainda a essas referencias e a essas justificativas. O que a gente tem estudado internamente dentro da minha gerencia não fala a favor dessa alteração de idade, muito pelo contrario. Então assim, a gente acha que isso na saúde suplementar não seria tão adequado assim, a gente já sabe que hoje a gente tem uma epidemia de cirurgia bariátrica na saúde suplementar né, a gente não consegue fazer com que os critérios de eleição sejam todos respeitados, então tem uma dificuldade muito grande na hora do encaminhamento, da comprovação dos dois anos anteriores, tudo isso na saúde suplementar é muito mais complicado e pra adolescentes de 16 anos a gente vai ter que tomar um pouco mais de cuidado. Então é, a gente não é muito favorável a isso. Assim sendo a gente ta revendo quais foram as justificativas, as análises que foram feitas no Ministério, mas a priori, as duas outras diretrizes, volta um só Karlinha... As outras duas diretrizes que foram aprovadas pelo Conitec, a gente participou dessa decisão, então a gente tem todo o material, toda a bibliografia, todas as referencias e a de bariátrica não, e a gente queria depois ouvir com vocês, de vocês sobre esse assunto também, ta?

P/Karla – É, das sociedades de especialidade nós recebemos também duas sugestões para revisão, uma da sociedade de cardiologia intervencionista em relação a angiotomografia coronária, então a gente ta com um representante aqui da sociedade que depois vai poder falar, tirar alguma dúvida sobre isso, sobre o material que foi enviado e também da neurocirurgia, que eu não sei se tem alguém aqui da neurocirurgia, tava aqui na parte da manha, ele tava sentado aqui que ele se apresentou, mas agora eu não to vendo, e ele também enviou sugestões em relação ao implante de eletrodos, gerador pra estimulação cerebral profunda, implante ou gerador pra estimulação medular e implante intral de bombas de fusão de fármacos. Então isso também foi, nós recebemos essa, esse material. Na ANS, a nossa equipe fez uma revisão em cima das portarias ministeriais em relação ao bloqueio com toxina botulínica tipo A para tratamento de distonia focal, espasmo mio-facial e espasticidade. Então são duas portarias do Ministério da Saúde, a portaria 376 de 2009 e a portaria 377, essas duas portarias a gente estudou com detalhes e ela foca no bloqueio da toxina botulínica, pode passar. Em relação a tomografia de coerência óptica, o que ta de azul é uma alteração para inclusão, então a idéia é manter o item A que é o acompanhamento e avaliação de pacientes em tratamento ocular quimioterápico e incluir o item B de acordo com a Conitec e a Ana Claudia chegou agora que ta representando o Ministério da Saúde da

Conitec que é a avaliação das doenças da retina pra edema macular, edema macular diabético, buraco macular, membrana neo-vascular subretiniana que pode estar presente em degeneração macular relacionada a idade, estrias e angeóides, alta miopia, tumores oculares entre outros e a membrana epi retiniana e as distrofias retinianas. Então são essas seis indicações pra doença de retina que foram aprovadas na Conitec que a idéia é que sejam avaliadas por vocês. Próximo. Em relação ao biológico pra artrite reumatóide subcutâneo, nós temos o item no Rol que é terapia imuno-biológica endovenosa ou subcutânea pra tratamento de artrite reumatóide. E ai nós temos a referencia do relatório, o registro de deliberação da Conitec que coloca, que nós temos esses critérios que eu não vou ler pra vocês todos, mas são critérios pra doença de atividade da artrite reumatóide, próximo. E em relação a cardiologia intervencionista, a angiogramia coronária, acho que alguns de vocês, já tem alguns até idéia né de como que isso funciona, mas depois eu vou pedir pro doutor Marcelo explicar com mais detalhes, hoje no Rol nós temos para o item B dessa diretriz de utilização que coloca em pacientes sintomáticos com alta probabilidade intermediária de doença aterosclerótica coronariana significativa e a probabilidade pré-teste está entre 30 e 60%. A idéia, a sugestão da sociedade é que esse intervalo aumente entre 10 e 90%, essa avaliação é calculada por modelos estatísticos e instrumentos pra avaliação e seria utilizado com resultados de métodos provocativos de isquemia inconclusivos ou conflitantes, próximo. Também ela não estaria indicada, ai são as contra-indicações desse procedimento, são pacientes com alta probabilidade pré-teste e ai seria aumentar de 60 pra 90% a probabilidade pré-teste e também de pacientes também, não estarem indicados pra pacientes com baixa probabilidade que hoje ta em torno de 30%, também mudar isso pra 10%. A gente botou interrogação porque foi isso que a gente entendeu em relação ao documento, mas eu acho que a gente pode abrir aqui pra discussão. A gente teve um... Fala que ta sem bateria... Bom, é... Voltando pra esse primeiro slide, eu não sei se alguém gostaria de fazer alguma intervenção em relação ao que a gente conversou sobre isso. Thiago?

P/Thiago – É, eu queria aproveitar que ta introduzindo o assunto Conitec pra perguntar se não seria conveniente se toda vez que a Conitec, aproveitando até que você ta aqui Ana, toda vez que a Conitec aprovar uma determinada tecnologia, ela automaticamente ser incorporada na saúde suplementar e isso tem um dispositivo claro na revisão do Rol. Tem vários, eu to vendo várias ações judiciais de procedimentos que foram incorporados em protocolos do Ministério e que o paciente na saúde suplementar não consegue ter acesso. Fica uma situação um pouco estranha no mínimo.

P/Martha – A gente já discutiu isso Thiago. Qual é o problema? Lembra aquilo que eu te falei do cálculo do impacto? A gente precisa ter uma previsão de incorporação e uma data da entrada em vigor daquela incorporação, porque se não todo ano a gente vai ter que acompanhar aquela tecnologia sozinha, imagina a confusão. Ai naquele ano aquela tecnologia vira com impacto positivo, ai daqui a pouco vêm um montão que já é o ano seguinte da incorporação do Rol... O que é que a gente viu? Antigamente o Rol ficou quase 7 anos sem ser revisado né, então ficou um período grande, teve estoque e tal. Agora a gente ta revisando a cada 2 anos, então ou ta no ano de vigência ou ta

no ano da gente ta discutindo a incorporação. Então isso tem uma velocidade razoável, a gente não vê outra maneira hoje de ser feita, pode ser que na frente com a Citec ganhando corpo, algumas coisas acontecendo mais rápido a gente volte a discutir isso, mas hoje a gente acha que pra organização assim fica muito mais fácil, a gente não ia conseguir nem, como é que isso ia entrar em vigor, que dia, como é que ai fiscalizar, ia multar a partir de que dia, enfim... Ia ser uma coisa muito difícil de ser operacionalizada.

P/Miuky – Se puder passar o slide especificamente da OCT, OCT. É, o... Acho que assim, quanto ao item B é uma questão de estar ampliando a indicação, tem uma indicação reconhecida, acho que tem que ficar bem claro que são só doenças da retina, porque o glaucoma ta no item de nervo óptico. É, em relação ao item A talvez eu, é porque, já ficou, já ficou dês de a época da dut anterior que ta como acompanhamento e avaliação de pacientes em tratamento ocular quimioterápico. Mas como isso ta amarrado a uma outra cobertura, então talvez deixa bem claro que em tratamento ocular antiangiogênico de DMRI porque a gente sabe que tem gente fazendo outros tratamentos até não cobertos, por exemplo pra retinopatia diabética usando inclusive antiangiogênico que não é, não é de cobertura prevista. Então seria um, seria, deixar mais especificado o item A, tal qual está na cobertura atual.

P/Martha – Ok.

P/Homem não identificado – Com relação ao biológico...

P/Martha – Biológico.

P/Homem não identificado – É. Os estudos...

P/Martha – Ui gente, me perdi.

P/Homem não identificado – Os estudos de evidencia tem demonstrado beneficio biológico subcutâneo da mesma forma que o endovenoso, então acho que devia ser pensado nas outras doenças que estão cobertas o biológico endovenoso também, espondilite, Chron, enfim, a cobertura do subcutâneo suspender as outras porque isso já é uma realidade né.

P/Martha – Então, o que a gente fez aqui é o seguinte, a gente adaptou a do que tinha hoje pra o que tinha sido avaliada no Ministério, a demanda dele é diferente, além de ampliar pro subcutâneo que é essa proposta que ta aqui é ampliar as indicações, não é isso?

P/Homem não identificado – De acordo com a diretriz já da NS que é coberto...

P/Karla – Não, a da ANS pra endovenoso vai manter, nós não vamos alterar, o que nós estamos alterando aqui é para artrite reumatóide subcutânea conforme foi aprovado no Conitec.

P/Martha – Entendi. O que ele ta sugerindo é o seguinte, vê se é isso... Que a gente amplie o subcutâneo pra todas as indicações. Okay, okay. Entenderam gente? No Conitec ele foi aprovado pra subcutâneo pra artrite reumatóide, na nossa dut tem artrite reumatóide, doença de cron, tem algumas outras indicações. A proposta dele é que amplie o subcutâneo também para essas outras indicações. Okay?

P/Claudia – Eu queria só fazer um esclarecimento Martha, aqui é o seguinte, é... Com relação ao tempo né de... A própria Conitec, quando ela aprova, quando ela recomenda uma incorporação de uma tecnologia ela tem a lei né que rege o processo de incorporação de tecnologia pra 180 dias pra o Ministério da Saúde incorporar, é até importante esclarecer que não é a

Conitec que incorpora, são as outras áreas do Ministério da Saúde que incorporam aquela dada tecnologia. E mesmo esses 180 dias é um tempo muito exíguo pra se dar essa incorporação né, porque não é só colocar na tabela lá do Sigtap, você tem que fazer um protocolo né, você tem que ver quais são as situações que aquela tecnologia vai ser utilizada, tem que ver se tem rede ou os estabelecimentos de saúde estão preparados pra fazer aquela tecnologia, pra fazer aquele procedimento, sem tem o pessoal, o nível de aprendizagem do pessoal. Então é bastante complexo. E ai eu entendo que o impacto orçamentário também se modifica muito de uma situação pra outra, do SUS pra saúde suplementar e é um processo que não é realmente muito simples.

P/Martha – Então só, já que a Claudia falou isso, na verdade la no Conitec, ai gente eu to sentada... La no Conitec tem duas análises, uma é a analise da efetividade do procedimento que é essa analise que a gente usa aqui e depois tem uma outra analise que é uma analise de impacto de custo. O nosso combinado e o que ta na nossa nota sobre os critérios de incorporação fala o seguinte, se o procedimento passar na analise de efetividade basta como critério de priorização pra gente, ele pode ter sido reprovado no Conitec por uma analise de custo. Porque é que essa analise de custo de lá não serve pra de cá? Porque a gente tem que aprender a fazer a nossa né, então...

P/Claudia – E a população é outra né Martha.

P/Martha – Então a gente vai ter que aprender a fazer a nossa a um dia reprovar por conta dessa analise de custo semelhante a analise do Conitec, ta? Vamos lá gente, a gente ta nessas três, TCO, tomografia de coerência óptica, biológico pra artrite e reumatóide e bariátrica. O que é que eu anotei aqui já, é... TCO, fazer aquela observação linkando com a de DMRI e subcutâneo biológico para as outras indicações igual a dos que já tem além da artrite reumatóide.

P/Mulher não identificada – Tem um slide especificamente da artrite reumatóide? Do imunobiológico?

P/Martha – Tem.

P/Mulher não identificada – Na realidade o que eu gostaria é que a cobertura obrigatória viesse seguida, eu sei que isso já está previsto na RN, mas seguindo as indicações, posologias e principalmente o intervalo para reaplicação contidas na bula, eu sei que é redundante porque se diz isso, mas que como é uma dut de colocar a questão de reaplicação, prazo de reaplicação porque nem sempre as, as propostas seguem aquilo que está na bula, preconizado pela bula.

P/Martha – Então olha só, o que é que a gente diz... A gente diz que tudo que está fora da bula é (of label) e não tem cobertura, então a gente pode colocar que o prazo de reaplicação é o previsto em bula ta, ao invés da gente definir.

P/Mulher não identificada – Aplicação, intervalo, ozologia...

P/Martha – Okay? É, coerência óptica, artrite reumatóide e bariátrica.

P/Karla – Nós recebemos ontem no final do dia, só uma informação, Paulo Curi e Zilli estão aqui pra é... Que nós recebemos ontem a sugestão da sociedade de oftalmologia pra tomografia de coerência óptica. Não tivemos tempo de analisar dessa sugestão, mas a gente depois pode socializar e vamos ver se a gente consegue adequar, porque eles enviaram com referencia bibliográfica, então a gente vai ter que fazer os estudos, olhar todas essas referencia mesmo e a gente pode ver se ta contemplado já a questão das doenças de retina

nessa questão ta? Pelo que eu li rapidamente eu acho que já ta contemplado aqui, mas a gente faz essa avaliação também.

P/Martha – Okay?

P/Karla – Doutor Zilli quer complementar.

P/Emilio Cesar Zilli – Bom, boa tarde a todos. Na realidade...

P/Karla – Doutor Zilli, se apresenta pra gente na ata que ta gravando...

P/Emilio Cesar Zilli – Bom, meu nome é Emilio Cesar Zilli, eu sou o presidente da câmara técnica CBHPM da AMB. Na realidade não é nem uma complementação basicamente viu Karla, é mais uma dúvida que eu já tenho trazido a algum tempo e cada vez que eu vejo mais ainda e é uma dúvida de grande parte das especialidades médicas que tem me procurado pra me passar essa questão. É uma dúvida a respeito de dut mesmo né, o que é que são realmente as diretrizes de utilização? Porque a gente ouve falar em dut do Conitec, a gente ouve falar em dut da ANS, em dut da AMB. Então a primeira coisa que precisa é definir o que é que é dut pra todo mundo, porque se a Conitec olha a saúde publica e a ANS a saúde privada, a AMB saúde genericamente, pública e privada. Então pra nós interessa definir diretriz de utilização e você sabe que eu sou um defensor árduo de dut's, agora existe uma preocupação quanto a dinâmica dessa dut, quer dizer, na realidade o que a gente já passou de, já participou, eu tava contando outros dias que participou lá da cardiologia de umas 40 diretrizes e dessas 40 pelo menos umas 30 já foram revistas. É, a gente fica um pouco preocupado com a dinâmica que hoje você tem no processo de assistência, quer dizer, a ciência como um todo ela é extremamente dinâmica, ela muda a cada momento e a cada momento provavelmente essa dut que ta ai, eu não entendo nada de doença de retina, mas eu imagino que daqui a um ano você tem uma dut que precisa ser alterada. Então se a resposta da agência e dos órgãos não for extremamente rápida você vai criar mais um impasse especificamente na assistência, na saúde suplementar de uma coisa que merece ser feita, mas não é coberta. Então esse é o segundo ponto que eu acho que é importante, então eu acho que, é um apelo que eu faço, eu acho que essas diretrizes tanto da Conitec quanto da ANS necessariamente tem que ter academia e a especialidade juntos né e a gente tem que ter uma resposta pro dinamismo, como é que a gente vai incorporar de uma forma efetiva essas dut's que estão ai colocadas. Obrigado.

P/Martha – Alô? Assim doutor Zilli, é, a gente tem visto que dois anos não só aqui dentro do Brasil, mas fora tem sido um tempo razoável em divisão de diretrizes. Então assim, como a gente revisa necessariamente a cada dois anos, isso tem um tempo razoável, assim, a gente não deixa ela perdida, a cada dois anos a gente ta sempre revisando essas diretrizes. É, fora isso todas as diretrizes que a gente tem construído a gente além de construir com a sociedade, construir com a MB a gente coloca em consulta pública, tem muita participação, a gente junta com as, todas as contribuições que a gente recebe de operadora, enfim, de qualquer lugar, volta isso pra discussão dentro da MB da sociedade, isso tem se dado de uma maneira bastante adequada. Hoje eu acho que a gente vai discutir aqui uma dut que tem dado problema que é da cardiologia e que é uma das poucas que tem tido uma divergência importante, então o resto a gente tem conseguido unanimidade assim bastante bacana em torno das diretrizes. Só queria voltar aqui agora, então assim, coerência óptica

com a ressalva que a Karla já fez que a gente vai dar uma olhada no que chegou, okay?

P/Mulher não identificada – Posso só responder a dúvida dele com relação ao Conitec? Rapidamente não querendo sair do tema. Então, num temos a palavra, o termo “dut” né, nós temos os PCDT’s que são os Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapeutas, em algumas raras ocasiões a gente tem uma norma de utilização né, como por exemplo saiu a norma do _____ pro câncer de mama que tem uma especificidade _____ daquela tecnologia e os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que foram publicados por volta de quase 60 nos últimos três anos estão agora sendo revisados né, mas são 50 só pra revisar, fora todos os outros que tem que ser elaborados e hã... A cada nova incorporação de uma tecnologia, por exemplo, tem uma nova incorporação, hoje é um protocolo que ta vigente, a gente acabou de aprovar inclusive na ultima reunião que acaba, é nossa membra, é membro da ANS, a gente [o áudio começa a chiar forte dificultando a compreensão] entra no protocolo mesmo que ele esteja vigente né, então a gente ta tentando fazer esse desenho e esse esforço de conseguir atualizar então o protocolo dentro, contemplando aquela nova tecnologia e é... Por fim, todas as tecnologias incorporadas também passam em consulta pública que recebe contribuições de toda a sociedade, inclusive a MB com referencias e tudo mais... E depois na renovação ou na elaboração de um protocolo clínico também passa por uma consulta pública e quando, a Conitec quando vai avaliar um protocolo ou uma tecnologia, frequentemente chama especialistas, experts naquele determinado assunto pra serem envolvidos depois. Então assim, existe um movimento, é... A gente faz o que é possível ser feito né, só pra... É, eu acho que a gente pode conversar depois, eu posso esclarecer pra não tomar o fórum da discussão, eu só tava preocupada em esclarecer que existe essa preocupação de haver essa revisão e essa elaboração e que a sociedade ela é ouvida né, mal ou bem existe esse... Mas depois a gente conversa esse.

P/Martha – Vamos lá gente. É, TCO, ultima chamada em, vou fazer igual avião. TCO, artrite reumatóide bariátrica, vocês entenderam o problema da bariátrica? Posso passar? Não entenderam... Bariátrica saiu um protocolo novo do Ministério da Saúde, é um protocolo da SAS, não é um protocolo que tenha sido aprovado no Conitec, quando é aprovado no Conitec a Ana Claudia já falou a gente participa das discussões, a gente tem as referencias bibliográficas, a gente tem a justificativa pra isso né. Da bariátrica a gente não tem, o respaldo da bibliografia, a gente ainda não conseguiu buscar com o Ministério da Saúde, do que a gente tem achado de bibliografia não justifica a diminuição da idade. E uma outra coisa que a gente tem discutido é o seguinte, é um pouquinho diferente de como acontece no Ministério da Saúde, na saúde suplementar a gente tem tendo um “boom!” de cirurgia bariátrica e não ta cumprindo o protocolo e a gente sabe disso né... Então as pessoas não cumprem o protocolo e fazem a cirurgia bariátrica, se a gente diminui isso pra 16 anos a gente não tem a menor noção do que pode acontecer e a gente não tem bibliográfica que sustente, então o que a gente ta discutindo aqui é se a gente vai ou não adequar o nosso protocolo ao protocolo do Ministério, ta? E ai a gente precisa da opinião de vocês pra isso também, okay? Pode passar?

