

**7ª Reunião do Grupo Técnico (GT) do Rol,
realizada em 3 de julho**

Martha abriu a reunião do GT do "roll" lembrando que as discussões terão como foco a proposta de RN elaborada pela ANS que será submetida à consulta pública e que a versão final deverá ser apresentada em dezembro ou janeiro e entrar em vigor em 2 de abril.

Ana iniciou a apresentação proposta pontuando as várias modificações e atualizações feitas sobre o "rol" de procedimentos em eventos de saúde que constituía referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme a Lei 9656, de 3 de junho de 98. Informou que também foi atualizado o "rol" de procedimentos de alta complexidade/PAC para fins de cobertura e que a RN traz dois anexos, o Anexo 1, que lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando a segmentação contratada, incluindo a odontologia como mais uma segmentação, e o Anexo 2, que contém as diretrizes de utilização necessárias para cobertura obrigatória de alguns procedimentos identificados no Anexo 1.

Citou, entre as principais deliberações, que o "rol" poderá ser revisto a qualquer tempo, segundo critérios da ANS, conforme o disposto no Artigo 3º; a atenção à saúde na Saúde Suplementar deverá observar os seguintes princípios: 1- Atenção Multiprofissional; 2- Integralidade das Ações, respeitando a segmentação contratada; 3- Incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto natural; 4- Uso da Epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações em gestão em saúde (Artigo 4º). Informou ainda que a própria ANS resolveu incluir o inciso referente à Saúde Mental, que prevê a adoção de medidas para evitar a estigmatização e institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando ao aumento de sua autonomia; no Artigo 5º, os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória listados na resolução e em seus anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos de classe, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de contratualização estabelecido pelas operadoras de planos de saúde; foi acatada a sugestão feita por várias entidades - CFM, AMB, CFN, CFO, CFP, Abrange - de

substituição de "Conselhos de Classe" por "Conselhos Profissionais"; no Parágrafo 1º foi acolhida a sugestão do Conselho Federal de Fonoaudiologia e da própria ANS de acrescentar que é facultado às operadoras estabelecer o livre acesso aos outros profissionais. Comentou que a interpretação correta da lei supõe que os procedimentos é que devem ter indicação do médico assistente e não os profissionais de saúde, ficando o texto: "Todos os procedimentos listados no Anexo 1 desta RN poderão ser executados pelos profissionais de saúde, desde que solicitados pelo médico-assistente, com exceção dos procedimentos vinculados de natureza odontológica, que poderão ser solicitados e executados diretamente pelo cirurgião-dentista habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional no planejamento das ações necessárias ao tratamento e estabelecimento do prognóstico odontológico."

Ana relacionou algumas definições acrescentadas no capítulo das coberturas assistenciais, como: "as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão oferecer, obrigatoriamente, o plano referência de que trata o Artigo 10 da lei, podendo oferecer, ainda, alternativamente, planos

ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológico e suas combinações; a participação do profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Anexo 1 terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica"; houve a inserção de dispositivos referentes às ações de planejamento familiar da RN 192, de 2009, em acolhimento a sugestão da ANS, tendo ficado a redação: "As ações de planejamento familiar nas dimensões de concepção e anticoncepção devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas no Anexo 1 desta resolução, observando-se as seguintes definições: Considera-se o planejamento familiar como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal; concepção entendida como a fusão do espermatozóide com o óvulo, resultando na formação de um zigoto; anticoncepção entendida como a prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade; atividades educacionais entendidas como aquelas executadas por qualquer profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a

reflexão sobre temas relacionados à concepção e anticoncepção, inclusive, a sexualidade; aconselhamento entendido como um processo de escutativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, síndrome da imunodeficiência adquirida - DSTA/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção, parto e atendimento clínico a ser realizado após as atividades educativas, incluindo anamneses, exame físico e geral, ginecológico, para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção."