P/Karla – Passa mais um... Em relação a toxina botulínica, não sei se alguém queria fazer algum comentário.

P/Martha – Sim, o Marcelo eu acho que quer apresentar e abranja, eu falei fé na saúde, mas é abrange gente, é que vocês me deixam maluca, cada hora vocês são uma coisa ai eu fico perdida... Pois é, ai essa dupla personalidade me deixa maluca. Então é... Abrange e a cardiologia querem fazer uma apresentação e... Não, Ricardo.

P/Ricardo – Boa tarde, como a gente ta falando de diretriz de utilização, seria hoje o momento de sugerir com base em estudos científicos modificação retirada de embolização de de (aterioterina?)...

P/Martha – Seria hoje.

P/Ricardo – E é, no caso do (petscan?), complementar que já existe uma sugestão de um novo...

P/Martha – Seria hoje, então, hoje é tudo que já existe e como é que a gente vai mudar, na semana que vêm é o novo, o que não existe ainda. Então o que é que eu vou fazer? A gente vai passar pela cardiologia, depois a gente vai passar pela neurologia e acaba os slides que a gente tem de dut, ai a gente abre pras sugestões aqui do grupo, todo mundo tem as suas.

P/Ricardo – Inclusive sugerir a criação de uma nova dut, por exemplo, (ortodezi?) de coluna?

P/Martha – Inclusive ta? Então vamos lá, gente a gente só não tem muito tempo, ta? Meninas, cinco minutinhos ta bom? Abrange Fe na saúde.

P/Marcelo – Boa tarde, eu queria agradecer a Martha e a Karla pela oportunidade de estar aqui pra falar, meu nome é Marcelo (Radles?), eu sou cardiologista com formação clinica, trabalho com a partir de imagem à 12 anos e ressonância e tomografia cardíaca e eu, eu nem sabia da apresentação, mas a gente improvisou alguma coisa só pra vocês terem noção desse assunto e eu vou falar um pouco sobre, ta... Tomografia do sistema Cardin vascular ta... É com foco no ____ coronária. Acho que o (escorde cálcio?) a gente vai falar semana que vem, mas você acha que eu já dou uma introdução rápida? É rapidinha. Não? Tudo bem. Sem problemas. Assim, a taxa de mortalidade cardiovascular ela vêm diminuindo no mundo inteiro, vêm diminuindo bastante até, só que a população vem aumentando e o infarto é a principal causa de morte no mundo, isso ai é conhecimento de todos. Existe diversos fatores de risco dentro da cardiologia, (enteriza de chipudemia?), tipo genético, obesidade e etc... A consequência disso é o envelhecimento das artérias e obstrução das artérias e essa consequência no final das contas da um representante que é o enfarto. É, os testes que a gente tem hoje em dia que são bem tradicionais tipo teste de esforço, o eco cardiograma de estresse, a cintilografia e outros exames, eles são métodos funcionais que servem pra gente avaliar esse tipo de paciente, e esses são os métodos que são utilizados, cada um tem suas características, independente de suas características, a gente não vai entrar em detalhes, ele podem auxiliar dentro desse paciente com um doença atrial coronariana, tanto mesmo coma utilização desses métodos muitos pacientes eles vêm a desenvolver o infarto mesmo assim porque você não consegue diagnosticar precocemente ou de forma adequada todos os pacientes. E por um outro lado tem um estudo de 2010 do New England com 500 mil pacientes mostrando, foi só um estudo observacional onde 500 mil pacientes fizeram cateterismo e era observado o resultado desse cateterismo, e 40% dos pacientes não tinham nenhuma obstrução de mais de 25% tinham lesões intermediárias. Ou seja, 65% dos pacientes poderiam até evitar fazer o cateterismo se você conhece previamente isso. Então assim, a gente tem

métodos que não consegue diagnosticar de forma adequada mesmo sendo utilizado com grande intensidade e mesmo assim os métodos invasivos eles são utilizados em um grande numero de pacientes que as vezes não precisariam ser feitos. Então existe um problema ai dentro dessa avaliação cardiológica. O cálcio ta dentro dessa sistemática, mas eu não vou entrar em detalhe, mas a angiotomografia é uma parte do exame, é um método, eu na cardiologia, que já tem um pouco mais de quase 30 anos que avalia os vasos e avalia a parede dos vasos de forma não invasiva e isso pode ser útil pra você chegar e tentar analisar se o paciente tem alguma obstrução coronariana e até em fases mais precoces do que os métodos funcionais iriam avaliar. Então mais ou menos nessa, nesse âmbito que a angiotomografia ela funciona. Existe uma serie de estudos, já curar seja tomografia e eu sei que todos eles se sinalizam assim de forma bem robusta é que assim, o método quando negativo ele tem um valor (prestivo?) negativo muito alto. Ou seja, o método é bom, mas você tem que excluir doença. Então se você pega um paciente e uma angiotomografia foi normal, o paciente ele não deve ter doença em mais de 98% das vezes. Então é assim, é um método muito bom no que se trata de você afastar doença, se você falar que o método é, que o paciente não tem doença, isso daí é bem robusto. Aqui, mostrando um exemplo de angiotomografia , um paciente aqui é com calcificação e obstrução coronariana e apesar desta tomografia ela conseguir ver essa obstrução de forma semelhante ao cateterismo, ela ta mais nesse contexto de você afastar a doença, só pra reforçar isso. E dentro da indicação de angiotomografia, a avaliação de sintomas, uma indicação boa pra angiotomografia após um teste que foi feito, por exemplo, uma cintilografia que foi positiva e você ta na dúvida se ela foi positiva mesmo, ou seja, um paciente de baixo risco fez uma cintilografia e ela positiva e você ta na dúvida, a angiotomografia pode tirar essa dúvida impedindo o paciente de ir pro cateterismo. Então nesse contexto também é útil e em coronárias anomos que é uma indicação mais rara. É, eu acho que vale a pena fazer só uma ressalva só das utilizações porque é a ultima coisa que eu vou falar. É que essa avaliação de sintomas é uma cosia assim bem ampla dentro da cardiologia e é subjetivo, é difícil você avaliar isso, a teoria beisiana quando você faz essa análise por Diamond e Forest, você tem como fazer um cálculo do risco pré-teste do paciente dependendo da idade, do sexo e do tipo de dor do paciente. Então dependendo dessas características você enquadra o paciente num risco baixo, intermediário ou alto e isso é possível medir de forma simples até com números, é... Aquela, aquilo que tinha sido proposto, a diretriz foi colocada entre 30 e 60% ou seja, o paciente que vai no consultório de um medico e tem uma dor precordial com um certa característica, se o medico fizer a conta de qual risco dessa dor ser por uma obstrução coronariana e foi entre 30 e 60%, teoricamente os problemas de saúde deveriam cobrir esse exame pra você tirar essa dúvida, no entanto essa avaliação da porcentagem não é feita em nenhum consultório. Apesar de eu trabalhar com imagem eu fiz consultório 7 anos, eu tenho formação clinica e se for ver com qualquer cardiologista que a gente tem contato todos os dias eles não se faz essa conta de “ah, quanto é o risco pré-teste do paciente?” Inclusive é emergência é difícil de você ter esse valor de qual é o risco pré-teste do paciente. Então o que se tem na literatura é aquele valor 10 a 90% ou 15 a 85%, isso não são valores que a gente escolheu, que a gente inventou, são valores determinados na literatura há muitos anos e em diversas fontes diferentes. Mas assim, o que eu

acho que valeria propor pra essa diretriz não é colocar um valor, mas sim um risco intermediário, aí vale a pena fazer um monte de tomografia pra você excluir doença, é com foco no excluir doença. Se você pega um paciente que tem alto risco, esse paciente vai ser aquele paciente que tem muita calcificação, onde vai ser difícil fazer o exame, então nesse paciente de alto risco provavelmente a tomografia vai ajudar pouco porque a gente começa a ter limitações pra isso. Então a angiotomografia, ela tá no cenário dentro da cardiologia onde você fala assim ó “Olha, eu quero excluir doença de forma não invasiva” a angiotomografia, como tem um valor positivo e negativo mais alto entre esses outros métodos, ele é um bom método pra você de cara fazer o exame e fazer assim ó “Num precisa mais fazer nenhum exame” então é mais ou menos isso, não tem mais... Acabou eu acho.

P/Martha – Gente olha só... Só pra gente ir tentando ajeitar, as meninas vão apresentar uma outra proposta pra mesma diretriz. Vou tentar traduzir, tá? Assim, a proposta da cardiologia é ampliar o volume de pessoas que poderiam ser aptas a realizar esse exame, como o risco intermediário que o Marcelo chamou, ele passa da faixa que tava lá 30 a 60 pra 10 a 90, então uma quantidade enorme com risco, com dor precordial se enquadrariam nessa diretriz né. E o que tá se discutindo em cima de evidências né, de ambas as partes e a gente tem estudado isso e a gente tá numa dúvida cruel e por isso que a gente pediu pros dois apresentarem, é que eles vão apresentar também outras evidências que existem também internacionais que mostram que uma outra faixa beneficiada ao invés dessa faixa que foi proposta, então é difícil, é técnico pra caramba, eu sei que a gente tá discutindo um nível [risos] um nível difícil de todo mundo entender, mas a gente vai tentando explicar pra vocês o que é que isso, tá bom? Meninas, cinco minutinhos tá? Só pra gente...

P/Suzana – Bom, boa tarde meu nome é Suzana, eu tô aqui em nome da (Amil?) da Abrange, represento a Amil e faço parte do núcleo Amil avaliação de tecnologias em saúde recentemente criado, trabalho junto com a doutora Maria Elisa Páduas que também tá aqui presente e que junto comigo construiu o que eu vou apresentar aqui, é... Eu sou cardiologista de formação, vou fazer uma contra-posição que o amigo radiologista apresentou agora, eu sou cardiologista clínica né. Então assim, eu tenho uma formação mais clínica na área de emergência terapia intensiva e avaliação e assistência em consultório. Os procedimentos que nós selecionamos né, o nosso grupo selecionou pra revisão e avaliação e proposta de sugestões ao Rol, nós incluímos estes procedimentos dentro da cardiologia alguns outros procedimentos fora do âmbito da cardiologia. E nós trabalhamos o tema de forma a tentar identificar qual é a melhor proposta dentro desses exames que aqui se encontram na linha de investigação da dor torácica, tanto a dor torácica aguda na sala de emergência quanto a dor torácica crônica, aí já começa a primeira distinção e o que chama a atenção na diretriz da ANS é que ela não faz essa distinção. Então isso é uma das coisas que chamou a nossa atenção porque a ANS ela utiliza critérios que são critérios que foram desenvolvidos e elaborados a partir da avaliação aos pacientes a nível ambulatorial e isso tem sido aplicado a pacientes a nível de emergência e avaliação da dor torácica aguda onde os critérios pra avaliação são outros que não os critérios da Diamond Forest, nós utilizamos outros critérios que são os critérios de (Brund?) que foram publicados na diretriz do American Heart Association que é a diretriz que a sociedade brasileira de cardiologia segue que foi publicada em 2002. No nosso

método de trabalho nós fizemos a revisão das diretrizes elaboradas, nós buscamos tentar avaliar principalmente as diretrizes da sociedade brasileira de cardiologia que é a diretriz de maior penetração, maior capilaridade no Brasil e a maioria dos cardiologistas na clínica eles buscam seguir essa diretriz. E nós selecionamos as recomendações que foram classificadas pela sociedade brasileira de cardiologia e por outras sociedades médicas na Europa e Estados Unidos como um e dois A e uma classificação da recomendação como um ou dois A quer dizer que dentro do corpo diretor dentro do corpo que elaborou aquela recomendação houve um consenso, pelo menos a maioria das pessoas se posicionaram a favor daquela recomendação ou porque as evidências pesam a favor daquela recomendação. E nós também buscamos algumas informações na revisão de avaliação de tecnologia em saúde, nosso trabalho tem algumas limitações porque nós não seguimos a metodologia exatamente como foi proposta pra revisão sistemática de literatura, nós fizemos o que se chama de revisão rápida de literatura e tentamos avaliar apenas a posição das sociedades médicas nacionais e internacionais no sentido da recomendação dando os terceiros coronários e de outros métodos em cardiologia para os quais nós estamos sugerindo a inclusão de uma diretriz de utilização uma vez que estes métodos já fazem parte do Rol de procedimento. Aqui nós temos a investigação de DAC (Doença Arterial Coronária) e hoje a angio TC, ela é indicada em pacientes sintomáticos, isso tá lá na diretriz de utilização, com probabilidade de pré-teste intermediária e como alternativa os métodos provocativos pesquisa de isquemia. Essa é uma diretriz ampla porque ela não se restringe aos pacientes com probabilidade de pré-teste intermediário, quando ela diz que ela pode ser utilizada como alternativa e métodos provocativos de isquemia, você tá entendendo essa indicação pras outras probabilidades pré-testes que não só a probabilidade de pré-teste intermediária. A diretriz de utilização da ANS ela se concentra nessa coluna aqui em azul dizendo que pra pacientes com probabilidades de pré-teste moderar entre 30 e 60% conforme dito anteriormente, a angio TC ela estaria mais adequadamente indicada e a cobertura obrigatória se daria nessa faixa da população. E aqui eu chamo a atenção para algumas coisas, a primeira como eu já disse, isso não leva em consideração a sala de emergência e os pacientes com síndrome coronariana aguda ou pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda, portanto outros critérios precisariam ser contemplados nessa diretriz se a gente tá falando em termos de probabilidade pré-teste. Probabilidade é diferente de risco, quando eu falo de probabilidade eu to falando de probabilidade de doença, risco eu to falando risco de morte súbita ou de um evento grave provocado por aquela situação naquele momento. O paciente ambulatorio avalia probabilidade, paciente em sala de emergência eu avalio o risco, porque eu to calculando a fase aguda daquela doença naquele momento e é com base nessa informação que a gente planeja terapêutica a condição daquele paciente. A outra questão que eu levanto aqui nessa diretriz é essa publicação do doutor Fin 2012, ano pássaro, em uma revisão em uma análise, é um comentário publicado em relação ao que foi publicada em 2010 pelo Nice, o Nice segue exatamente a recomendação de investigação de pacientes probabilidade pré-teste moderada entre 30 e 60%, não com angio TC, mas sim com cintilografia miocárdica e angio TC estaria indicada como primeira escolha pra pacientes com baixa probabilidade de pré-teste e não com probabilidade de pré-teste intermediário. O Nice inclusive se

coloca contra essa indicação. Então na probabilidade de pré-teste moderado estaria indicado a cintilografia. Nessa publicação do doutor Fin, houve um questionamento em relação à estender ou não pacientes que se encontram na faixa de 60 ou 90%, estender a indicação do teste pra pacientes que estão nesse buraco, nesse gap e o doutor Fin ele faz um comentário bastante interessante aqui, enfim, existem várias críticas em relação a publicação do Nice e a principal crítica é por conta desse gap, entre 60 e 90%. Porque o Nice recomenda que pacientes com probabilidades de pré-teste entre 60 e 90 deveriam ser submetidos diretamente a coronariografia diagnóstica e com isso o custo da investigação ela seria duplicada né, você teria um aumento de 100% no custo da investigação e essa análise o doutor Fin faz sugerindo que a probabilidade de pré-teste intermediária ela seja estendida pra 90% e isso foi incorporado agora em 2012 na diretriz também no American Heart Association, do American College of Chest Physicians, do Colégio Americano de Médicos, Colégio Americano de Cirurgia do Tórax, uma proposta de extensão dessa probabilidade da taxa intermediária de 60 pra 90% por conta desse questionamento, uma vez que nessa faixa de pacientes com 60 e 90 a prevalência de doença ela é baixa, ela não é alta. A prevalência é em torno de 20% e se você indica cat direto pra essas pessoas a gente vai tá fazendo cat's necessários mais ou menos 80% dos pacientes, 80% vão estar sendo submetidos a um procedimento que não é um procedimento isento de risco, de forma desnecessária. Então houve uma revisão e agora em 2012 isso foi publicado dizendo que pacientes deveriam ser investigados com probabilidades de pré-teste intermediária até essa faixa de 90%. Aqui está a publicação, uma outra publicação do doutor Rogers falando dessa questão da probabilidade pré-teste entre 60 e 90% e eu fiz também junto com o grupo uma revisão do que as diretrizes colocam em relação a angio investigação da dor torácica ambulatorial. O Nice ele se coloca claramente a favor a indicação da angio coronária mais população de baixa probabilidade de pré-teste, não probabilidade de pré-teste intermediária como bem falou o colega pra afastar doença coronariana, não pra confirmar doença coronariana. Pacientes com probabilidade de pré-teste intermediária e alta a investigação é pra confirmar o diagnóstico de doença e não pra afastar o diagnóstico de doença. Então o nosso sentido raciocínio clínico ele passa a ser direcionado num outro sentido e o Nice ele se posiciona dessa forma. Mas o que é engraçado é que quando a gente olha as diretrizes e as sociedades de cardiologia elas se posicionam também pra probabilidade de pré-teste baixa, mas abrangendo a probabilidade de pré-teste intermediária. A gente vê isso no American Heart Association e a gente vê isso nessa revisão agora que é uma diretriz específica para a investigação de pacientes com doença cardíaca isquêmica estável. Então nessa diretriz há também um posicionamento a favor da utilização da angio coronárias mais pra pacientes com baixa probabilidade pré-teste e em algumas situações pra pacientes com probabilidade de pré-teste intermediária. Quando a gente olha pra dor torácica aguda há uma pobreza aqui, a gente vê vários espaços em branco, sabe porque? Eu não encontrei, nós não encontramos na nossa revisão nenhuma evidencia clara a favor da utilização da angio coronárias na sala de emergência pra investigação da dor torácica aguda como método de primeira escolha. Existem algumas indicações de nível 2b, isso significa que há uma controversa no corpo que elaborou a diretriz ou por conta de opinião ou por conta de evidência claras são apenas a sociedade européia

de cardiologia se posiciona a favor de que o paciente tenha uma troponina, alto sensível negativa. Então com critérios específicos o colégio europeu ele se posiciona a favor da utilização da angiocoronária na sala de emergência, mas novamente não utilizamos critérios que hoje são os critérios que estão lá escritos na diretriz da ANS. Então a proposta ela deveria ser diferente e se pautada na literatura, incluindo outros critérios... Eu já to concluindo. Eu só quero mostrar aqui mais uma coisa, em relação a cintilografia miocárdica e a angio coronária e o escore de cálcio, o resultado que eu mostro aqui são os resultados de razão de vera semelhança, que quer dizer o que? Capacidade do teste confirmar a presença da doença, que a razão de vera semelhança positiva aqui na primeira coluna, ou capacidade do teste de afastar a doença que é aqui na segunda coluna. E o que a gente observa aqui é que o escore de cálcio, por exemplo tem uma capacidade pra confirmar a doença muito baixa, quanto mais longe do dez, quanto menor esse numero pior por razão de vera semelhança positiva, pra negativa quanto mais próxima do zero melhor. Então (escór) de cálcio pra confirmar a doença não é uma boa opção, ele é uma boa opção pra afastar a doença, assim como a angio (tecede?) coronárias. Pra confirmar a doença ele tem uma capacidade que é menor do que a capacidade por exemplo da cintilografia miocárdica, então ele seria mais indicado também pra afastar a doença ou como uma segunda opção quando a cintilografia miocárdica ou com outro método de investigação não invasivo ele não seja possível. Eu concludo a minha apresentação aqui né, e a nossa proposta é que a angio antecede coronárias ele seja um método alternativo e não um método de primeira escolha pra investigação destes pacientes pelas razões que eu expus aqui. Obrigada.

P/Martha – Primeiro, não precisa ninguém olhar pra minha cara com essa cara, a gente não vai fazer vocês passarem por isso de novo, mas porque é que a gente achou importante? Pra vocês entenderem aonde fica o buraco... Assim, o que é que a gente tem que estudar, o que é que a gente tem que analisar, a gente recebe essa demanda do Marcelo e a gente recebe essa análise da Amil. Eu tenho que estudar os dois e dizer qual é o melhor. Entenderam? Então assim, é óbvio que a gente não vai resolver isso daqui agora esse é um, são quatro mil e quinhentos, então assim é... É isso que a gente faz todo dia. É óbvio que a gente não vai resolver isso aqui agora, não é minha intenção discutir qual é o resultados que são melhores, eu só queria que vocês entendessem o que é que é fazer avaliação de tecnologia. Quando a gente fala que teve uma divergência não é porque eu acho, outro acha, um é mais bonitinho, o outro é mais feinho, é porque alguém fez algum estudo que se baseou e levantou, leu bibliografia, o outro sentou e já leu outras coisas e assim... A gente precisa ter muita calma e muita paciência na hora em que a gente falar de estudos, então essa diretriz hoje pra gente ela é a mais complexa, não que seja a que da mais problema ta, a gente vai ver depois, a patrícia não ta aqui vai fazer uma apresentação com algumas que dão mais problema, Adriana, é... Que dão mais problemas e tal, mas pra vocês entenderem a complexidade do que é isso. Então qual é a minha proposta pra resolver a de cardio, a gente vai sentar nós três e quem mais quiser e a gente vai olhar estudo por estudo, ver qual é o melhor desenho que a gente pode chegar, ta? Então...

P/Mulher não identificada – A nossa proposta inclui uma dut pra cintilografia e pra teste ergométrico, ta...

P/Martha – Alguém me faz sair daqui porque eu não consigo... Ah, aqui... Então é essa a, volta la pra outra apresentação. Então era isso que a gente queria, o que é que a gente ainda tem como apresentação? A gente ainda vai discutir um pouquinho as da neuro hoje, é... Tem uma pessoa aqui que é a Adriana que é uma geneticista que a gente também convidou porque a gente queria discutir genética, a de genética sim é um problema enorme, então difícil pra caramba, a gente não consegue ter contribuições nesse sentido e ai eu vou abrir pra gente discutir as outras ta? Que eu sei que tem várias outras que o pessoas quer discutir. Eu vou passar aqui as de neuro e ai se você quiser fazer os seus apontamentos, deixa só ele tentar achar... Pode passar Karlinha, vai... Aqui ó, Alexandre, se você quiser a gente pode ler ou você pode comentar. Então o que ta em preto gente, é como ta a diretriz hoje, o que ta em vermelho foi como sugestão da sociedade que seja retirado e o que ta em azul é sugestão deles pra que seja colocado. Diretriz é muito complicado, precisa de um estudo, a gente não vai conseguir resolver hoje... Eu queria apresentar pra todos vocês as demandas pra todo mundo ter tempo, uma semana, duas óbvio, pra estudar isso tudo e a gente ter mais discussão. Alexandre, você quer falar alguma coisa? Leva aqui o microfone, por favor.

P/Alexandre – É, as diretrizes que a gente propôs alguma revisão são basicamente as diretrizes 18, 19, 20 que são diretrizes que tangem uma parte especifica da neurocirurgia que é a neurocirurgia funcional. Então assim, ai assim, por exemplo, nessa primeira diretriz que é a diretriz é a dut 18 trata do implante dos eletrodos ou gerador. Então aqui o que a gente vê é o seguinte, a diretriz inicial contemplava esse tratamento pro Parkinson né, e a gente quer estender, tem essas modificações que estão ai e estender pra outras doenças também do âmbito dos transtornos de movimento. Então aqui eu trouxe aqui algumas outras coisas que contemplam não só Parkinson, mas também, acho que num... Você num recebeu?

P/Martha – Recebi, e ai o que a gente queria pedir assim, o Marcelo mandou pra gente toda a bibliografia, toda referencia e tal, as meninas da Brandi também mandaram, a gente não recebeu suas referencias, você entendeu porque a gente precisa delas?

P/Alexandre – Sim, sim... então aqui, aqui na verdade a idéia de excluir essa outra doença psiquiátrica associada na questão do Parkinson, porque o seguinte é... Existe o... A doença de Parkinson é uma doença não exclusivamente motora, a gente conhece, senso comum é aquele tremor, a rigidez e tal. Só que assim, em torno de cinco a dez anos antes do surgimento dos sintomas motores tem um, tem um... O que a gente conhece como sintomas pré-motores e o mais prevalente deles é a depressão, então muitos pacientes que começam com quadro depressivo, que ficam com diagnóstico de depressão acabam, num é que acabam evoluindo, quer dizer, vão se descobrir Parkinsonianos alguns anos depois. Então quer dizer, a coexistência de transtorno psiquiátrico no Parkinson é relevante, então por isso que não dá pra gente diferenciar tanto isso daí. E ai outra questão é assim, a extensão pras outras doenças, as distonias, ah não ta ali também né... As distonias, assim... É que ai já ta indo pra epilepsia... Ta, é que na ordem aqui então. Tem as distonias, que são os pacientes em distonia primária com mais de 8 anos, a epilepsia que é uma questão que foi aprovada pelo FG a cerca dos dois anos...

P/Martha – Mais um pouquinho... Hu, pode falar Alexandre.

P/Alexandre – Ta. Cheguei um pouco antes... É isso. Então quer dizer, ali ta com muita da epilepsia que tem uma questão que foi, que tem um estudo sante de 2010 que já estabelece como uma terapêutica eficaz né, tem a questão ali dos outros temores, quer dizer, a gente conhece o tremor Parkinsoniano, mas na verdade o tremor mais frequente na população é o tremor essencial. Então os casos refratários né, de tremor essencial cabe o tratamento com estimulação cerebral profunda. E na verdade, essa questão da estimulação, porque é que ela ganhou espaço hpje né, quer dizer que o... Antigamente a gente fazia apenas lesões cerebrais, quer dizer, os alvos hoje que são alvos pra implante de eletrodo antes eram ovos pra ablação, só que a gente ta falando de, eram lesões no diencéfalo, quer dizer, era uma região profunda do encéfalo e que assim, as lesões bilaterais geravam muita complicação do ponto de vista cognitivo memória. Então existia uma limitação do tratamento né, ai com a questão da estimulação cerebral que a gente não vai lesar, a gente vai ter que procurar inibir eletricamente essas áreas ganhou um espaço pra gente conseguir aplicar em outros, em outras doenças. Por exemplo, esse negócio do tremor é essencial né, que é o tremor mais frequente, é claro que 90% dos tremores a gente controla exclusivamente com remédio, agora, é um sintoma que ele é sempre bilateral. Então o que seria o alvo ali, seria um núcleo dentro do tálamo que é o núcleo ventral intermédio, é um alvo que se a gente for lá e fizer uma lesão bilateral, o paciente indubitavelmente vai sair afásico e com alteração de memória e cognição. Agora, com a estimulação não, por isso que ganhou espaço pra gente amplia o aspecto terapêutico né, então por isso que a gente propõe ai não só o Parkinson, mas agora a epilepsia, o tremor, a questão das depressões eu acho que é uma questão assim que a gente...

P/Martha – Posso fazer uma pergunta?

P/Alexandre – Pode.

P/Martha – É, a gente sempre olha pra uma dut, ai eu fico cheia de dúvidas, por exemplo... Esse com ou sem micro registro, esse micro registro é uma outra tecnologia ou é a mesma?

P/Alexandre – Não, então ai, bom. É, deixa só eu terminar das doenças ai a gente volta. Ai depois tem as doenças psiquiátricas, a depressão e o transtorno obsessivo compulsivo que são as doenças que a gente tem mais estudos em dentre as doenças psiquiátricas pra uma tratamento por esse método né, então ai as evidencias não são tão altas quanto as outras, a gente vai ter que discutir ta. Agora, voltando ali na questão do micro registro, o que é que acontece, é... Como é que a gente, a idéia é o seguinte, todas essas doenças que a gente ta falando são doenças em que se a gente fizer uma ressonância magnética do encéfalo, é normal. Quer dizer, uma ressonância, por exemplo, Parkinson, o diagnóstico do Parkinson hoje o diagnóstico é clínico, então não é numa consulta, quer dizer, o acompanhamento vai te mostrar isso, e se você faz uma ressonância magnética num doente com sintomas Parkinsonianos e tiver alterações, a gente exclui o Parkinson. Então nas doenças funcionais que são essas daí principais a ressonância é normal. Então quer dizer, isso daí já é uma dificuldade porque a gente ta tratando uma doença que a gente não tem a base anatômica de imagem né. Então tudo bem, então a gente faz o diagnóstico e vai procurar tratar, então o encéfalo é normal. E a gente tem alguns alvos que a gente vai plantar esses eletrodos e o alvo é anatômico, então quer dizer, são alvos microscópicos... São em torno assim de 1

sentimento cúbico. Então a gente não vê uma doença, o exame tá normal, o alvo é pequeno e a gente não enxerga nessa ressonância de um e meio tesla, até três tesla, com sete tesla que se usa em pesquisa se consegue ver isso daí. Então corre o risco, toda vez que a gente usa o um e meio tesla não vê, aí a gente tem o que? A gente tem o sistema de mapeamento do encéfalo. Então a gente, baseado em esterotaxia.

P/Martha – Que é um micro registro.

P/Alexandre – Não, eu vou chegar no micro registro. Baseado no, a gente tem esse conhecimento, daí a gente vai, então a gente tem que achar um alvo pequeno num cérebro normal, então a gente tem que mapear esse cérebro, então a gente tem o conhecimento de Atlas que mapeia esse cérebro baseada em coordenadas cartesianas que é a esterotaxia. Então a gente pega, faz uma esterotaxia e sabe que esse alvo tem uma coordenada espacial dentro daquele cérebro. Tá, então isso já melhora, porque quer dizer, a gente já tá mais próximo, tá. Só que tem uma complicação, esses mapas foram feitos com cérebro de cadáver e um número limitado de pacientes, o Atlas que se usa hoje assim no mundo, mais assim que é o Atlas de (Shao Tenbrã?) que é o mais usado, é um Atlas da década de 70 que foi um 9 cérebros. Então não dá pra gente falar que esse cérebro é igual ao nosso. E mais uma coisa ainda é que a gente conhece que existe uma neuro plasticidade, então quer dizer, esses pacientes doentes, mesmo a gente que é saudável, o local anatômico dos núcleos não é exatamente o mesmo que todo mundo. Então aí que entra o micro registro, quer dizer, você mapeou o cérebro com a estereotaxia, você tem uma idéia da coordenada estereotáxica em três planos desse núcleo que a gente quer pôr o eletrodo. Tá agora, agora na hora da cirurgia o que é que a gente faz? A gente tem a coordenada e vai direto lá, não com eletrodo, com esse negócio que é o micro registro, que é uma sonda. Então a hora que essa sonda entra...

P/Martha – Então, esse negócio é um outro negócio.

P/Alexandre – É, é... Num é um implante.

P/Martha – é isso que eu queria saber, esse negócio é um outro negócio...

P/Alexandre – É um outro negócio, é uma sonda que a hora que você entra ela capta o potencial elétrico das células e a gente sabe que cada uma das células nessa trajetória do cérebro até o núcleo cada uma das células tem uma sequência característica de disparo. Então a gora que a gente tá descendo.

P/Martha – Só pra você entender Marcelo assim, porque é que isso é tão importante pra mim? Porque pra mim, assim, o que é que é um implante de eletrodo? É um procedimento, o micro registro é um outro procedimento.

P/Alexandre – Não, seria um mapeamento pra do implante.

P/Martha – Okay, okay. Eu entendi, eu entendi... Mas é um outro procedimento. É igual aqui o Marcelo ó, você tem o escore de cálcio e você tem a angiotomografia, são outros, são dois procedimentos diferentes. Então assim, na verdade essa coisa do micro registro a gente vai ter que discutir na próxima reunião, que é um procedimento novo pra se incorporar. Então assim, só pra gente num se estender demais, o Manoel quer fazer uma observação, o Ricardo também, a gente pode dar uma discutida nisso. Mas o que é que eu queria? Eu queria que a gente depois se identificasse e falasse assim “Martha, quero discutir bariátrica” pra gente poder anotar aqui mais ou menos a quantidade de dut’s que a gente vai discutir agora, a gente tá organizada, por exemplo, exatamente, a gente já sabe que a Adriana tá aqui e que a gente

quer muito discutir genética, então eu já botei Adriana genética. A gente sabe que a Marlene vai querer discutir um pouquinho, então a gente vai identificar quais são as dut's e a gente vai partir pra frente. Vou deixar o Ricardo falar, o Manuel falar e aí a gente volta.

P/Alexandre – E a gente vai falar das outras?

P/Martha – Ricardo e Manuel.

P/Homem não identificado – Boa tarde é... Colega Marcelo né? Alexandre, desculpe. Alexandre a gente teve uma oportunidade em 2011 em dezembro de fazer um curso avançado de avaliação em tecnologias e saúde e o Estudo de Clínica Sanitária de Buenos Aires e o Decit, a orientadora do nosso trabalho foi Avilla que é do Decit né? Na Conitec. Então assim, o tema foi justamente estimulação cerebral profunda no núcleo subtalâmico né que a gente viu que historicamente o pálido tanto interno quanto externo ele era feito, talomotomia e gerando realmente lesões muito agressivas e efeitos colaterais. E aí a gente fez uma APS na verdade inclusive com, se arriscou aqui a fazer uma avaliação de custo efetividade né que acho que é hora de começar a fazer na saúde e só pra você ter uma idéia em relação a curso efetividade, os descartáveis nessa cirurgia nos Estados Unidos pra bilateral custa em torno de 30 mil dólares e aqui custa em torno de 220 mil... Isso a gente pagou por liminar né... Então quanto custo efetivo, porque na análise de tecnologia primeiro a gente vê segurança, depois a gente vê eficácia e depois a custo efetividade porque se eu tiver, por exemplo, uma insulina que custa 40 mil reais que dura um ano, por mais que ela seja a melhor do mundo muitos sistemas de saúde não vão poder incorporar. Então só voltando aqui ao assunto, nessa ATS a gente teve a oportunidade de estudar exaustivamente a estimulação cerebral profunda, a gente tem aqui, a gente achou 196 artigos, 31 foram randomizados e dois foram metanálises. O desfecho mais duro foi pela medida da ____ e PDQ 39. A variação de acompanhamento foi de 1 a 5 anos e hoje além desses artigos também pegou três guidelines e ATS da Austrália, do Canadá e Anais(?) né. Então o que preocupou a gente em relação a isso, que apesar de a tecnologia se mostrar eficaz em termos estatísticos como significância de P de um ou dois ou três pontos na escala UPDRS especialmente na parte três que é motora, não se sabe dizer quanto isso é insignificante. Então isso é uma discussão que eu fui arguido da banca na qual apresentei esse trabalho com o meu grupo, sim. Mas o elemento de dois, três pontos na escala UPDRS significa o que clinicamente? Eu não tive a resposta porque não tem nenhum artigo, pelo menos nós não encontramos na pasta de neurologia que correlacione variação da escala UPDRS, especialmente a três que é a motora com significância clínica, então esse é o primeiro ponto. O segundo ponto é que na maioria dos artigos mal se sabia sequer frequência para estimular o núcleo subtalâmico porque ele tem um milímetro, me corrige se eu estiver certo, passam várias vias que vão para o tálamo e aonde teve uma taxa de complicação aqui de hemorragia na hora da cirurgia de 3 a 4%, inclusive numa ____ e a ____ com 15% de desenvolvimento de psicose após o procedimento. Então eu acho que a gente deve também na parte médica procurar ver a condição de benefício paciente porque não é um procedimento simples não é, somente pessoas, neurocirurgiões não são todos que fazem, você tem que ser muito capacitado, tem que ser centro de referência porque é um procedimento em duas etapas, você bota lá o eletrodo e depois você bota o gerador (subclavicular?) e aí tem artigos que até falam que ligou ____ depois pra poder saber qual era a

frequência, ligaram um pouquinho e desligava, ligava um pouquinho e desligava. Então assim, eu acho que primeiro a gente tem que perguntar, quão seguro realmente é? Apesar da _____ ter aprovado né... Qual seguro é realmente esse procedimento, essa eficácia ela tem significância clínica até que ponto? E já que a NS está dizendo que ta querendo começar a fazer dever de casa né custo efetividade para...

P/Martha – De todos nós, um dever de todos nós.

P/Homem não identificado – É, de todos nós... Mas assim, já ta fazendo aqui o nosso né... Então é, qual é o custo efetivo, aqui eu to vendo esse estudo, pode ser que não seja realidade né, no Brasil, mas ali nas quintas envolvidas que nós temos na Bahia é... _____ de 37 milhões ano, se a gente admitisse que 20 pessoas precisassem desse procedimento na carteira. Então 20 pessoas, 37 milhões, quem é que para isso né?

P/Martha – Pera ai gente, ola só... Calma, calma, calma, calma... Já formei um grupo um de diretrizes que é Marcelo, Amil e a gente. Já formei um grupo... Não, Marcelo, Amil e a gente. Grupo dois, Alexandre, Ricardo e a gente. Então, num vai dar pra gente se estender nessa discussão muito micro aqui porque a gente vai se perder e as pessoas também. O Manuel já tinha levantado o braço, a Ana Paula também, vou deixar os dois falarem e depois a gente vai praquele macrão que eu falei que é que saber o que é que vocês querem discutir de cada diretriz, ta bom?

P/Homem não identificado – Martha, só dando meio passo atrás, dois segundos. A gente gostaria de se candidatar de participar desse grupo da angio TC...

P/Martha – Dois?

P/Homem não identificado – Oi?

P/Martha – Um...

P/Homem não identificado – Da angio TC, a gente tem duas sugestões caso venha ficar a questão da baixa probabilidade _____ coronariana, a gente tem duas sugestões p´ra incluir então como condição pra essa possibilidade. Enfim, o colega já leu no dia, nós localizamos na literatura as seguintes solicitações ou realizações de planos de profundo de neuro estimulador que eu vou citar aqui ausaimer, (blefaro?) espasmo, doença crônica lá da região cerebral, estado vegetativo crônico, depressão, epilepsia que foram os dois que foram mencionados por você como condição e tremor de voz ou de cabeça, huntington, estado de consciência mínimo, obesidade, desordem obsessiva compulsiva, Parkinson não relacionado a disartria e síndrome de tourette. Então, todas... Pra nenhuma dessas houve suficiente evidencia ou suporte de que teriam indicação efetiva pra uso do implante, pra se ver como isso acaba sendo ampliado caso a gente venha colocar como qual é a sua proposta, só isso. Mas gostaria também de fazer parte dessa.

P/Martha – Depois de cada eu vou te dar um tempinho, deixa só a Ana Paula falar que ai você complementa e ai gente, não vamos nos estender, eu sei que ainda tem mais coisa pra falar da neuro, mas não vai adiantar a gente tentar discutir isso aqui no grupo, a gente vai perder nosso tempo. Então vamos resolver assim, o que mais cada um tem que falar, se alguém mais quiser se juntar a esses dois grupos que a gente formou extremamente técnicos, e ai o perfil desse grupo é descer lá no buraco mesmo, então eu vou ficar só... porque eu não vou dar conta. Então é, se alguém quiser se juntar nesses

grupos okay ta? Ai depois que a Ana Paula falar o Alexandre falar um pouquinho a gente da uma passada, ta?