Ana mensurou que a expressão "mórbida" não foi retirada da definição "obesidade mórbida", conforme pleiteado pelo CFM, porque prevaleceu o entendimento de que a nomenclatura define uma entidade nosológica que consta da CID e que a obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial devido, assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional em nível ambulatorial. Acrescentou que foi acolhida também sugestão da SAS - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde de trocar a expressão "estabelecimentos médicos" por "estabelecimentos de saúde", ficando a redação: "Em caso de

indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos de saúde, tais como hospitais e clínicas, assim considerados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, para tratamento médico com profissionais 24 horas." Mencionou, com relação à saúde mental, que passou a constar do capítulo geral, em atendimento à sugestão da ANS, a seguinte definição: "A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico, sempre que houver indicação do médico assistente; Parágrafo Único - todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinflingidas, estão obrigatoriamente cobertos."

Ana pontunou, em relação às segmentações, que a RN traz as seguintes mudanças: a cobertura assistencial de que trata o Plano Referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência na forma estabelecida no Artigo 10 da Lei 9656, de 98; ficam permitidas as exclusões assistenciais previstas no mesmo Artigo 10 da lei, observando-se as várias definições legais em relação a tratamento clínico ou cirúrgico

experimental, mas com maior detalhamento no texto. Assinalou que, após a avaliação das sugestões das entidades, o texto ficou da seguinte forma: "Tratamento clínico ou cirúrgico experimental entende-se, para fins de cobertura, como aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no País, bem como, aquele considerado experimental pelo CFM, ou à base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Anvisa (de uso "off label")."

Destacou que, sobre procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, foi acatada sugestão do Cofen para melhorar a redação, que ficou assim: "Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, para efeito de cobertura, define-se como todos aqueles que não visem à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita. Assinalou que, para as questões da inseminação artificial e tratamento de rejuvenescimento e emagrecimento, não houve modificação, mas que a inseminação artificial é uma exclusão permitida pela lei e que a inclusão do planejamento familiar na

proposta não prevê a inseminação artificial. Quanto ao fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, observou que a medida atende às várias sugestões - Procon/São José dos Campos, Abrange, Unidas, Fenasaúde - para melhorar a definição do procedimento, tendo em vista a subjetividade de quem define a necessidade de administração assistida, problemas com relação à venda e bula, resultando numa definição menor e mais objetiva, uma vez que se trata de tópico de exclusão permitida por lei e não de inclusão. Disse que, no tópico fornecimento de órteses e próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, a ANS sugeriu acrescentar uma alínea sobre a classificação de órteses e próteses, o que foi acatado. O inciso não sofreu alteração, mas a alínea ficou: "A classificação de diversos materiais utilizados pela medicina no País, como órteses e próteses, deverá seguir a lista elaborada com este fim pela câmara técnica de implantes da AMB."

Com relação à segmentação ambulatorial, Ana mencionou que a proposta prevê os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório definidos e listados no "rol", não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia, que,, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por

período superior a 12 horas ou serviços de comunidades de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências: cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas especializadas, inclusive, obstétricas, para pré-natal reconhecidas pelo CFM. Como de cobertura obrigatória foram elencados os procedimentos: serviços de apoio, diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo os cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico e cirurgião-dentista assistentes, devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação. Informou, ainda, que foi inserido o inciso sobre cobertura de medicamentos inerentes a procedimentos constantes do "rol" vigente, registrados na Anvisa, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no anexo e nos artigos da RN; e que também foi acatada a sugestão de cobertura de consulta e sessões com psicólogo feita pelo CFP.