P/Ana Paula – Eu só queria fazer um comentário, eu como médica eu volto à palavra do meu colega da AMB. Nós não, o que é que é dut na concepção da agência. Porque quando a gente ta falando de um procedimento que vai atingir um perfil populacional que naqueles 20 80, os 80 20 e que a gente não consegue consenso entre especialistas do mesmo setor e que eles demonstram isso, que eles tem dúvidas. Pra que existe dut então se eu vou incluir...

P/Martha – Exatamente por isso.

P/Ana Paula – Pois é, então. Então eu preciso ter um consenso, se eu tenho um consenso fica claro pela própria discussão que se a gente se pegar no micro né, no conceito individual de uma patologia, a gente não vai conseguir chegar a um consenso nunca né.

P/Martha – Eu discordo um pouquinho Ana Paula. Assim, eu acho que é... A gente vai ver o seguinte, se a gente estuda um pouco os outros países a gente vê que a gente só forma essa, primeiro que não existe consenso, vai existir uma evidência prevalente, eu acho que isso é o primeiro de tudo, assim... A gente não quer consenso entre os dois, a gente quer qual é a melhor evidência né... Então assim, isso existe né. A gente ta começando a fazer isso aqui agora, então a gente é muito apegado ainda a minha pratica, ao que eu via, ao que eu sei, ao que eu estudei, enfim. A gente precisa... Isso, mas eu acho que, eu concordo Ana, mas eu acho que a gente ta crescendo nisso, só o fato da gente ta aqui, todo mundo apresentando a sua parte, a gente ta disposto a sentar todo mundo junto, a bater evidência, a ver qual é o melhor e sim, chegar num melhor evidencia, numa coisa única. Eu acho que né, igual CREDICAR, não tem preço. Então assim, é um crescimento, eu acho que daqui a duas ou três revisões a gente vai ta num outro nível, e ai quem participou aqui, eu tava conversando com o Márcio lá fora, quem veio dê de a primeira revisão do Rol, a gente não conseguia falar aqui, era uma gritaria, todo mundo queria se matar. Então assim, a gente ta crescendo, eu não tenho a menor dúvida disso... Doutor (Zi?), o Alexandre quer falar doutor Zilli. Tá.

P/Alexandre – Então assim, eu só queria aproveitar então e já... A gente tem outras dut's pra serem discutidas também, então eu já incluí nesse grupo de trabalho pra não ficar estendendo, então já teria, seria a outra, a dut 19 que trata do eletrodo na medula e a dut 20 que trata do implante intratecal de bombas, então eu já incluí no mesmo pacote falar tudo. Agora, propor dut nova não é hoje né?

P/Martha – Não, é na próxima semana ta? Doutor Zilli... Passa aqui o microfone pra frente.

P/Emilio Cesar Zilli – Eu queria só fazer mais uma observação, é o seguinte. O que eu to entendendo que você ta propondo é uma câmara técnica e na realidade a câmara técnica já existe e a gente tem buscado tremendamente na câmara técnica transformar numa câmara técnica realmente científica. Eu acho que toda essa discussão que ta aqui inclusive do pessoal da neuro, inclusive do pessoal da _____, deveria ter passado antes numa forma muito mais ativa na cama técnica da CBHPM.

P/Martha – Ô, eu também acho, ia ficar muito bom.

P/Emilio Cesar Zilli – E um detalhe nisso, inclusive, inclusive com vocês todos lá porque não tem condição de discutir uma situação como essa que são duas

opiniões por exemplo de visões estatísticas diferentes epidemiológicas diferentes e na câmara técnica a gente tem condição de discutir muito bem, a gente vai lá no fundo e vai discutir ação tecnológica, saúde, a gente vai discutir até o fim, até morrer. Não vai chegar a conclusão nenhuma, mas a gente vai discutir. Agora, lá a gente tem condições de discutir... Agora, aqui não... Só que o negocio é pesado. Então na realidade essa câmara, essa discussão que você ta propondo pra gente discutir do Rol, vamos discutir dentro da câmara técnica que eu acho que ela é muito mais bem encaminhada, que alias vocês já fazem parte dela.

P/Martha – Doutor Zilli, eu concordo em gênero, numero e grau só que a gente precisa do nosso tempo. Então é assim, eu gostaria muito que nas próximas vezes quando gente fosse ter essa discussão aqui o Marcelo levantasse e falasse “Não, a gente já discutiu isso lá dentro da AMB, a gente já chegou a essa e essa evidência e já ta aqui” só que a gente precisa se antecipar isso, agora nesse momento eu to correndo contra o tempo. Então no momento da revisão do Rol eu tenho o meu tempo que eu preciso cumprir entende? Agora, se a gente conseguir pra daqui pra frente toda vez que um procedimento entrar na AMB, a gente conseguir na CBHPM a gente conseguir ter esse nível de discussão é o meu sonho de consumo, porque ai assim, a gente já não vai mais precisar discutir aqui, eu não tenho a menor dúvida. Claro, claro... Gente, vamos lá... Então vamos, lá, genética eu já anotei, agora eu queria que vocês levantassem o braço e só falasse o nome e qual a diretriz. Pode falar Ricardo. Tudo bem, embolização uterina, genética, só gente!?! Cadê o menino da psicologia que tinha falado? Petscan... Quais são as diretrizes que ainda querem, que discuta hoje... É procedimento né, e ai gente só? A bariátrica, é... O que é que ficou combinado, a bariátrica a principio a gente não recebeu nenhuma solicitação de mudança, tem a do ministério, a gente ta esperando a referência bibliográfica deles, mas do que a gente achou de referência bibliográfica, hoje a gente não mudaria a diretriz. Então é isso que a gente ta colocando se vocês quiserem encontrar alguma coisa. Dezoito... Tá? Vamos lá, genética, embolização uterina, Petscan, é isso? Isso, das que já existem, isso... A psicologia já existe, mas é outro procedimento, ta. Okay? Mas também é procedimento. Então vamos lá, vamos começar pelo Petscan, Ricardo qual é a sua demanda? Pera ai, o microfone. A, tem mais? Fala Vera... Já existem... Psicoterapia e terapia ocupacional...

P/Sheila – Sheila da Fenasaúde, na verdade a nossa proposta era que as duas diretrizes tanto de psicoterapia e terapia ocupacional, que perdessem o conceito de consulta, porque a gente entende que consulta é um ato médico e ficaria reservado pra consulta médica e a gente juntaria tanto a consulta, barra, sessão com a psicoterapia numa diretriz única mantendo as indicações, é só uma questão conceitual a respeito da consulta e que a gente entende que os outros profissionais a gente poderia usar o termo de atendimento inicial, avaliação inicial e deixasse o termo consulta pra como ato médico.

P/Martha – Essa fica por ultimo ta? Essa fica por ultimo, se não a gente não vai conseguir sair daqui, fala...

P/Miuki – É, Miuki Fenasaúde, é apenas uma retificação pra deixar mais claro em relação a mamografia digital...

P/Martha – Mamografia digital, há?

P/Miuki – Porque hoje ela ta com a seguinte redação, cobertura obrigatória em mulheres com idade inferior a 50 anos, com umas mais densas e em fase pré e

pré de menopausa. Eu ou, então realmente é uma questão só de redação pra não ter dúvidas na interpretação.

P/Martha – Olha só, vamos começar pelo Petscan, ai eu passo a mamografia digital que não é tão simples assim, a gente recebe muita demanda disso. Vai Ricardo.

P/Ricardo – Minha, minha sugestão é bastante simples. É, a metástase hepática no caso do câncer de colo, linfoma e pulmonar não pequenas, okay, não teria nenhuma observação a fazer. Agora no caso de colón né, com primário de colón, com uma metástase hepática potencialmente ressecável a gente tem a reserva hepática, tem uma serie de fatores pra definir o que é metástase hepática potencialmente ressecável. Então eu sugiro botar entre parênteses depois de potencialmente ressecável, curativa. Porque esse é o intuito, não adianta é... O que eu quero ver com Petscan é se aquela metástase ela ta somente no fígado, se não tem nenhum _____ que se tiver eu já contra indico a cirurgia, não é mais curativa né, o paciente não tem mais chance de cura, ele já pula pra uma metástase incurável. E minha sugestão né, é acrescentar também para câncer de colón, metástase pulmonar potencialmente ressecável, entre parênteses, curativa. Porque? Porque se eu tenho um tumor de colón, tirou o colón, fez uma colectomia parcial e aparece uma imagem no pulmão, na hora que eu faço a ATC que é o exame de escolha pra poder ver a parte pulmonar, eu posso não pegar doença mediastinal. Então se eu fizer o teste e der mediastino limpo, esse paciente é candidato a cirurgia curativa, se der mediastino comprometido ele não opera mais e faz a parte de quimioterapia paliativa. Então essa seria a sugestão.

P/Martha – Vocês entenderam? O Petscan ele tem hoje três indicações no Rol que é o câncer pulmonar, a metástase hepática e é... Ele já esqueceu a outra, linfoma. É, ele ta pedindo pra acrescentar uma indicação e na outra ele ta pedindo pra especificar melhor qual é o caso daquela que acontece que é a metástase hepática. Então a gente ta anotando e ai a gente vai olhar e estudar em cima das indicações ta? É, embolização uterina, quem foi que pediu? Você também... Vai... [risos] Pode ir Ricardo.

P/Ricardo – É, no... Na RN262 né, que foi lançada, que foi publicada em agosto, a ANS colocou que a embolização de artéria uterina não tinha evidencia científica e excluiu do Rol. Quando foi no final de dezembro né, salvo engano, foi re-incluída a embolização de artérias uterinas. Então nós estranhamos, porque? Porque a gente tem devida a muitas solicitações e liminares, principalmente o apelo de que a pessoa, a mulher que tem o mioma intra-uterino e deseja engravidar, só fizemos uma pesquisa intensa né, a gente tem até o parecer e vamos enviar com duas meta análises mostrando que a miomectomia é superior a embolização de artéria uterina inclusive para quem quer engravidar. Então, a pessoa que deseja engravidar e tem um mioma principalmente sub-seroso, a miomectomia ela vai ter maior chance de engravidar do que embolização de artéria uterina. Então eu queria saber primeiro porque é que a ANS manteve, uma vez que ela em oportunidade anterior disse que não tinha evidencia e se há alguma possibilidade em analisando esses artigos, essas meta análises, de excluir esse procedimento do Rol.

P/Martha – Então, primeiro. É um procedimento que ta lá pra ser analisado como qualquer outro, ta? É, na outra revisão do Rol, o que é que aconteceu? A gente já tava com essa intenção de compatibilizar com as decisões do Conitec

né... É, e aí isso aconteceu no mesmo momento que outras coisas aconteceram, então a gente tava durante a revisão do Rol, imagina a gente fazendo esse grupo, teve uma reunião do Conitec, na verdade duas que decidiram três coisas. Uma que é... Oxigenioterapia hiperbárica pra pré-diabético era super boa, só não tinha custo capaz de ser incorporado no SUS. Então a gente tava aqui discutindo não se ia incluir oxigenioterapia hipervárica pra diabético naquele momento, era meio que um consenso do grupo. Isso aconteceu lá, isso entrou aos 48 do segundo tempo aqui pra gente tentar compatibilizar uma vez que a gente tinha esse pacto de o que fosse analisado lá a gente ia analisar aqui. A mesma coisa aconteceu com o Petscan né, teve uma alteração lá que refletiu aqui e nessa mesma reunião o Conitec analisou a embolização de artéria uterina e disse que ela não era eficaz. Ponto, não é por custo, é por falta de efetividade ta... O que é que a gente fez? Tirou embolização uterina do Rol, da mesma maneira que a gente acrescentou os outros dois. O Rol foi publicado, é... E aí depois obviamente conversa vai conversa vem a gente fez um monte de reunião, foi a primeira vez que a gente excluiu um procedimento do Rol, a confusão que é excluir. E aí a sociedade procurou a gente e mostrou que além dos estudos que o Ministério levado em consideração, existiam mais três estudos mais recentes que mudavam um pouco a análise do estudo feito pelo Ministério da Saúde. É, de novo a gente tava num impasse, o mesmo impasse que a gente tava aqui de várias outras, a gente sentou com a AMB, com o Vanderlei que é a pessoa que faz avaliação de tecnologia lá e a gente pediu que ele analisasse os dois junto com a gente, tanto o estudo do Ministério quanto o estudo da Sociedade. E a gente viu que na verdade não era nenhum e nem outro, o Ministério estava realmente deixando de levar em consideração alguns estudos e o estudo da sociedade estava levando em consideração estudos que não de verdade deveriam ser levados em consideração. Então a gente conseguiu junto com a AMB construir uma diretriz dentro do que existia de evidencia naquela época que a gente considerou a melhor possível, por isso a gente voltou com ele pra dentro do Rol. Porque é que a gente, e essa é a pergunta que mais vem pra mim, porque é que vocês voltaram com o procedimento se já tinha saído publicado? Então abriu a porta. Não, não abriu a porta, o Rol ele ia entrar em vigor em janeiro, ainda não tinha entrado em vigor e esse era um procedimento que já estava incorporado, então o custo dele já tinha sido absorvido e, além disso, a rede já tinha sido credenciada porque ele já era um procedimento oferecido. Então a gente achou que não tinha problema tão grande da gente voltar com ele uma vez que não tinha entrado em vigor e segundo que você não precisava sair correndo atrás de rede porque você já tinha rede, ele ainda não tinha perdido o vigor né, ainda tava valendo aquele procedimento. Então por isso que a gente corrigiu antes de entrar em vigor. Ele pode ser re-discutido? Pode, nenhum problema é só a gente bater as evidências de novo. Ta? É, só um segundo, me perdi minha lista. Pode falar, pode falar.

P/Mulher não identificada – Em relação a embolização uterina, eu concordo com o que ele disse. Também tenha essa dúvida de saber o que é que tinha acontecido com o Rol anterior e na verdade a proposta que a gente tem é que não existem, não existe evidencia robusta quanto a efetividade da embolização ta? Mas, é... O que a gente observou lá dentro da Amil é que 80% dessas embolizações são realizadas em mulheres em idade reprodutiva e a maior alegação pro procedimento ta, é o desejo de engravida... E nem sempre, na

maioria das vezes essas mulheres não passaram pelo tratamento clínico e nem pela miomectomia ta... O que assim, não retrata a melhor prática com elas ta... então assim, a nossa proposta é mudar a dut né, talvez excluir não seja mais indicado ta, mas pelo menos mudar a dut ta... Onde tem lá no final que vocês colocam não indicado para pacientes assim, assim, assado, incluir as mulheres com desejo de gestação futura, dê de... A não ser que todos os outros procedimentos incluindo miomectomia tenham sido tentando sem sucesso e a sintomatologia justifique esse risco que ela vai correr de comprometer a fertilidade dela.

P/Martha – Okay. Eu vou pedir pra tudo... Ta... Eu vou receber todas as sugestões, a gente vai juntar tudo isso porque eu tenho que trazer tudo isso na reunião numero 4 gente, pelo amor de Deus é muito trabalho, ai vocês me ajudem. Vamos lá, mamografia digital, tem mais três... Mamografia digital, genética e as consultas que a Sheila foi lá mexer nessa coisa de vez. É, mamografia digital a gente tem muita demanda sobre isso Miuki, por quê? Porque a dut fala o seguinte, que é pra mulher acima de uma faixa etária com mama densa e qual é o outro critério? Ela vai numerando né. Então a primeira interpretação é EEE, tem gente que interpreta E ou, ou e tem gente que interpreta EouE. Então assim, é uma dut realmente complicada, a origem dela, a gente voltou na origem dela que é inca Ministério da Saúde e tal, a origem dela é EEE, mas a gente pode estudar essa dut novamente e a gente vê onde é que ela se encaixa melhor, ta? Então ta aqui anotado pra gente rever. É, genética, eu vou... Não, só pra essas que estão em blori geral que eu não sei resolver, ai a gente vai fazer. Mas peça outras fáceis assim... Beleza, ai você me manda ai a gente faz. Porque na reunião numero 4 a gente vai trazer tudo que a gente recebeu e qual foi consolidado que a gente fez. Ta bom, nem tava gravando, ela num vai ficar registrada. Hã... Então vamos lá, genética, eu só queria contar um pouquinho da nossa dificuldade e ai pra vocês entenderem o tamanho do buraco. Em 2008 na primeira revisão do Rol a gente incluiu genética, naquele momento a gente queria muito incluir genética com uma diretriz legal, bacana que a gente pudesse falar por patologia, pelas patologias mais prevalentes, como é que isso se dava porque a gente tava fazendo uma incorporação grande né, num tinha estudo genético no Rol, então a gente achava super importante e tal. E ai a gente teve muita dificuldade de relacionamento com a sociedade na época, nenhum problema falar, ta gravando é isso mesmo, muita dificuldade. O doutor Zilli num tava ainda na AMB, é... E ai a gente não conseguiu construir essa diretriz em conjunto com ninguém, porque a sociedade não ajudou, a gente não tinha nenhum respaldo, as avaliações que a gente fazia só pra vocês terem uma idéia, o Nice pré genética eles têm cinco livros dessa grossura, se eu publicar uma diretriz de utilização no Rol cinco livros dessa grossura todo mundo vai falar “Ah, você ta brincando” então não é essa a nossa intenção. É, e a gente soltou a diretriz que a gente podia na época. E ai veio à segunda revisão do Rol, a gente voltou a discutir genética, de lá pra cá eu já fiz uns 25 grupos de genética e eu não to mentindo, é verdade. A gente chamou todo mundo que a gente podia, a gente botava todo mundo na mesma sala, a gente pedia pelo amor de Deus pras pessoas ajudarem a gente e a gente nunca conseguiu. Até hoje a sociedade de genética não participa, não quer apoiar... O procedimento que eles mandam todo o ano é o seguinte, análise molecular de DNA desde a fecundidade até a idade avançada. Isso pra mim não é um procedimento, a gente já discutiu isso

com eles 599 vezes, é... E a gente não consegue, assim, é uma especialidade pequena né, não tem tantos especialistas no país e a gente não consegue sentar e efetivamente fazer uma dut melhor. Ela é muito problemática, ela dá confusão pra todos os lados né, ela dá confusão na solicitação, ela dá confusão na realização, ela dá confusão pras pessoas que ficam completamente perdidas entre o que é solicitado e o que pode ser feito e a gente conheceu Adriana que vai tentar mostrar pra gente assim, alguma idéia do que a gente pode fazer daqui pra frente. Bom, a dut é essa aqui... É, 262, cobertura obrigatória quando preenchidos os seguintes critérios, assistência, tratamento e aconselhamento das condições genéticas contempladas nas diretrizes, publicadas na DUPRO, inspeção norma ativa específica quando seguidos os parâmetros definidos nessas diretrizes. É, o que é que a gente fala dessa diretriz, basicamente o seguinte tentando traduzir, que você uma vez tentado outros métodos e diagnósticos não conseguiu e quando solicitado por um geneticista pra aquelas patologias que tem origem genética você tem direito ao exame genético. Só que isso não é tão simples assim, são vários poréns né, várias metodologias que podem ser feitas, vários locos que são analisados, é um mundo de coisas super específico que a gente precisa melhorar. Então eu queria que a Adriana apresentasse aqui os três slides que ela trouxe e é uma diretriz que a gente vai precisar contar com a ajuda de todo mundo pra melhorar e depois a gente volta na de consulta e come um pouquinho porque a gente precisa de glicemia.

P/Adriana – Boa tarde, eu sou Adriana Nascimento, eu sou médica geneticista em São Paulo, eu sou diretora científica de uma ONG de pacientes, dentro dessa ONG de pacientes eu faço parte da aliança brasileira de genética o que a gente gostaria que fosse a ONG das doenças genéticas como um guarda-chuva, mas eu trabalho em operadoras de planos de saúde fazendo auditoria. Então eu vejo dos três lados, do lado do solicitante, do lado de quem paga conta e do lado de quem tem interesse no exame. Eu não tenho conflito de interesse, o meu interesse é que a regra do jogo seja clara e aí cada um se posiciona como for, quem for atacante, quem for técnico, mas o que eu gostaria é que a gente não tivesse alquimia em genética, quer dizer, tudo que encosta é enzima de restrição, é pedra filosofal, o céu é o limite, não... Eu realmente gostaria que a regra do jogo fosse mais clara. Então nos documentos anexados para consulta pública anterior que vai aparecer mais tarde tinha uma sugestão de desmembrar essa linha porque análise molecular de DNA pra doença genética isso não é um procedimento e daí eu vou dar dois exemplos, se você me disser “quer um exame pra HIV?” eu vou te perguntar... Qual? Você quer um _____, você quer um Elisa, você quer um Qualitativo, você quer um estenglot, um quantitativo ou carga viral, você quer genotipagem? Então você fala pra mim eu quero um exame genético, não quer me dizer nada né... Eu vou virar pra um módulo de materiais de implante e vou dizer, “Olha, o paciente precisa de... Libera aí o material pra cirurgia do paciente, qual cirurgia? “Ah, ele sofreu um trauma” Mas o que é que resultou o trauma? “Uma fratura” do que!? Do quinto dedo, do fêmur? Tem uma diferença nisso. Então infelizmente a gente tá falando sim, não só de qual é a doença, mas de qual é o gene, tem doença causada por cinco genes, tem um gene que causa cinco doenças, não é mais tão mendeliano como era antigamente, então sempre pode ser mais complicado. Tem muita gente estudando isso, então tem grupos europeus, grupos americanos, existe uma associação europeia que se baseia

numa metodologia que é o Ace, que é um método de estudo, de indicação, de procedimentos em genética que foi desenvolvido na verdade pelo CDC americano e muita gente faz essa avaliação de tecnologia a partir disso. E para oq eu já foi devidamente publicado eles tem no _____ esses clinical utility genicards, então o geni já ta escrutinado de cima a baixo com validade analítica, sensibilidade analítica, utilidade clínica dentro de uma metodologia está citado, isso foi entregue pra esse grupo paralelo que tava _____ a inserção da genética no SUS, então tem a produção de um trabalho de dois professores, a Debora Melo é brasileira, o doutor Jair Cerqueiras é português, isso foi entregue pro Ministério da Saúde nesse grupo de trabalho de genética do SUS, essa é uma avaliação da metodologia Ace que no meio você tem a doença e o contexto. Então quem é usuário, é o menino que tem do gene ou é a mãe dele ou é a irmã que ta em risco? Então o mesmo exame pode ter cobertura pra uma pessoa naquele centro e não ter pra outra que ta do lado né... Então primeiro você vai ver essa questão da sensibilidade clinica, especificidade a prevalência, qual é a robustez do ensaio dentro do laboratório, depois você vai ver outras coisas que fazem com que aquilo tenha uma utilidade clinica ou não, mas pré-passando todas essas avaliações Anteriores são avaliações que se sobrepõe, você tem implicações éticas, legais e sociais e dentro das condições que são legais a gente tem um Rol de cobertura mínimo obrigatório né. Então tem exames que vão estar dentro disso, tem exames que vão estar fora disso. Então o céu não é o limite, ta? O que já existe publicado, á embaixo tem a lista ta, desses genicards, eles mostram o que é que já tem, dentro disso pra, do gene, por exemplo, que eu to citando não tem ainda, estão publicados, mas eles colocam com um documento que já foi feito analise e você tem ali qual é a metodologia, então a sensibilidade analítica foi baseada no que? Naqueles três exames que estão ali. Pro menino afetado, então PRC multi plex, NLPA ou sequenciamento e não são ao mesmo tempo, tem uma lógica na investigação, uma coisa mais frequente, faça isso primeiro, se isso for negativo faça isso... E já ta escrutinado o que que é pra fazer, não tem alquimia, tem ciência. O que deixa a gente um pouco confuso nesses documentos da consulta pública anterior é que tinha esta linha né, sugestões consolidadas Jorge e alguma coisa que eu hoje não consegui encontrar. Então eu tenho esse meu salvo. Lá dizia assim “Acrescentar ao texto do procedimento já existente no Rol denominado analise molecular de DNA o texto, todas as técnicas descritas na CBHPM ou alternativamente desmembrar esse procedimento do Rol em 21 procedimentos que já constam na CBHPM de 2010 ta? E nada, uma das duas coisas foi feita. Então depois da consulta nem se acrescentou o texto pegue da CBHPM e nem se desmembrou nesses procedimentos, ta? Então o que eu não consegui entender é nesses que vêm agora e não ficou slide, que é pra próxima reunião é o que eu to entendendo, os procedimentos da CBHPM que não estão relacionados com o Rol. Na coluninha daqui pra quem deu ta tudo não, não, não, não, não... Porque não estão relacionados, quando você chega nos procedimentos de DNA a coluna ta em branco, num ta nem sim e nem não. Então o que é que ta fazendo nessa tabela, estão ou não estão inclusos? Ma se você for ao buscador da própria ANS em perguntar sobre eles MLPA vê que não está né. Então você tem uma diretriz pra você fazer os procedimentos, pra fazer o procedimento de analise do DNA você precisa de técnicas e as técnicas não estão lá, como é que você segue essa diretriz? Então você não consegue

seguir, vamos dizer assim elas, nem pra menos, nem pra mais, então você tem o problema dos dois lados. Porque o que eu tenho visto é o seguinte, vêm um pedido ou o pessoal autoriza bem rapidinho porque não faz a menor idéia do que se ta fazendo ou nega bem rapidinho porque não faz a menor idéia do que está fazendo. Então você fica com um monte de (nipsis?), você fica com um monte de questionamentos de todos os lados justamente porque ninguém responde o mínimo daquilo que poderia ser feito. Então assim, já existem diretrizes e protocolos que podem e devem ser usados, você pode tomar de novo como base modelos internacionais, mas numa determinada conjuntura na Europa eles poderiam até dizer, vamos fazer os três procedimentos pra duchene , isso não cabe aqui você tem biopsia muscular, você tem outros procedimentos que você pode fazer antes de você chegar no DNA que as vezes já podem ser o suficiente pras perguntas e pras assistências daquela doença, nós não estamos na saúde suplementar para fazer pesquisa, se o objetivo for fazer pesquisa por favor bata no CNTQ ou em outra porta com uma agencia financiadora, passe por uma comissão de ética e em quatro anos num estrito senso você vai ter o resultado daquilo que é pesquisa, na saúde suplementar nós estamos para fazer a assistência à saúde, é um pouquinho diferente, em genética concorda essa linha é muito tênue, mas já tem alguma coisa no que se pode basear. Então se uma coisa é mais comum, vamos fazer primeiro aquilo que é mais comum, pacotes em genética, então eu vou testar todos os genes pra cardiomiopatia hipertrófica. Eu num tive essa verba de pesquisa financiada antes... Então se existe um gene que é mais frequente, se você procurar no clinical otimity gene card de cardiomeopatia hipertrófica você vai descobrir que existem dicas clinicas que te norteiam a testar primeiro qual é o gene. Então se você me pedir 18, eu vou querer conversar com o solicitante.
P/Martha- Super fácil né.

[risos]

P/Martha - Então [risos] e suposto é... Pode, pode perguntar. É, qual é a nossa idéia... Tem teste, tem teste, tem teste, tem teste genético, tem. Quer falar?
[risos] Ta...

P/Mulher não identificada – O código tem, a segunda pergunta é saber se o código está previsto na cobertura mínima obrigatória do Rol ou não, ta? Então aquele mesmo quadradinho que valeu pra consulta pública anterior eu acho que tem que entrar nessa consulta pública se você realmente coloca quais são os procedimentos dentro ____ que já estão descritos na CBHPM que realmente são obrigatórios, acho que a diretriz em si, genérica como ela está ela não é ruim, mas você tem que ser iniciado pra saber como usar a coisa né. Então nem tudo tem cobertura para todo mundo e infelizmente algumas coisas são mais simples e outras realmente tem que ser usadas caso a caso, que está no centro dessa análise? Você vai fazer o exame primeiro de quem teve a doença, se você não tem a determinação naquela família, através de alguém que já teve o câncer, tem protocolos internacionais de teste preditivo como a gente diz pra você testar o filho ou alguma outra pessoa, pois tem muita gente que se adianta, não segue o protocolo e ____ mesmo sem determinar qual é a doença naquela família. Eu não poso testar um gene pra você se eu não sei se foi aquele que deu a doença no seu pai, se ele faleceu, ai você tem dois problemas entendeu? Algumas formas são.

P/Martha – Vamos... Vamos, assim... A genética tem algumas complicações que assi, primeiro essa coisa que ela falou dos locis, dos locos, ela é muito

complicada, então o que... qual a maior quantidade de demandas que eu to recebendo hoje? Exatamente esse exemplo que a Adriana deu. É, a gente diz o seguinte, você tá procurando alguma coisa, você não tá procurando qualquer coisa né... E as demandas que chegam pra mim é o seguinte, você tem alguma doença que 80% daquela doença tá no locus A, e aí você vê exames em 54 locos, onde você poderia ter feito no locus A e ter achado exatamente a mesma coisa. Como é que a gente regula isso? Só com algumas diretrizes... E aí qual é a minha dificuldade? São diretrizes por patologia. Então não é fácil, é grande demais, é enorme, a Adriana mostrou pra gente esse site que tem algumas orientações, tem os locos mais frequentes, vamos ver como é que a gente consegue colocar isso como um orientador. E aí gente, a gente tá botando no site o batimento entre o Rol e a TUSS, pra que? Pra dizer o que é que tá no Rol e o que é que corresponde a TUSS Porque o Rol às vezes ele é um guarda-chuva de procedimentos que estão lá destrinchados na TUSS. Adivinha qual foi a parte mais difícil de fazer? Genética, então óbvio que vai ter erro e a gente vai ter que dar uma olhadinha nisso. Bom, genética a gente também vai formar um terceiro grupo, óbvio, e aí a gente vai tentar dar uma estudada nisso melhor, se você puder ajudar a gente vai agradecer muito. É, então deixa eu botar aqui grupo três genética... E aí só respondendo a pergunta da Sheila pra gente poder fazer um coffee pra voltar pra RN né, porque a gente esqueceu da RN, é... Sheila, assim... A gente vêm fazendo essa discussão de consulta e de sessão e de terapia a uns seis anos, oito anos... É, o que é que eu aprendi nesse período com os meninos... Existem as outras coisas, existem todas as coisas. Então existe a consulta, existe a sessão e existe a terapia né... Elas são diferentes e o que é feito em cada uma delas, vocês me corrijam todos se eu estiver falando bobagem, é um pouquinho diferente uma coisa da outra. Então a consulta é pra um diagnóstico e uma prescrição, a terapia e... Cada um tem uma prescrição da sua área que é regulamentada pelo conselho, o que é que significa essa prescrição, o que é que significa, é... Tem toda uma descrição do que é que é essa consulta, do que é que é a sessão e tal. A gente fez uma discussão no outro Rol que era o seguinte, "Ah, a gente vai dizer quantas consultas e quantas sessões, isso foi uma discussão muito maior pra psicologia e pra nutrição... E aí a gente chegou na seguinte conclusão, que se a gente colocasse tudo junto a gente entraria num problema muito menor, porque eu posso fazer uma consulta ou uma sessão dependendo da quantidade que aquela pessoa precise e a gente não ia tá precisando descrever o que é que consulta, o que é que é sessão e quantas estão em cada uma que é um problema que a gente tá vivendo hoje com a fisioterapia né. Porque? A fisioterapia ao contrário das outras profissões ela tem quase todos os procedimentos já no Rol, então ela tem uma quantidade de procedimentos muito maior, por outro lado ela não tem a consulta. Os outros tem a consulta e tem um determinado número de sessão que é limitado, diferente da fisioterapia que é ilimitado. Então essa discussão da consulta sessão a gente tem feito ela de uma maneira importante e a maneira como a gente achou mais razoável pra gente não ter que dizer quantas consultas eram e quantas sessões eram e a gente botar tudo no mesmo pacote e aí se era consulta ou sessão depende da necessidade daquela pessoa, ela precisa mais de consultas ou ele precisa mais de sessão? Que cada conselho regula isso e descreve o que é que é uma sessão e o que é que é uma consulta de uma maneira diferente entendeu...

P/Mulher não identificada – Se você diz que você mescla a consulta com a sessão da psicologia, eu não consigo ver a diferença entre uma sessão de psicologia e uma psicoterapia, eu não consigo ver essa diferença. Então quando entra principalmente na área da psicoterapia eu fico um pouco confusa? Principalmente quando eu penso no psiquiatra, na psicoterapia feita pelo psiquiatra entendeu? Então eu acho que se a gente trocasse os termos e eu não to, é... A proposta não é mudar diretriz, não é mudar quantidade, nada disso, é simplesmente adequar a terminologia pra que a gente tenha uma clareza na regulação.

P/Martha – deixa eu ver se eu entendi... Na verdade a tua dúvida não é na psicologia e sim na psiquiatria, é...

P/Mulher não identificada – Qual é, qual é... Eu queria que alguém me explicasse, pode ser até falha minha, a diferença de uma sessão com psicólogo e uma psicoterapia.

P/Martha – Nosso especialista no assunto.

P/Luiz Felipe – Meu nome é Luiz Felipe do Conselho Federal de psicologia, na verdade a questão é da própria, como a Martha explicou, do que cada conselho especifica como sendo uma terapia ou uma consulta, porque em relação a psicologia competência mesmo é do teste psicológico e da consulta e a psicoterapia não tem uma limitação legal dos profissionais que podem fazer esse procedimento. Então eles são procedimentos diferentes.

P/Martha - Entendeu? Não, eu não, assim... É porque eu converso com... Difícil... É, vamos lá, vê se eu to falando certo, vê se eu entendi, na época quando a gente conversou com vocês a gente fez uma reunião separada. A consulta você faz uma consulta, você faz o diagnóstico, você faz a prescrição, então “Ah, esse paciente provavelmente vai precisar de uma psicoterapia ou não vai”. A psicoterapia ela tem uma continuidade, então ela é um tratamento contínuo, num é isso? Na época foi isso que eles me explicaram assim, como é que você define uma consulta e uma... Eu acho que na psicologia é mais fácil, eu concordo com você quando você ta falando da psiquiatria né... Porque a psiquiatria você tem uma quantidade de consultas ilimitadas e você tem a psicoterapia que é, tem numero limitado. Se você começa a usar a consulta de psiquiatria pra fazer psicoterapia ai vai dar confusão, então ai sim eu consigo entender a diferença entendeu? Mas pra eles eu acho que não tem muito problema. Mas é uma casa de...

P/Mulher não identificada – Então eu acho aqui que eu vou falar serve pra fisioterapia, psicologia, fonoaudióloga, terapia ocupacional. A consulta você faz, todos os profissionais, não é só um medico, você faz uma avaliação, digamos assim... Você faz um diagnóstico, no caso do fisioterapeuta o diagnóstico fisioterapeutico não é o diagnóstico médico, da terapia ocupacional é o diagnóstico terapêutico ocupacional. Você faz a prescrição do tratamento, então você vai fazer qual é a necessidade de tratamento, necessidade de tempo de atendimentos, você faz um prognóstico desse paciente, dessa patologia, dessa alteração, enfim. Qualquer profissional na área de saúde que vai atender um paciente ele precisa da consulta de um primeiro atendimento que se chama consulta, a avaliação está dentro da consulta, é um item da consulta. Nós não somos INMETRO, a gente faz avaliação de vários dados, assim como a gente faz uma na amnésia, assim como a gente faz testes, assim como a gente faz o prognostico daquela patologia que o paciente apresenta, como a gente faz um tratamento praquele paciente e pra tudo isso

precisa de uma consulta inicial. No caso da psicologia é a mesma coisa, da terapia ocupacional é a mesma coisa e a fisioterapia necessita da consulta fisioterapêutico.

P/Martha – Gente olha só, olha só... São 4 e 12, a gente tem que dar no máximo dez minutos pra gente melhorar a mente um pouquinho, a gente volta quatro e 20, mas a gente tem que acabar a reunião cinco e meia porque se não todo mundo vai embora e não adianta nada. Então a gente volta 4 e 20 e acaba 5 e meia, ta bom?

[INTERVALO]

P/Karla – Bom gente, então vamos retomar aqui e ta todo mundo cansado com certeza, pelo menos né, dê de 9 horas a gente também ta cansado aqui. Mas vamos é... Só salientar aqui na resolução normativa foram cinco tópicos que nós identificamos que viriam muitas sugestões e questões que a gente precisava pensar, é claro que existem outras, outras sugestões de vocês que lidam com a ARN, mas é... Ta na pastinha de vocês a resolução normativa, então ela é ARN 211 alterada pela 262. É essa resolução normativa que está vigente, na pastinha vocês tem ela completa e aqui nós trouxemos cinco sugestões só de alteração de artigo que são coisas mais simples pra avaliação de vocês. A primeira é no artigo 6b que coloca aqui os eventos e procedimentos cirúrgicos relacionados nessa resolução e nos seus anexos, os anexos, o anexo 1 é a lista de procedimentos, são os quase 4 mil procedimentos e o anexo 2 são atualmente 72 diretrizes de utilização que nós temos que vão ser revistas. Que necessitem de equipe cirúrgica e a gente coloca cirurgião titular, primeiro auxiliar, segundo auxiliar, instrumentador, circulante de sala, entre outros terá sua cobertura assistencial obrigatória de acordo com a indicação clínica. Nós temos muitas dúvidas e demandas, questionamentos que chegam pra NS em relação ao instrumentador, ao circulante de sala, ao auxiliar, então nós englobamos aqui nesse caso em relação à equipe cirúrgica. Então esse artigo é pra esclarecer a questão da equipe cirúrgica. Próximo, a gente vai falar de todos e depois a gente abre pra discussão cada um, ta? O artigo oitavo que fala das coberturas assistenciais é um questionamento também que a gente recebeu muito de Pernambuco, veio uma solicitação inclusive do nosso diretor presidente em relação aos procedimentos de transplante, relacionado ao transplante no âmbito da saúde suplementar. Colocamos o inciso que seriam, os exames e procedimentos pré e pós transplantes para fins das disposições dessa resolução normativa são considerados atendimentos de urgência e emergência. Porque é que essa demanda surgiu? A gente recebeu alguns casos que o transplante tava sendo postergado ou as vezes o paciente perdia o órgão porque existia aquela questão do tempo de atendimento pra exames. E nosso entendimento os exames pré-transplantes e inclusive _____ tem que ser considerado como atendimento de urgência, emergência e não entrara na questão do tempo de atendimento, ta? Então isso é uma questão que foi colocado e nós vamos colocar nessa resolução normativa, próximo. Uma outra também dentro das coberturas assistenciais que é o artigo 15b, muitas dúvidas surgem colocando “Ah, e o contraste, ta coberto ou não ta coberto?” A gente até colocou em negrito e sublinhou a questão do contraste, então todos os procedimentos que exigirem ou que forem solicitados, forem necessários, contrastes ou medicamentos para serem realizados eles possuem cobertura obrigatória. Então os exames que forem necessários o uso do contraste, ele também ta

com a sua cobertura obrigatória, próximo. Também em relação às coberturas assistenciais, temos algumas demandas de pacientes que tem os ciclos de quimioterapia e aí as operadoras pra cada ciclo elas tem um tempo pra autorizar, e aí muitas vezes o paciente perde esse tempo ótimo pra realizar a quimioterapia, por exemplo, quimioterapia ele faz hoje e o outro daqui a 15 dias, então se ele demorar a fazer os exames pré né, cada ciclo ele pode atrasar o tempo de tratamento, então colocamos como nos procedimentos, no caso de procedimentos sequenciais ou contínuos como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal a operadora deve garantir a sequência ou continuidade do tratamento conforme prescrição pelo profissional assistente devendo garantir a cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos relacionados nessa RN nos seus anexos, próximo. E no final foi uma recomendação do Ministério Público Federal a recomendação número um de 2013 que solicita que as operadoras devem comunicar individualmente por escrito em linguagem clara e acessível aos beneficiários de plano de saúde quanto às alterações nas coberturas obrigatórias, notadamente quanto as alterações nas coberturas obrigatórias, notadamente quanto as inclusões e exclusões de procedimentos no Rol de eventos e procedimentos em saúde. Então toda vez que houver uma mudança no Rol, que isso fosse comunicado a todos os usuários de plano de saúde, a gente entendeu que foi assim cada edição do Rol ou se houvesse alguma mudança a cada dois anos nesse mês, mas a princípio seria isso, comunicar a todos os usuários. A gente vai ter que discutir aqui, tá? A forma.