Ana esclareceu que, no bloco sobre a segmentação hospitalar, houve a revogação da Consul 11, sobre Saúde Mental, não estando incluídos os atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia e recuperação, mas foi incluído inciso sobre internação ilimitada para transtornos mentais,

cobertura de transplantes e atendimentos por outros profissionais. Notificou que foram colocados alguns parágrafos para deixar mais clara a cobertura em número ilimitado de dias de todas as modalidades de internação hospitalar e cobertura de Hospital Dia pra transtornos mentais, de acordo com Anexo 2 da RN. Explicou que o entendimento é de que o Hospital Dia para transtornos mentais é recurso intermediário entre internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida no regime de internação hospitalar. Conforme ela, a agência resolveu incluir também um inciso que trata de questões referentes às coberturas de determinadas marcas de órteses e próteses solicitadas pelo médico-assistente.

Destacou, sobre as cirurgias odontológicas, que a proposta não inclui a cobertura das cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais da segmentação hospitalar, que não têm relação com o "rol" de procedimentos odontológicos, mas admitie a cobertura dos exames complementares solicitados para internações hospitalares de natureza bucomaxilofaciais ou para procedimentos odontológicos, que, por imperativo

clínico, demandarem internação hospitalar, inclusive quando solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos a finalidades de natureza odontológica. Sobre a sugestão da Fenasaúde de melhor definição do imperativo clínico, disse que a ANS achou complicado definir o que é imperativo clínico na RN e considerou que a indicação do imperativo poderá ser definida mediante mecanismo de regulação da operadora. Salientou que já constava do Artigo 17 da sessão do plano odontológico, entretanto foi alocado para o plano hospitalar a cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar. Esclareceu que o imperativo clínico se caracteriza pelos atos que se impõem em função das necessidades clínicas do paciente com vista à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção e que, em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade de suporte hospitalar para a realização do procedimento com o objetivo de garantir maior segurança ao doente e as condições adequadas para a execução

dos procedimentos, assumindo a responsabilidade técnica e legal pelo ato praticado. Ressaltou que as situações de imperativo clínico, os honorários e material odontológico utilizado pelo cirurgião-dentista para a execução dos procedimentos em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência, exceção feita aos procedimentos listados no Anexo 1 da RN para a segmentação hospitalar.

Ana elencou entre os procedimentos de cobertura obrigatória aqueles considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar, que, embora não sejam estritamente hospitalares, estão cobertos no plano hospitalar: hemodiálise e diálise peritoneal, CAPD, quimioterapia oncológica ambulatorial, radioterapia, todos os procedimentos descritos no Anexo 1 da resolução para ambas as segmentações (ambulatorial e hospitalar), hemoterapia, nutrição parenteral ou interal, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolizações listadas no Anexo 1, radiologia intervencionista e exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos. Ela relacionou entre as exclusões permitidas: tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, Spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para

acolhimento de idosos; internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar, retiradas, neste caso, as exceções de rim e córnea por transplantes, não listados no Anexo 1.

Entre outras inclusões contempladas na RN, Ana citou a cobertura de um acompanhante indicado pela parturiente durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, desde que os médicos ou equipes do hospital concordem com sua presença, entendendo-se o parto imediato como as primeiras 24 horas após o parto; a cobertura assistencial do recém-nascido, filho natural ou adotivo do segurado ou de seu dependente durante os primeiros 30 dias após o parto (o que não foi modificado); opção de descrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do segurado como dependente, isento dos cumprimentos de pedidos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou adoção; e, no Parágrafo Único, pra fins de cobertura do parto normal listados no Anexo 1, o procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei 7498, de 86, que rege o exercício profissional do enfermeiro.

Com relação ao plano odontológico, Ana colocou que a proposta

estabelece a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo 1 da RN para a segmentação odontológica. Lembrou que os procedimentos bucomaxilofaciais que necessitem de internação não estão no "rol" odontológico porque foram realocados para a segmentação hospitalar, entretanto, os honorários e material odontológico utilizado pelo dentista em casos de imperativo clínico que necessite de suporte hospitalar estão incluídos no plano odontológico. Destacou que a proposta de que os exames devem ser restritos aos procedimentos de natureza odontológica já está clara e poderá ser definida assim.

Ana concluiu dizendo que a RN e seus anexos estarão disponíveis para consulta e cópia na página da internet, www.ans.gov.br e ficam revogadas as resoluções normativas 192, 167, 154, as resoluções do Conselho de Saúde Suplementar, a Consul 11 e Consul 12, as súmulas normativas 10 e 11 e as demais disposições em contrário. Anunciou que a RN entra em vigor em 2 de abril de 2010.

José Alves (Uniodonto) perguntou se no sistema misto os dois tipos de contratação devem ser considerados como de cobertura mínima.

Martha disse que essa questão exigirá ainda uma definição mais clara, mas, de qualquer forma, a segmentação estabelece cobertura mínima no sentido de que o plano sempre possa oferecer mais, tanto no pré como no pós.

José Alves observou que ao mesmo tempo em que a proposta diz que a revisão da RN pode ser feita a cada dois anos, prevê, em outro trecho, que ela pode ser revisada a qualquer momento.

Martha respondeu que o que ficou combinado tecnicamente é que a agência tem capacidade para fazer uma grande revisão a cada dois anos, mas não foi possível amarrar isso na resolução, o que será definido posteriormente.

Selma indagou se, conforme a proposta, as atividades educacionais passam a ser obrigatórias e, então, se toda operadora deverá desenvolver o seu programa.

Martha esclareceu que quatro procedimentos foram incorporados à tabela: a efetividade educativa, consulta de educação em saúde, que passa a ser obrigatória, consulta de planejamento familiar, uma dosagem hormonal e o DIU hormonal. Disse também que foi importante colocar uma definição do que é consulta de

atividade educacional.

Rosângela (Farbra) disse que a regulamentação sobre transplantes no País está passando por mudanças e sua preocupação a respeito é com relação aos medicamentos, já que há um problema sério de judicialização quando os pacientes de transplantes de fígado ou rim têm complicações ou doenças associadas ao tratamento que não estão contempladas.

Martha mencionou que a resolução contém 24 artigos que tratam especificamente de medicamentos, entre eles, um que estabelece que qualquer medicamento que o médico prescrever dentro da internação está coberto. Informou que, em agosto, a agência fará contato com o CITEC para definir o formato deste artigo e que a medicação domiciliar está entre as possíveis exclusões previstas no Artigo 10, mas que a medicação do transplante se enquadra em outro artigo, numa regulamentação maior que precisará ser discutida ainda.

Rosângela salientou que há contradições entre o que não é permitido e o que é autorizado pela Anvisa, além dos medicamentos dos protocolos clínicos do Ministério da Saúde, o que pode gerar problemas de judicialização. Lembrou, ainda, sobre a questão da grade de medicamentos, que cada estado tem

a sua.

Martha comentou que a Consul 11 muda a redação, trazendo o Hospital Dia como uma alternativa à internação, como uma rede hospitalar, mas, assim, ele tem todas as consequências de ser considerado uma rede hospitalar, então, sem limitação de internação e com direito a medicamento, atendimento multidisciplinar, desde que prescritos pelo médico.

Selma questionou, portanto, se já que o Hospital Dia se caracteriza como atendimento hospitalar, ele estaria fora da cobertura do segmento ambulatorial?

Martha disse que mesmo na Consul 11 ele já era só da segmentação hospitalar e que a intenção é obrigar a segmentação ambulatorial a contratar uma rede hospitalar.

Selma ponderou que da forma como está o Hospital Dia fica no meio do caminho entre ambulatorial e hospitalar.

Martha acentuou que a agência quer que o Hospital Dia seja um substitutivo à internação, mas, para isto, ele precisa ter internação ilimitada, medicação e um apoio que na rede ambulatorial ele não vai ter, até por que o número de planos

ambulatoriais é muito maior e foi por esse caminho que a agência conduziu as discussões sobre o tema durante quase um ano.