P/Martha – A gente copiou aqui, como isso tudo é proposta pra discussão, a gente copiou exatamente o que veio escrito na recomendação, é... A gente tem um questionamento interno, questionamento interno da agência, não interno no meu íntimo, é... Que é o seguinte, a gente publicisa muito a revisão do Rol, então a gente não tem muita ideia de qual seria de verdade esse impacto pra pessoa ter conhecimento, mas enfim, eu acho que a gente pode discutir aqui a melhor redação, mas eu copieei exatamente o que veio da recomendação do Ministério Público.

P/Karla – Temos uma questão que foi da Unimed, e aí num sei depois se depois o Eliberto quer discutir aqui que é em relação a saúde ocupacional, é uma súmula de entendimento número 15 que fala sobre o que é que tem cobertura ou não relacionada a saúde ocupacional e aí existe uma solicitação da Unimed de uma mudança e aí eu queria depois que vocês comentassem. Pronto, é isso.

P/Martha – O que é que é... Isso aqui é o texto todo, vocês estão com o texto todo aí, a gente colocou aqui todas as indicações do que a gente já tem lá como sugestão de mudança e a gente queria que da mesma forma como a gente anotou por parte de vocês, o que vocês já trouxeram de alteração de dut como demanda, a gente queria anotar aqui pelo menos o que vocês tem aí de solicitação de alteração do texto, tá? É, a gente recebeu contribuições até as 17 horas dos 474 procedimentos pela AMB e um ofício do Sinog sobre Rol odontológico dizendo que não tem nenhuma solicitação a ser feita no Rol odontológico. Depois disso a gente recebeu contribuição da Fenasaúde e da ABRAMGE e só. Então a gente tem todo esse material lá, a gente vai, isso... E a dut, então o que é que a gente vai fazer, tudo isso que a gente recebeu a gente vai colocar até amanhã no site e vai passar o link pra vocês, de todo o material, tá? Pra todo mundo poder ir estudando a mesma coisa que a gente tá

estudando la dentro, todo mundo visualizando tudo que todo mundo visualizou e eu queria pedir pra vocês deixarem a apresentação de vocês aqui, depois eu peço pro Marcelo deixar a dele também, ta? É... Aqui a OPME só pra não confundir, a gente tem um artigo na resolução 262 que fala um pouquinho sobre a PME que são aquelas três marcas, a gente vai ter um GT específico pra isso que vai sair desse grupo aqui, a gente vai dar continuidade, mas se vocês quiserem colocar alguma coisa sobre isso já agora esse é o momento e as próximas reuniões 9 de abril, 30 de abril, maio ainda a definir. Ai vamos voltar lá no primeiro artigo da RM se vocês ainda quiserem colocando outros artigos pra gente ir anotando...

P/Carlos – Ô Martha, Karla, Carlos do grupo otimismo. Como que fica algum procedimento hospitalar que hoje estão incluídos, por exemplo, biópsia de fígado, e que hoje já tem aprovado pela ANVISA, aprovado pela Conitec procedimentos que não serão hospitalares. Pede a cobertura ou entra essa cobertura, na situação mais ou menos como medicamento oral contra câncer. Hoje a biópsia de fígado está incluída, ta? Hoje temos que é um procedimento não invasivo, ele perde a cobertura porque é feita, não é hospitalar ou não?

P/Martha – É, na verdade Carlos, não é que perca a cobertura, é a mesma lógica da medicação oral mesmo, é uma outra tecnologia. Então a gente recebe essa solicitação de inclusão e a gente analisa na próxima semana, então se você já puder mandar pra gente com uma sugestão de inclusão, já entra na listinha pra próxima semana. Okay... Okay... Fala Eliberto... Isso. Você tem ai na sua... Isso, é porque... Ele gosta, num gosta? Gosta... Hãhã...

P/Eliberto – E agora repetindo no artigo A ou 6º b, eu Uniodonto não tenho que dar anestesista, não tenho que dar instrumentador, não tenho que dar...

P/Martha – Okay, já entendi e você também, a gente vai fazer tudo no mesmo. [risos] Só? Manuel. Ali ó, microfone.

P/Manuel – Martha, desculpa... Talvez eu tenha perdido aqui a primeira fala da Karla, eu não entendi o porque da inclusão desse parênteses.

P/Martha – Qual parêntese?

P/Manuel – É, cirurgião titular, _____ auxiliar...

P/Martha – Ata, então olha só. Isso daí é um artigo que tem o sexto, o artigo sexto ele fala o seguinte, a gente tinha um problema enorme com anestesista né, e ai esse artigo serviu pra dizer o seguinte; Não tem que colocar em cada procedimento igual na CBHPM, o que tem e o que não tem anestesista, se for necessário o anestesista pra aquele atendimento vai ter anestesista. Ai depois que a gente colocou esse artigo o que é que acontece? Começou a chover demanda do resto, primeiro auxiliar, segundo auxiliar, instrumentador... Então assim, o que é que a gente queria dizer com esse artigo 6º b que eu não existe, que é o 6º no geral, o que for necessário de profissional pra dar conta da realização de um determinado procedimento cirúrgico ele vai ta contemplado. Então é só isso, entendeu a lógica? A lógica do anestesista é a mesma lógica pro instrumentador. Foi?

P/Manuel - Ta previsto nas tabelas né.

P/Martha – Sim, sim... Qual era o problema? É, da mesma maneira que a gente recebia milhões de demandas pra anestesia, a gente recebe pro instrumentador. Então tem que cobrir instrumentador na cirurgia tal? Se tiver necessidade de ter instrumentador na cirurgia tal vai ter instrumentador, e isso.

P/Manuel – Mas é que como aqui não menciona qual critério, daí vai ficar a critério de quem ta indicando.

P/Martha – Igual anestesista.

P/Manuel – Não, mas ai deixa de ter o critério técnico que hoje eu já tenho pela CBHPM...

P/Martha – Olha só, a gente trouxe pra mostrar o problema, o que a gente precisa é ajeitar a redação.

P/Manuel – Então, na realidade qual o problema que a gente vê aqui? Primeiro fica, perde o critério, não diz o que é o critério.

P/Martha – O critério que você diz é o critério do CBHPM por exemplo.

P/Manuel – Por exemplo ta... Não indica por qual critério, fico critério da indicação. O segundo é que em tese pode se ver que eventualmente após aferir aquilo que seja o critério de negociação ou eventualmente de referenciamento ou de credenciamento que é o que ta disposto no artigo quarto. Respeitados os critérios de credenciamento ou referenciamento ou reembolso.

P/Martha – Porque você acha isso?

P/Manuel – Ou outro tipo de relação entre operadora e planos privados em centro de saúde. Olhando os critérios e as tabelas existentes e contratadas...

P/Martha – Não, essa parte eu entendi do sexto. Agora eu não acho que você contemplando isso no sexto você fira, fira? Vá ferir o artigo quarto.

P/Manuel – Se você se referir ou se você se referir a um critério.

P/Martha – Okay, entendi, entendi... Okay. Okay, entendi.

P/Mulher não identificada – É, o circulante de sala também é bastante complicado a gente colocar porque tem salas que a gente já paga uma taxa de sala especial pra porte anestésico seis, sete e agora o oito que já prevê por exemplo no contrato daquele hospital o circulante extra de sala. Então...

P/Martha – Okay. Equipe cirúrgica substitui esse problema?

P/Mulher não identificada – Eu acho que sim, eu acredito que sim porque a própria CBHPM ja coloca quantos auxiliares se prevê e o...

P/Martha – Ta, então se a gente colocar a equipe cirúrgica segundo critério já previsto em também já previsto em tabelas como a CBHPM, okay.

P/Mulher não identificada – É, e o instrumentador eu acho que é uma discussão ampla que extrapola a CBHPM porque a AMB ela pode até, já teve pareceres diversos inclusive do conselho, mas dê de 90, la atrás das tabelas 90, 92, enfim... Nenhum momento não tem nenhum, não tem uma virgula sobre o instrumentador na CBHPM em nenhuma das tabelas de honorários médicos. Então o instrumentador é aquele usos e costumes né, então por usos e costumes convencionou-se os 10%, tem operadora que pratica, tem operadora que não pratica, tem operadora que tem uma regra de quando paga o instrumentador, tem então... Vária...

P/Martha – Ta... entendi gente, contratualizada, okay.

P/Karla – É equipe cirurgia contratualizada.

P/Manuel – É, então reiterando o que a, o que foi falado... A questão da circulante e a questão do instrumentador é exatamente isso, então tem que estar vinculado à contratualização. Daí entre a operadora e a rede referenciada ou até mesmo segurado que é aquilo que ta previsto nas tabelas.

P/Martha – Okay? Okay? Fala Paulo.

P/Paulo – Eu queria falar que a AMB não regulamenta a parte do instrumentador no ato cirúrgico, ela entende a necessidade de instrumentador na equipe cirurgia, mas ela regulamenta outros profissionais de saúde, mas ela entende a necessidade dele.

P/Martha – Okay. O segundo, o segundo é... Exames pra empós transplante, okay... Entenderam? Pode não estar escrito da melhor maneira, mas... contraste...

P/Mulher não identificada – Martha, é... Além dos transplantes cobertos eu acho que a gente deveria amarrar na, respeitar das segmentações né, os prazos de carência e a eventual CPT se existir.

P/Manuel – De repente valeria aquela finalização respeitando...

P/Martha – A cobertura contratual “nanana” aquele básico que a gente tem, okay? Oxe, voltei. Contraste... É, aqui a gente fez uma discussão disso em algum evento q1ue eu fui, não lembro mais qual e ai isso daqui quer dizer o seguinte, quando eu tenho um ciclo previsto eu já tenho um ciclo que vai ser logo após o outro, então eu auto-risos aquela quimioterapia pela primeira vez e depois aqueles ciclos eles tem uma continuidade, eles tem uma previsão de tempo pra acontecer, ai a discussão que apareceu foi a seguinte... E se o médico mudar a quimioterapia? É óbvio que se o médico mudar a quimioterapia, isso é uma outra autorização, não é isso que a gente ta falando, a gente ta falando da quimioterapia que é seguida, que é aquela mesma quimioterapia com aquele ciclo já previsto, okay? Não necessariamente, você pode até pedir pra autorizar de novo, só que você tem que cumprir o tempo daquele protocolo, o que ta acontecendo é o seguinte, como o tempo pra autorização tem X dias úteis da 259, ultrapassa o tempo do protocolo e ai a pessoa começa a fazer quimioterapia fora do tempo que ela deveria fazer. Então o que ta dizendo é o seguinte, o tempo do protocolo ele prevalece em cima do tempo de autorização, okay? Volto, hã... É só porque não tinha outro lugar pra enfiar, qual era a idéia? A demanda que veio era botar o mesmo procedimento com e sem contraste, então imagina, a gente ia ter que rever os quatro mil e quinhentos procedimentos e botar, com contraste, sem contraste, com contraste, sem contraste... Então é só pra dizer que o que tiver que fazer com contraste tem contraste, o que tiver que fazer sem contraste, sem contraste. Okay? É... Isso daqui então é a redação da recomendação do Ministério Público, as operadoras devem comunicar individualmente por escrito em linguagem clara e acessiva aos beneficiários quanto as alterações nas coberturas obrigatórias notadamente quanto as inclusões e exclusões. Essa é a redação que veio _____. É, a gente ta copiando ela pra ter o debate, ta?

P/Manuel – Martha, ainda voltando na anterior, a gente só... Esse, o todo e qualquer sempre enseja qualquer coisa, eu acho que seria recomendável ai de tentar taxas ou enfim...

P/Martha – Aonde? Voltando a 15b, toda e qualquer...

P/Martha – Okay.

P/Manuel – Infelizmente a criatividade é...

P/Martha – Oi?

P/Mulher não identificada - É, eu acho complicado assim, porque é... Você falou da questão dos critérios de credenciamento, referenciamento, só que assim... O beneficiário ele não sabe quais são os critérios, ai a minha colega tava até me mostrando um pedido de cirurgia que é reembolso, ai ta assim “Deverá ser pago o primeiro auxiliar, o anestesista...” Então de repente se nesse critério não tiver e ta... O paciente pagou, ele vai ser reembolsado, como é que o paciente vai saber? É ele que vai pagar se não estiver nos critérios de credenciamento e referenciamento?

P/Manuel – Não, a tabela...

P/Mulher não identificada – Não, eu to falando da contratualização do prestador e a operadora. Quando a gente tem plano de saúde a gente num tem claro quais são esses critérios.

P/Manuel – As tabelas todas estão disponíveis pra todos os segurados, quer no site, quer um cartório. Então, ta disponível, as tabelas estão disponíveis, os contratos também, ele pode peir um calculo prévio de reembolso, então isso ta “acessavel”, ele sabe o que ta contratado e quanto ao referenciado item né... Eu não entendi a risada do Procom.

P/Mulher não identificada – É muito fácil colocar essa observação, eu até compreendo, sendo que a gente acabou de discutir no artigo 21 a questão de ter informação em linguagem clara. Agora, você mandar identificar, pedir pra um associado, um paciente, um consumidor ir até o cartório pra ver, ele não tem essa informação né.

P/Manuel – Não, não é isso... Primeiro lugar, o associado tem a disposição e é obrigatório uma central 24 horas em atendimento, a quem ele pode pedir informação, a informação ta disponível, ainda sim se ele quiser se certificar daquela informação, a informação ta disponível no site da operadora, a maioria das operadoras disponibiliza o site e o item a ser disponibilizado, quer por descrição, quer por código e adicionalmente se por fim alguém quiser, esta no cartório, todas as tabelas, isso ai.

P/Martha – Calma gente, fumaça branca... Eu to tentando chegar aqui a um meio termo, calma, calma...

P/Manuel – Pra ser publicados materiais, o corpo 12. Então não é... Tem padrão.

P/Martha – Calma, eu to tentando fumaça branca aqui, to pensando... Fala Joana.

P/Manuel – É porque com essa preposição contraria fica difícil de falar tecnicamente né.

P/Joana – E é o seguinte, claro tem que ser avisado por site também, porque muitas vezes o consumidor não vai olhar o seu contrato, mas as cláusulas restritivas elas são em negrito né, destacadas... Então isso também tem que esta no contrato.

P/Manuel – E está. Se não estiver ta descumprindo a legislação.

P/Joana – Mas não no cartório, o consumidor tem que ter uma cópia do contrato com ele.

P/Manuel – Mas ele tem, ele tem...

P/Joana – Principalmente dos contratos coletivos que _____.

P/Manuel – Mas os contratos coletivos ele pede o RH dele, o RH dele disponibiliza ou não, o contrato coletivo não é com o individuo, é com a empresa, é com o estipulante.

P/Martha – Olha só, calma... Olha só, eu entendo os dois lados ta, a gente ta falando do que é legal e a gente ta tentando trazer isso pra uma realidade onde o cara vai ter acesso. É, a equipe cirúrgica ela pode se tornar infinita e nem sempre necessária pra aquele ato, concordo. Se a gente tivesse isso descrito em alguma tabela de referencia a gente podia citar essa tabela de referencia, uma que a gente já use, por exemplo, a CBHPM. O Paulo falou que não tem isso né, então a gente num tem mais essa referencia. É, eu entendo o contratualizado porque a forma como o procedimento vai se dar e se isso foi negociado com o medico naquele momento médico entendeu que aquilo era okay, a gente precisa fazer o beneficiário saber disso né, como é que a gente

vai fazer o beneficiário saber disso? Eu acho que da pra gente colocar assim, toda a equipe cirúrgica contratualizada dê de que disponível no contrato claro pro beneficiário. Então a gente fecha no que é possível técnico e a gente tem que ter isso claro pro beneficiário, okay?

P/Paulo – O Martha, só como uma observação de ajuda pra essa discussão ai, nós estamos encaminhando esse mês na próxima reunião do conselho de defesa profissional uma recomendação a todas essas sociedades especialidades e isso já é ou vai passar a ser obrigatoriedade da própria AMB que todos esses, qualquer procedimento incluído ou excluído do Rol será comunicado a sociedade médica e não médica em cidade leiga por ____ especialidade a ação médica brasileira. E a gente entende isso porque a gente tem que ver entre a boa intenção e a realidade da intenção existe um universo que não pertence a ninguém. Então a gente que apenas ajudar um pouquinho mais nessa história toda que ta ai, ta?

P/Martha – Okay. Então essa recomendação aqui do Ministério Público Manuel.

P/Manuel – Essa recomendação Martha, a nossa sugestão é que ela seja disponibilizada, mas hoje a dificuldade e a agencia sabe disso, reconhece, não há o cadastro dos beneficiários relativos aos planos empresariais, nem mesmo as empresas, infelizmente tem atualizado tal cadastro, razão pela qual comunica individual mente qualquer coisa que seja a cada beneficiário é praticamente impossível, razão até que fez com que a 319 saísse da forma que saiu, quer dizer, o beneficiário solicita por escrito, solicita que ele seja informado por escrito a razão da negativa de cobertura e essa lhe será enviada por escrito ao endereço ou local ou email que foi pedido.

P/Martha – é, o que a gente discutiu é o seguinte, tem... Quando o Ministério provavelmente fez isso, ele tava pensando nos planos individuais que o cara recebe o boleto em casa, e ai óbvio botar no boleto é mole, você vai lá, coloca no boleto e manda pra casa... No... Sim, mas você pode dizer o seguinte Eliberto, o que a gente tava imaginando, eu to pensando com a cabeça, sabe aquele negocio de pensar com a cabeça do legislador? Então, eu to pensando com a cabeça do Ministério Público. Eu não imagino que ele queira 150 procedimentos listados que o cara não vai entender nada, porque aquele nome pro beneficiário não significa absolutamente nada, ele não consegue... A gente quando vai divulgar o Rol a gente traduz o Rol né, a gente diz “esse procedimento é isso, serve praquela outra coisa...” Então se você botar cirurgia bariátrica ele vai falar “lega, eu precisava de uma cirurgia pra redução de estomago.” Então assim, não adianta né, então eu imagino que o que ele queria era que colocasse “Olha, existe um Rol novo e foram acrescentados tantos procedimentos e entre no www pra ver qual é a lista” Eu imagino que era isso que a pessoa tava imaginando. Então quando a gente leu isso, eu falei assim, por escrito individualmente não da pra cobrir o universo todo, da pra cobrir um universo. A gente tinha pensado assim, por escrito individualmente quando possível, e quando não possível pelo meio adequado e ai seja informando ao RH quando é coletivo colocando no site também pra ter um maior numero de pessoas entrando, enfim... A gente tinha pensado em dar uma modulada nesse sentido.

P/Homem não identificado – Martha, posso fazer um comentário? Eu acho que pra gente adequar isso ao que tão falando do acesso e da dificuldade de encontrar o beneficiário, o que podia ser comunicado individualmente se num

encontrar o doente ao médico assistente da negativa do procedimento que foi solicitado, ai é fácil porque sabe quem solicitou e que foi uma solicitação feita oficialmente por escrito e assinada e ter uma resposta no mesmo padrão assinada e com a justificativa técnica da negativa.

P/Martha – É que são duas normas diferentes.

P/Manuel – A nossa sugestão o Martha, é que as operadoras mais próximas de assistência de saúde devem disponibilizar a informação, devem disponibilizar. Porque ai faz banner no site, envia pro boleto, envia pros estipulantes, enfim, comunicam e transmitem informação de forma que atende a solicitação, atende a demanda, comunica, mas sem a obrigatoriedade de ser individualmente porque é impraticável e não vai ser, não vai ser, não é viável... é inexecuível. E a gente... Inexecuível.

P/Martha – e essa coisa de cada procedimento também num sei se é uma informação frutífera assim, eu acho importante dizer que tem a lista que foi revisado e... É, eu também acho. Isso, é isso que eu acho. Okay?

P/Homem não identificado – Assim, eu acho que o Ministério Público ele vê demandas individuais, então eu acho que por numero alto de solicitações individuais ele tentou fazer uma coisa coletiva porque o Ministério Público ele vê o individuo, não a sociedade. E mai devido a alta demanda de solicitações individuais ele teve que criar uma lei geral, eu acho que é mais ou menos isso, o que falta é informação individual daquilo que aconteceu pontualmente, que ai são esses casos que chegam no Ministério Público.

P/Manuel – Agora, adicionalmente é importante ressaltar que na época da vigência do novo Rol, sempre a agência faz uma ação coletiva de imprensa, a própria imprensa da cobertura pro evento e infelizmente ainda existe um grande contingente de segurados que não estão abrangidos por essas coberturas, são as coberturas pré-lei, hora. E isto gera também uma grande confusão, o que é que vai ser comunicado a estes segurados individualmente? Esses não seriam então comunicados e não serão por obvio, embora já tenham tido sucessivas oportunidades de fazer adaptação ou migração de seus contratos.

P/Homem não identificado – Martha, se eu não me engano na ultima reunião da câmara com a participação do Ministro Padilha, ele foi até incisivo em dizer que existe uma necessidade que se faça uma correção, que essas, que esses planos coletivos tenham cadastros atualizados com informações completas sobre os usuários e tudo mais, foi um pedido do próprio Ministro no sentido que essa, as operadores trabalhassem nesse propósito de atualizar esses cadastros pata que os usuários pudessem ser identificados individualmente. O pedido do Ministério Público Federal vem nesse sentido mesmo, não dá pra se imaginar que o contrato com o RH e deixo a partir dali por conta simplesmente do RH, que eu não tenha nenhum tipo de informação sobre os beneficiários, sobre os usuários daquele sistema. Então eu entendo a preocupação do Ministério Público Federal, é a preocupação que foi manifestada até pelo próprio ministro dessa reunião do conselho e é a preocupação também da secretaria educacional do consumidor. Façam esse cadastro, providenciem esse cadastro e entreguem a informação que não é nenhum absurdo, é um direito, ta previsto no CDC artigo 31. Eu tenho direito a informação clara, correta e objetiva sobre, se houve uma modificação na minha cobertura eu tenho o direito de saber o que foi. Se eu vou entender, se eu vou acessar o canal ou alguma coisa, é um direito meu receber informação, depois como eu

trabalhar essa informação, que compreensão eu vou ter é outra história. Mas eu tenho o direito de receber essa informação com toda a certeza!

P/Martha – Oi?

P/Homem não identificado – Eu só queria esclarecer que o Ministério Público não pega demanda individual assim igual o doutor falou não, a demanda é coletiva e ele é um representante da sociedade, ta? Essa questão não é dessa maneira não, a questão é que o Ministério Público quando atua é em prol de toda coletividade. Tal qual os demais legitimados _ pública, num é questão individual não, ta bom.

P/Manuel – Só ressaltando com relação a informação individual, que o cadastro tem um pré-requisito mínimo. Mesmo pra cumprimento desse pré-requisito mínimo que é o CPF, ainda sim a gente tem as pessoas que estão desprovidas de CPG, é difícil de coletar, então a gente tem que guardar alguma relação com a realidade, eu duvido ou aposto aqui que o Ministério não tenha informação de cadastro, residência ou telefone de todos os seus servidores, aposto, aposto qualquer coisa que isso infelizmente o cadastro é desprovido, com é nas demais empresas, seja pela mudança, seja pelo _____ e fim das próprias empresas e atualizar esses cadastros de endereço não seria uma coisa simples. Então infelizmente comunicar individualmente cada um dos beneficiários pra um sistema cuja cobertura é quase 70% de beneficiários coletivos de fato é difícil, os esforços pra ter o melhor cadastro possível tem sido feito, a agencia tem multado as empresas pela ausência do cadastro mínimo, mas de endereço de fato é uma dificuldade. Então a gente tem que guardar algum senso de realidade em que a gente ta vendo aqui, com o que existe no mundo lá.

P/Martha – Gente, vamos. Enquanto o... A gente vai tentar uma redação que dê, pelo menos tente né, contemplar tudo isso. Vamos lá? Enquanto o Eliberto bota aqui a apresentação dele sobre acidente de trabalho e saúde ocupacional eu queria que vocês identificassem outros artigos que a gente vai precisar se debruçar, alguém tem algum? Não, a gente vai pelo menos anotar o numero do artigo e qual é a demanda pra gente, pra frente né, eu acho que a ultima coisa que a gente vai conseguir discutir hoje é aqui a apresentação do Elibeeto. Alguém tinha falado odontologia... Ali, o microfone por favor.

P/Eliberto – Antes de passar pra odontologia, só pra fazer um comentário em relação a alguns artigos que foram falados, aqui em relação ao 15b onde foi comentado sobre toda e qualquer taxa que talvez seria um acesso. Na verdade esse trecho foi extraído da 2956 das coberturas. Então ta lá, toda e qualquer taxa será coberta dado o procedimento coberto. Então não é uma inovação nesse sentido na legislação só pra deixar isso claro aqui aos presentes. Meu segundo ponto em relação a la equipe cirúrgica que foi, foi comentado, se a gente partir do principio que só terá cobertura aquele que está contratualizado fica muito aberto essa questão né. Então eu contratualizo com um médico, um cirurgião, olha, eu só quero você trabalhando, primeiro auxiliar, segundo auxiliar, não quero você nesse sentido não. E assim pode ser prejudicada a questão da assistência dependendo da cirurgia, da patologia envolvida nesse sentido, se é pra colocar essa restrição contra contratualização seria melhor nem existir esse artigo porque garante-se a equipe dê de que estejam em contrato, então parece um... Quem lê parece uma letra morta né, ou deixa de conforme está na prática usual, só um detalhe pra gente refletir mais um pouco sobre isso.

P/Rosana – É, meu nome é Rosana, é a respeito do artigo 18 do inciso oitavo e nono. A respeito de imperativo clínico, isso já dê da primeira reunião do Rol foi falado e até hoje tem noção de operadora de planos odontológicos e planos de saúde, de médico que é uma confusão a respeito desse imperativo clínico, a sugestão é a gente melhorar ou fazer uma suma explicativa da diferença de uma coisa da outra pra gente ver se consegue exatamente...

P/Martha – Eu tava falando com ela o seguinte, que a gente não aguenta mais esse artigo... Tira, não né? E ai a gente quer contribuição, porque a gente, toda a nossa imaginação já foi pra tentar explicar isso.

P/Rosana – Até na saúde tem uma _____.

P/Martha – Ta bom, ai você manda pra gente. Algum outro artigo? Carlos.

P/Carlos – Eu queria fazer uma sugestão que não é um artigo assistente, e o Brasil sofre muito com falta de estatística em saúde, num tem. Principalmente nas doenças de notificação compulsória, uma vergonha ninguém notifica. Então como um plano de saúde, muitas vezes o SUS autoriza um procedimento, um tratamento derivado de uma doença infecto contagiosa se esse envolvido vai estar notificado ou não. Não seria, hoje conseguimos conhecer algumas doenças no âmbito do SUS que não se entrega medicamentos se o paciente não estiver notificado e isso deveria existir também dentro da MS, para os planos de saúde.

P/Martha – Essa discussão ta meio profunda, a gente fez ela a algum tempo, a discussão que a gente faz é a seguinte, tem uma resolução do CFM, do Ministério da Saúde também que coloca essa contribuição no profissional, e ai...

P/Carlos – E é crime não notificar.

P/Martha – Exatamente... E ai a gente tentou adaptar, já teve um grupo de estudo que tentou compartilhar atribuição, cooperadora, só não chegou a lugar nenhum. Eu acho que a gente pode rediscutir qual é a forma da gente introduzir isso de alguma maneira na saúde suplementar que a gente sabe que é muito pior do que na saúde pública.

P/Mulher não identificada – Martha, eu trabalhei com vigilância epidemiológica né, nos municípios né. Isso é atribuição da vigilância, então não é porque ta na saúde elementar que deixa de ser responsabilidade do município onde o caso ocorreu, Então é do gestor local, se não tiver vigilância municipal é na vigilância estadual. Então independente se o hospital é público, privado, misto, qualquer coisa... A obrigação é a mesma e quem tem que dar conta disso é a vigilância sanitária ta? Sim, ai assim... Ai a vigilância vai ter que ir atrás ta? Eu já trabalhei com vigilância, eu falo, eu ia no hospital, a gente olhava lá a listagem e via que tinha um monte de meningite que não tinha sido notificado, ia conversar né... A gente tenta conversar sempre, mas isso é atribuição do gestor municipal primeiro, se ele não tiver vigilância no município, é o estado... E ai até a vigilância geral.

P/Martha – Depois eu to entendendo que a RN ta linda e que a gente pode passar a palavra pro Guilherme.

P/Martha – Fala Sheila.

P/Sheila – Martha, o artigo 11, é... O artigo 11 ele faz menção a técnicas específicas de procedimento, laser, radiofrequência, robótica, a sugestão da Fenasaúde que a gente coloque procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação escopias e outras técnicas que incorporem nova tecnologia. E ai o texto o resto

é igual, qual é a justificativa? Que a gente só, a proposta é somente incorporar os procedimentos realizados por técnicas diferentes, depois que eles forem incorporados a CBHPM.

P/Martha – Mas quais são essas outras técnicas?

P/Sheila – Ah, outras que pudessem vir a existir. A neuronavegação por exemplo eu tenho o neuronavegador e já tenho outros sistemas de navegação utilizados em outras áreas, tipo cirurgia ortopédica e outras situações.

P/Martha – Mas ai ta neuro?

P/Sheila – Ta neuronavegador, ta? Então a proposta era essa.

P/Martha – Ta. O seu?

P/Homem não identificado – Uma demanda da fisioterapia, na sub sessão três quando se fala do plano hospitalar, se fala da cobertura obrigatória e de alguns procedimentos, alguns no inciso dez. E ai assim, o que tem ocorrido na prática de _____ em quase todo o país é uma limitação de procedimentos sobre tudo que diz respeito a terapia intensiva, de fisioterapia nesse ambiente. É, então as operadoras limitam muitas vezes dois procedimentos de fisioterapia expiratória, um procedimento de fisioterapia motora, às vezes a limitação é maior, dois procedimentos seja lá qual for durante o dia, durante as horas quando que a gente entende que hoje a fisioterapia ela cresceu dentro desse ambiente até com uma demanda sócio-epidemiológica uma inquestionável evidencia científica da necessidade desse profissional que até a gente tem ai, a gente pede adequação até o que, algumas resoluções que surgirão, como a resolução da ANVISA e a _____ que estabelece pra esse profissional que ele tem que estar em três turnos lá na UTI né, e na verdade realiza muito mais do que três procedimentos de fisioterapia respiratória ou motora.

P/Martha – Mas pra gente esse procedimento como qualquer outro procedimento é ilimitado.

P/Homem não identificado – É isso que eu queria ver, se a gente podia redigir isso de uma forma mais clara dentro desse arquivo.

P/Martha – Okay, qual é o artigo?

P/Homem não identificado – É o artigo 18 no seu inciso 10 aqui. Do mesmo jeito que quando se fala do plano hospitalar fala que é um numero de procedimentos ilimitados para fisioterapia em um ano, no ano, talvez deixa claro...

P/Martha – E ai gente, só pra alinhar assim, não é só a fisioterapia dentro do hospital que é limitada, se precisar de psicoterapia dentro da internação, isso também não tem limite né...

P/Homem não identificado – A questão é que a pratica tem sido a limitação por dia. Então assim, se o fisioterapeuta ta la durante 24 horas e na verdade ele da uma assistência muito maior do que a operadora ta podendo, ta oferecendo na prática e o beneficiário tem sido lesado nesse sentido.

P/Mulher não identificada – É, eu acho legítimo, bastante legítimo, eu acho que tem que lembrar que a gente vem de um modelo onde a fisioterapia sempre usou parte do que era codificação da AMB, grupo 25, fisioterapia, medicina física e reabilitação onde eram previstas seções por tipo de situação, então trauma ortopédico, problemas específicos. Nós passamos pro modelo CBHPM onde a (TUZ?) é baseada, também na modalidade seções, com a (TUZ?) agora, da _____ 3.0, começa a aparecer a assistência do terapeuta por 12 hora. A questão é que especificamente hoje nós não temos isso linkado né, numa cobertura especifica. Então isso tem que ser discutido por que? Já temos

hospitais onde o paciente que está em ventilação mecânica, a enfermagem não faz nenhum tipo de parametrização do respirador, toda essa parametrização tem sido feita pelo fisioterapeuta. E há discussão, tem estudos, enfim... A questão é que a gente tá mudando de modelos de pagamento, a gente pagava a enfermagem pra aspirar inclusive como caixas né, e também todos os materiais descartáveis enfim, as diversas taxas, os pacientes virados durante a noite é parametrizado e essa atividade é e muitas, muitos serviços hoje ele, essa atividade ela é feita pelo, por um outro profissional no caso fisioterapeuta que agora passou não só a fazer sessão, então é uma mudança que tem que ser, não da pra ser da noite pro dia porque diversos contratos e até mesmo as diversas tabelas elas não contemplam ainda isso. Vem, cá...

P/Martha – Mas eu entendi qual o problema, assim, na verdade a gente fez um link do Rol... Na verdade um outro problema né... Além do que já existe. A gente fez um link do Rol com a TUSS nova, mas a TUSS médica hospitalar. A gente ainda não fez o link do Rol com a TUSS de outros profissionais, então a gente precisa fazer isso com corda, alinhar, pra gente começar a ajeitar as coisas, mas nada impede que a gente também reforce no artigo as coisas, uma coisa não invalida a outra.

P/Mulher não identificada – É, a gente pediu identificação de uma nova RN com todo o Rol porque a 201 já está ficando muito confusa.

P/Martha – Ih, olha só... A gente também pediu isso porque a gente se enrola todo né. Imagina um monte de médico vendo alterado pela alterada pela alterada, a gente quase fica doida, a procuradoria não deixou, falou que tá errado e que o certo é você ir alterando a original. Mas olha só, manda essa contribuição que a gente tenta de novo porque pra médico então ficar vendo azulzinho, pretinho, vermelho... Vai dando mó nó, então... Alá, tá vendo! Advogado é uma raça! Advogado é uma raça... [risos] Fala Manuel.

P/Manuel – O artigo 18 se refere ao plano hospitalar, o que a gente vai tá sugerindo é substituir os termos de imediato e tardio com um prazo definido em razão das _____. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio exceto medicamentos de manutenção.

P/Martha – Hum...

P/Manuel – Então esse imediato e tardio tem se enfrentado problema que seria o imediato tardio, o conceito de imediato tardio.

P/Martha – Entendi, num da pra tirar? Okay, okay... e num da pra tirar essas palavras, “imediato e tardio”?

P/Manuel – Não, acho que teria que manter, teria que talvez definir um prazo.

P/Martha – Uii! Vou ler com carinho.

P/Manuel – Ou tirar, mas se tirar vai ficar sem assistência.

P/Martha – Por quê? Existe alguma coisa que não seja imediata e tardia? Pra mim imediato e tardio é sempre, não é?

P/Manuel – Então, mas é um acompanhamento clínico, um atendimento ambulatorial num plano hospitalar.

P/Martha – Então. Eu vou ler. Porque assim, priori falando imediato e tardio, pra mim é a qualquer tempo...

P/Manuel – É o plano hospitalar. Atendimento ambulatorial e plano hospitalar.

P/Martha – Eu entendi, entendi. Vou ler.

P/Homem não identificado – Sou eu de novo, é que ainda não ficou muito claro pra mim então, a questão da fisioterapia e da terapia intensiva. O que foi digo em relação a assistência é um capítulo do que seria o nosso referencial de

honorário que a gente pediu que essa remuneração fosse feita pra fisioterapia baseada em assistência e por turno, né? Mas isso não foi contemplado na (TUZ?) ainda né, então a gente ainda está hoje no que vai ser na... Não, não... fisioterapia e terapia intensiva não... ____, mas 305 não entrou terapia nesse molde, terapia intensiva. Eu sei... Eu to dizendo que não entrou, isso não foi incorporado, a fisioterapia como assistência, ainda está como procedimento. E aí assim...

P/Manuel – Cobertura de atendimento por outros profissionais de saúde por forma ilimitada durante o período de internação hospitalar quando indicado pelo médico assistente.

P/Homem não identificado – Perfeito, mas isso não ocorre na prática.

P/Manuel – Sim, mas é uma questão de regulação específica de alguma operadora, mas não um problema específico da legislação, da regulamentação.

P/Homem não identificado – Mas a questão da limitação, como a gente ainda está nesse modelo de procedimentos por dia, aí o que a gente quer é um espaço pra encaminhar essa demanda e explicitar isso de uma forma mais clara porque eu acho que de qualquer forma isso gera a possibilidade de interpretação. Casos concretos de limitação de procedimento, é isso. A gente pode trazer um dossiê a respeito, das operadoras mostrando que isso é uma prática comum.

P/Martha – Gente, vamos tentar dar uma orientada assim, tem mais algum artigo? Porque se não, então vamos lá... Então vamos lá. Vai Marlene.

P/Marlene – É, do plano ambulatorial artigo 17 o sexto. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no anexo. Eu gostaria que fosse mudada essa redação...