Ana Cláudia (Citec) disse que, do ponto de vista do prestador, colocar o Hospital Dia dentro de uma estrutura hospitalar é muito mais viável, mas para o consumidor, ele vai pagar mais por uma segmentação hospitalar.

Martha considerou que o que está sendo debatido não é a questão da classificação da internação, mas quem tem direito, se quem paga o ambulatorial ou o hospitalar.

Rosângela destacou a importância de atualização do protocolo, uma vez que o Ministério da Saúde tem vários medicamentos que estão desatualizados quanto aos protocolos clínicos. Disse que, por isto, os pacientes com doenças graves e outras doenças associadas ou mesmo rejeição à medicamentos estão tendo problemas para usar drogas para as quais os protocolos clínicos não estão atualizados, o que lhe parece incoerente no caso do paciente fazer um transplante no convênio e ficar descoberto no que tange ao tratamento terapêutico, até por que, se ele recorrer à Secretaria de Saúde, via SUS, também não terá sucesso se o medicamento não constar da grade do

SUS.

Martha colocou que, segundo a regra, o hospitalar está coberto e o domiciliar não, independentemente disso estar num protocolo ou não, de ter um transplante ou não e o que baliza a cobertura é se há ou não registro na tabela do SUS.

Rosângela colocou que outra preocupação é com relação ao tratamento experimental. Disse que a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde fala que o paciente em tratamento experimental tem que saber quais os riscos que ele está correndo.

Martha disse que, no caso, não há cobertura do tratamento experimental, que não tem registro na Anvisa, princípio que também baliza a cobertura dentro da Saúde Suplementar.

Rosângela insistiu no caso do paciente fazer o transplante pelo plano e não ter cobertura pós-transplante.

Martha disse se for no domiciliar está previsto no Artigo 10 e que a agência está discutindo a cobertura dos transplantes na Saúde Suplementar.

Cláudia concordou que os protocolos clínicos estão desatualizados e, inclusive, a Lei 8080 estabelece que, mesmo quando os transplantes são efetuados pelos planos, é obrigatório o fornecimento da medicação.

Roberto (Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde) destacou que, para fins de esclarecimento, na audiência pública sobre a judicialização da saúde, o ministro firmou compromisso de atualizar os protocolos clínicos. Informou que o Ministério da Saúde já mantém em fase de atualização 53 protocolos e em elaboração mais de mais 20 outros e que o caso dos transplantes será revisto, o transplante renal já tem protocolo clínico e os demais serão elaborados. Acrescentou que o problema da judicialização, em que muita gente associa medicamento à saúde, não se restringe apenas ao uso do medicamento, mas também à integralidade do tratamento.

Ana colocou quanto aos medicamentos utilizados de forma experimental, que há todo um processo de pesquisa clínica onde são utilizados medicamentos que, às vezes, nem têm registro na Anvisa e há a necessidade de cadastrar as entidades acadêmicas responsáveis por aquela pesquisa, o que significa que se trata de um processo bastante complexo.

Rosângela ponderou que no caso de um paciente transplantado que vai para o plano de saúde num hospital privado, por conta de uma intercorrência, e não para um hospital do SUS, o que acontece é que o próprio médico que vai fazer o atendimento de emergência, apesar de haver um prontuário clínico, tem dificuldade para a prescrição médica. Assinalou que o problema é ainda mais complicado quando o paciente se desloca de um estado para outro, onde geralmente não está o seu prontuário.