P/Martha – Pra?

P/Marlene – Fisioterapia. Aqui não entra a palavra fisioterapia, então eu gostaria que ao invés de reeducação ou reabilitação física fosse colocada fisioterapia. Por quê? Primeiro, reabilitação física fisioterapeuta e fisiatra faz. Reabilitação, vários profissionais fazem né... E reeducação também. Então a palavra fisioterapia não entra, não tá contemplada aqui. Logo.

P/Martha - Mas olha só, e essa... Assim... A nossa intenção é que fique o quanto mais geral possível, então se tem alguma denominação que o fisioterapeuta faça e que outros façam também, pra gente okay.

P/Marlene – Mas aqui logo em seguida diz que podem ser realizados por fisioterapeuta ou fisiatra, quem pode fazer...

P/Martha – Okay, entendi.

P/Marlene – Entendeu? Então quem pode fazer fisioterapia é fisioterapeuta, quem pode fazer...

P/Martha – E a reabilitação podem ser dadas outros processos... Okay.

P/Marlene – Exatamente.

P/Martha – Cris...

P/Cris – A Brange mandou como contribuição, com relação a transplante, é... Eu criaria assim, parágrafo excluindo das despesas assistenciais com doadores aquelas relativas a seleção do candidato a doação. Quer dizer, não seria do doador, seria da seleção, você excluir...

P/Martha – A gente já discutiu isso Cris, como é que você gera o doador sem selecionar?

P/Cris – Ué, você pode, você pode ter dependendo quantos doadores e aquilo não redundar...

P/Martha – Então, mas quando a gente fala seleção é isso, você tem cinco possíveis doadores, você tem que selecionar um que é o compatível, você não vai ter o doador se você não fizer o teste nos cinco.

P/Cris – É, mas você tem exames a partir da seleção desse doador, você tem outros exames _____.

P/Martha – Então, mas quem é que vai fazer a seleção? Isso... Mas o que a gente, eu entendi Cris, eu entendi. A gente discutiu isso na outra reunião, no outro ano que a gente discutiu GT do Rol. Ao o que a gente viu? A gente viu o seguinte, já existe a cobertura por parte da operadora do receptor pra cobrir o doador. Mas como é que você vai cobrir o doador se você não sabe quem é o doador? Então pra você identificar quem é o doador você tem que fazer seleção. Então a gente interpreta a seleção como uma etapa da doação, a gente não conseguiu, sabe porque? Se não o que é que acontece, quem é que vai fazer a seleção? Ai você não sabe quem é o doador.

P/Cris – É, mas nós tivemos muitos problemas na empresa...

P/Martha – Eu imagino... Eu imagino... vivo, vivo, vivo...

P/Cris – doador vivo, você pode ter N doadores, N candidatos a doador e você ter que achar...

P/Martha – A gente discutiu isso pra caramba.

P/Cris – Com relação a transplante também, ai já é no artigo anterior aqui que fala sobre as despesas com captação, transporte, preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, a gente sugere excluir já que a competência é privativa do SUS, ele no caso não haveria ai nem a fundamentação do ressarcimento ao SUS.

P/Martha – É, isso veio da Consu. Qual é o artigo disso? Vou ler de novo.

P/Cris – É artigo 18 inciso 4.

P/Martha – 18, 4...

P/Cris – Não, desculpa... Inciso 4 a linha c.

P/Martha – Ta. Ta, mais qual gente? Mais qual artigo? Eguiberto, vai.

P/Eguiberto – É, o... A definição la do hospital dia né, o recurso intermediário... Ele não entra...

P/Martha – Você fala como se tivesse tudo decorado, lê ai o artigo.

P/Eguiberto – Não, não, é... Não, já houve a definição do Hospital Dia, é um recurso intermediário, entra a internação, foi essa a intenção, o...

P/Martha – Meu Deus! Pera ai... Vai... Às cinco da tarde ele quer que eu responda um negocio assim, uh! Vamos...

P/Eguiberto – Não, eu tenho lá um critério específico pra internação psiquiátrica de co-participação .

P/Martha – Okay, aquele que pode ser crescente, piriri, pororo, pororo, ta.

P/Eguiberto – 50%, mesmo que não tenha nas outras e tal.

P/Martha – O Hospital Dia tem esse critério? Não.

P/Eguiberto – Então o Hospital Dia só se tiver especificamente pra ele e não dentro do critério...

P/Martha – Isso, okay? Eu sei que ninguém deve ta acompanhando, eu vou tentar. Vamos ouvir ele na saúde ocupacional, acabou os artigos eu acho... Vai lá Eguiberto, apresenta aqui pra gente que ai a gente encerra.

P/Eguiberto – Boa tarde, boa tarde. Bom, aqui na realidade não tem nada a ver com a odontologia, mas é que eu fiz parte de um grupo de médicos que discutiram essa parte de saúde do trabalhador. Então fiquei incumbido de trazer pelo menos pro grupo uma ponderação que está aparecendo para as

operadoras que estão hoje obrigadas a cobrir a 211', só que a fiscalização do Ministério tem vindo de forma diferente, então esse é o maior problema. É, aqui... Como é que faz mudar... [risos] Ah... Então... Foi. Me apresentar.. vou ter que ficar mais baixinho aqui. Eu vou sentar pra não atrapalhar a visão. Pronto, 211 né, veio com essa modificação incluindo la acidente de trabalho e foi incluída a idéia, o entendimento da súmula né, porque lá fala da saúde ocupacional e define o que estaria sendo excluído nesta saúde ocupacional. Pois é, ali ta incluindo tudo, exclusão seria os exames adicionais, periódicos, então você tem só estas, é só esses exames pra serem contratados separadamente, o restante todo de saúde ocupacional estaria incluído dentro do Rol. Esta é a idéia da resolução do 211. Ai nós temos que até é né, mencionada pela sumula ARN7, ANR7... Então lá fala da promoção e prevenção da saúde, do planejamento, implementação e um item interessante que já foi discutido dentro da agência, mas também não os comoveu é que o trabalhador não pode participar quando se tratar de acidente de trabalho _____ educacional, não há co-participação do empregado, e muitos planos coletivos, e novos e antigos, modernos tem a co-participação, existe a co-participação que é repassado pro empregado. Então quando estivermos especificamente dentro da saúde ocupacional não poderia ser cobrado, só que a operadora não sabe, o contrato dela se é um plano de saúde existe a co-participação e ela vai ter direito a essa co-participação. E continua norma, deve incluir realização obrigatória aqueles que foram excluídos pela agência os exames, só que compreende também exames complementares e ai é que está a dificuldade, esses exames complementares não foram salvados na norma nem na sumula, isso é que nós estamos re-indicando, que haja uma diferenciação quando se tratar se um produto que não seria registrado na agência, um produto separado de atendimento específico da saúde ocupacional. Que existe lá os exames complementares, usina, urina, sangue, radiografia... Aqui eu trouxe justamente o alto de infração que um, se eu não me engano um banco de sangue recebeu lá em Santa Maria no Rio Grande do Sul que falava fiscalização iniciada dia 8 de Março... E constataram que ao elaborar o programa de controle medico de saúde ocupacional desconsiderou questões incidentes na coletividade, a individual e do coletivo. Aqui ta melhor, Alá... Tem objetivo da promoção e preservação da saúde dos empregados, ações preventivas, sendo essas ocupacionais e não ocupacionais, então diz que a AR, a NR7 ela incluiria todo o arcabouço de prevenção e de saúde também, não só especificamente aqueles exames. Então realização de exames complementares que ai ele dá os exemplos lá, tem diabetes, colesterol, tuberculose, também prevenção, obesidade, DST, degenerativa, hipertensão, campanha anti-tabagismo... Então houve uma inclusão muito grande pela fiscalização do Ministério. Então hoje quando um cliente compra um plano especifico de saúde ocupacional ou um produto, não um plano, um produto especifico de saúde ocupacional e não adquire um plano médico hospitalar ele fica desprotegido porque a operadora fica inibida de colocar procedimentos que a agência está entendendo que fazem parte de Rol e por isso teria que ser dentro de um plano registrado, mas por outro lado o cliente ele fica desprotegido com relação a uma fiscalização e eu não posso, pelo menos ta ai o Ministério da Justiça, eu não posso fazer uma venda casada só te vendo um saúde ocupacional se você me comprar um plano médico hospitalar. Então eu tenho que ter um produto especifico da saúde ocupacional que contemple os exames complementares da forma como

é o entendimento do Ministério a respeito. Então não demonstro o perfil prevencionista, regulamentação não prevê exame de realização dos termos complementares, então isso vai gerar, já está gerando lá no Sul e a tendência pelo que os fiscais estão dizendo lá em baixo é que isso vai pelo país todo, toda essa inclusão no programa de prevenção, num programa de prevenção junto a saúde ocupacional. Essa é a lei que entrou em vigência no ano passado e que também incluiu, que trouxe como mais um exemplo assim um teste de controle de uso de droga e bebida alcoólica pros motoristas né... Que foi até uma polêmica, saiu nos jornais. Então isso também vai fazer parte do programa das empresas. Então é mais um que seria uma exceção que eu preciso obter da agência um programa específico, um produto específico que contemple toda essa... Então ele é dispensado. [risos] ali tá dizendo que ele é dispensado [risos] Então, a proposta lá do grupo seria justamente tentar definir isso, então aqui não se confundi né o PCMSO não se confunde com plano de saúde, assistência privada, assistência saúde né... É, exclui-se da cobertura obrigatória todos os procedimentos ou exames complementares solicitados pelo médico responsável por aquele programa. Então se há um controle, isso é um controle periódico contínuo e há necessidade de exames que esses exames possam estar formatados dentro deste produto de saúde ocupacional e não dizer que não, isso é pertence ao Rol eu não posso incluir dentro desses produtos específicos que vai se confundir. É isso, é... isso aí é do ____ trabalho.

P/Martha – Deixa eu também, é... Deixa eu falar rapidinho como é que a gente entende o artigo da resolução. Quando a gente foi fazer esse artigo ele sofreu várias modificações. Então na primeira vez que ele foi revisado, lá pra trás 2008, é... To igual dona Cândida agora, contando história de tudo. Em 2008 existiam dois artigos, um que falava que pra plano individual você tinha cobertura de acidente de trabalho, pra plano coletivo você não tinha cobertura de acidente de trabalho, era assim o artigo né. Esse artigo foi sendo modificado, modificado, modificado até a gente chegar no artigo que a gente tem hoje porque? Porque a gente entende que antes o cara era atendido tinha um monte de confusão, ele mentia pra ser atendido, enfim, já era uma coisa muito confusa e o que a gente precisava proteger pras normas do Ministério do Trabalho era a NR7 que o Eguiberto apresentou aqui. Quando a gente leu a NR7, como é que foi a nossa interpretação dessa norma do Ministério do Trabalho, que eles só ____ como direito do trabalhador dentro das leis do Ministério do Trabalho, o admissional, demissional e o s periódicos. E que tudo que tivesse relacionado ao admissional e demissional exames periódicos tava dentro da norma do Ministério do Trabalho e não tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Então, eu tenho que fazer uma, sei lá, um raio-x pro meu periódico, isso tem cobertura? Não tem cobertura, tá dentro do exame periódico né. Então é, é isso que a gente entendeu na hora que a gente montou o artigo e é isso que a gente entende hoje do que tá escrito ali. O que o Eguiberto traz é um pouquinho além, o que a gente fala é o seguinte, que se o beneficiário ele tem uma patologia ocupacional, o que é isso? Ele tem uma, não é mais lera, agora eu não sei mais como é que fala que eu to desatualizada, dorte! Então se ele tem uma doença ocupacional, qualquer que seja de coluna... O tratamento e o acompanhamento da doença ocupacional ele tem sim cobertura obrigatória, isso tá dentro do entendimento lá da resolução, por quê? Porque isso não é admissional, não é demissional, não é

periódico, é tratamento e acompanhamento de doença, e a proposta dele é o seguinte, se essa solicitação desse exame sair, vê se é isso, sair do médico do trabalho, isso ta dentro do plano de trabalho, não ta dentro do Rol...

P/Eguiberto – Não, está dentro do Rol. Eu digo é que se eu tiver só um produto a ser vendido de saúde ocupacional eu posso formatar um que inclua isso, que não haja comunicação Rol e saúde ocupacional, saúde ocupacional vai cobrir isso, hoje eu digo pra ele ó “Não cobre”, você tem que me contratar um plano ambulatorial no mínimo. Então eu tenho que incluir dentro...

P/Martha – Sabe o que eu tenho dúvida assim, tenho dúvida mesmo, você ta formatando um outro serviço que você vai vender seu outro serviço do jeito que você quiser, se você quiser vender ele com isso também e o cara que quiser comprar isso duas vezes, okay. Mas então, uma coisa não interfere na outra eu acho...

P/Eguiberto – Se a agência me autorizar formatar um produto saúde ocupacional que contemple procedimentos do Rol além daqueles cinco, que isto não está claro, ali quando fala que está incluído a saúde ocupacional, quer dizer, a cobertura é obrigatória também na saúde ocupacional exceto aquelas exclusões, eu não, eu tenho que ser... Não tenho essa...

P/Martha – Ta... O que eu acho é o seguinte, se... O que é que pode acontecer, vamos dizer que eu compre esse seu produto saúde ocupacional da Unimed e eu compre da Cris um plano saúde, então eu tenho plano de saúde da Amil e tenho o seu produto, se eu quiser comprar esse meiozinho duplicado, ué, qual o problema? Não, não... ai é definição de é plano e não é plano que é uma outra história, mas isso, enfim, isso não configura um plano de saúde... A gente resolve essa outra história sem entrar no Rol, ta? Deixa o Rol, o Rol ta lindo, você concordam? O artigo ta lindo, deixa ele lá do jeito que ta...

P/Mulher não identificada – Então Martha, em relação a saúde ocupacional eu concordo bastante com o Eguiberto porque assim, sempre foi uma relação de contrato e de acordo entre entregador e a empresa contratada que além de dar assistência aos funcionários e dependentes ele também fazia saúde ocupacional. E ai, existem regras, tem empresas de alta gestão por exemplo que ele faz programa ante-tabagismo e se o funcionário faz adesão e faz psicoterapia, faz uma serie de coisas, acupuntura, ele não tem co-participação porque assim é o problema. Agora, o que acontece, existem algumas situações que o plano individual, ainda que no plano coletivo, isso a gente já viu e venceu muito... É a esposa, veja vem ela não é a titular, é a esposa que a caminho do trabalho dela, mas ela é dependente do titular, ela sofre um acidente de percurso, é acidente de trabalho, só que é claro que pra ela toda aquela fisioterapia é... todo aquele atendimento ela fez pelo plano do marido dela que é muito bom. Então esse direito se sobrepõe sim a acidente de trabalho dela, apesar que acidente de trabalho não tem como operadora negar pelo fato de ser acidente de trabalho, mas ela tem um direito superior quanto beneficiária em um acidente pessoal, isso porque isso também gerava dúvida.

P/Martha – Ta, tem uma coisa de tudo que o Eguiberto falou, eu acho assim, essa redação ta okay pro que a gente concorda, o que ele quer definir é se o que ele ta vendendo é plano no plano que é uma outra discussão que não é Rol. Eu vou passar pra ele, mas a única coisa disso que ele falou que eu acho que a gente tem que pensar e dê de a outra revisão do Rol a gente ficou de pensar nisso é o seguinte, essa coisa da ausência de co-participação quando é

acidente de trabalho isso é importante então a gente vai ter que ver como é que acomoda isso na legislação.

P/Albuca Assis – Albuca Assis, Confederação Nacional do Comercio. É, o que a gente nota é o seguinte, a NR9 PPRA é o que determina o risco ambiental pra cada trabalhador, ai você através da PPRA você vai fazer o PCMSO. Do PCMSO você especifica no seu programa de acordo com cada categoria profissional, um exame admissional periódico, os exames que você deve fazer. Na NR7 PCMSO diz que todo o custeio desse exame caberá exclusivamente ao empregador. Então todo o exame, eu acho que o Eguiberto colocou ali, é que o exame complementar realizado no exame de admissão, no exame periódico, no exame demissional deverá ser custeado pelo empregador que não está na, no Rol.

P/Martha – Essa parte é que eu notei aqui pra gente ver, não pode ter co-participação. Eu concordo.

P/Albuca Assis – Sim, ai o que acontece é o seguinte, quando o trabalhador, eu do pro meu empregado participação, seja ele total pago por mim ou pago parcial pelo, não com a participação, mas ele entra no custeio do plano, é... Se caberia no caso, eu patrão pago integralmente o plano de saúde do meu trabalhador, se caberia eu utilizar é... este plano de saúde para fazer o exame, não cabe. Isso já é uma definição total do próprio ministério do trabalho dizendo que são coisas separadas, eu não posso utilizar e sim, tem que ser custeado separadamente. Mas só naqueles casos, todos os outros casos, no caso de, por exemplo, ele tem uma (maléra?), uma dor, tem uma pneumopatia que ele tem direito a utilizar o plano de saúde independente da, se ocupacional ou não.

P/Martha – Beleza. Meninos, foi? Então vamos programar, a gente vai mandar pra todo mundo então... Primeiro todo material de tudo isso que eu recebi, que circulou, que apareceu aqui hoje, tudo isso vai pra email de vocês, deixo. É, depois a gente vai mandar a divisão dos grupo, então cada grupo vai receber um material em separado, cada um que se inscreveu em seu grupo, ta? Fora isso, pra próxima reunião a gente vai ter a reunião pelo menos do grupo de medicação oral. Então a gente vai já trazer na quarta reunião alguma coisa mais consolidada, a gente tem um mês pra fazer isso, ta? Até o dia 30 de Abril, ta? Então a gente vai trocando bastante email, a senhora tem que se inserir num grupo dona Cândida... Porque o grupão, é porque assim, tem o grupão que é esse, qe a senhora vai continuar vindo e tem aqueles grupos especificos, a sem hora pode se inscrever no que a senhora quiser. Não, esse daí a gente já meio que definiu a redação, a gente... Vamo lá, ostomia, a gente vai tentar preparar então um texto bonitinho, uma linguagem bonitinha, vou tentar passar pela colejada do dia 3 pros diretores já darem um norte, aprovarem e decidirem se vai ou não ter consulta pública e no dia 9 eu dou o resultado disso pra vocês, ta? Pode falar. Fala Carlo.

P/Carlo – Só as minhas considerações, a gente ficou discutindo pela manhã e talvez eu não fechei a idéia do entendimento da secretaria nacional do consumidor quanto a ostomia, nós entendemos que é ambulatorial e hospitalar, que a classificação tem que ser essa, não vi argumento pra enquadrá-lo no PAC, alta complexidade... E mais uma vez eu sugiro a MS que pense nessa possibilidade de regular a ostomia de um modo completo e não só as patologias, não só aquelas colocadas na lei, mas de um modo completo pra

atender todos os pacientes, pelo principio da isonomia, pelo principio da vulnerabilidade e tudo mais. Então da integralidade da assistência.

P/Martha – Eu tinha marcado exatamente isso de vocês, viu como eu entendi?

P/Carlo – Era essa minha preocupação só.

P/Martha – Ta bom gente... Então obrigado por vocês ficarem aqui até o final!

Dia 9 estaremos aqui, antes disso muito trabalho por email, ta? E ai a gente criou um outro grupo de genética que eu inscrevi a Adriana agente fé na saúde, se alguém mais quiser. Vocês com essa dupla nacionalidade...