Martha informou que a cobertura mínima obrigatória não é balizada por um protocolo como no ministério e que a agência está realizando todo um trabalho com a AMB sobre diretrizes clínicas para a Saúde Suplementar, no sentido de trazer essa discussão para o GT, visando à construção desses protocolos e das diretrizes. Relacionou, entre outros pontos a serem melhorados do ponto de vista da redação, os procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, a inseminação artificial, tratamento de rejuvenescimento, fornecimento de medicamento e produto para a saúde não nacionalizado. Lembrou do caso do tratamento de um problema de catarata em que existem dois tipos de lentes com a mesma configuração, uma nacional e outra nacionalizada, que a operadora pode optar

pela nacional desde com as mesmas características da que foi solicitada pelo médico. Sobre o fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, informou que foram feitas algumas alterações para evitar confusões e que domiciliar significa o que o médico prescreve para o paciente usar em casa. Informou, ainda, que foi formada uma câmara técnica na AMB, na qual a Anvisa tem participação, para discutir a classificação de órtese e prótese.

Carmen Lupi (Conselho Federal de Enfermagem) colocou que a discussão sobre a rede vem desde a RN 167, quando o Conselho levantou todos os consultórios do Brasil via conselhos regionais e constatou que, na realidade, não se identifica rede, claramente, para nenhum profissional, o que significa que a enfermagem não tem uma rede formal catalogada pelo ministério ou em qualquer outro órgão, apenas no Rio de Janeiro há inúmeros consultórios registrados.

Martha observou também que a agência começou a reescrever os artigos relacionados às outras profissões com coberturas de consulta, como as sessões de nutrição, fonoaudiologia, TO e psicólogo, cujas limitações constam do Anexo 1.

Cláudia Graça (Conselho Federal de Fonoaudiologia) informou

que o Conselho vem solicitando à ANS a revisão da indicação do médico-assistente para a terapia fonoaudiológica com relação ao encaminhamento médico, que impõe um fluxo que cerceia o direito do usuário de buscar o auxílio profissional que melhor lhe convém ao subordinar a ação de um profissional de saúde a outro. Questionou se a posição da ANS não compromete a autonomia das profissões, ferindo, inclusive, as leis e a própria resolução.

Martha explicou que a proposta diz apenas que a obrigatoriedade de pagamento da consulta pela operadora se dá quando existe a solicitação pelo médico assistente.

Elisa (CFP) considerou que houve avanço da discussão na direção de um modelo de atenção à saúde multiprofissional, mas que isto ainda fica prejudicado no campo da Saúde Suplementar. Disse também que há o problema da limitação do número de consultas, o estabelecimento de um número fixo para determinadas especialidades e que ela não entende como se chegou a esse limite.

Martha respondeu que a intenção da RN não é limitar o número de consultas, mas de garantir que elas sejam feitas.

Alfredo comentou que o setor de Saúde Suplementar está ligado a um mercado onde há forte concorrência e que quando uma empresa contrata um plano coletivo empresarial precisam ser realçados critérios como o IDSS, que é o Índice de Desempenho de Saúde Suplementar, já que o Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo colocou o índice como critério para a seleção de planos de saúde e várias grandes empresas também têm feito isso como fator de qualidade na seleção dos planos. Observou que outro critério a ser considerado é o do oferecimento de propostas ou de planos de promoção e prevenção como condição para que várias empresas contratem planos para seus servidores e funcionários. Portanto, recomendou que as discussões avancem no sentido de que os conselhos profissionais, sindicatos e associações comecem a colocar esses critérios como fator concorrencial, distinguindo as operadoras que estão dentro desses requisitos.

Martha repassou outros pontos da proposta de RN que sofreram modificações ou que precisam ser melhor discutidos. Citou que o termo fisioterapia foi substituído por reeducação e reabilitação física, foi reescrito o artigo sobre quimioterapia oncológica ambulatorial como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer,

incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados aos tratamentos e adjuvantes, que, independentemente da via de administração e classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico-assistente, da administração, intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimentos de saúde. Lembrou que também foi definido o termo adjuvante como o medicamento empregado de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar o desempenho destes ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

Benício disse que não lhe pareceu claro na proposta sobre o imperativo clínico os casos de internação que teriam que passar, antes, por consulta prévia com outro profissional. Em seu entender, a proposta fica um tanto aberta e sua preocupação é de que haja dificuldade de acesso do usuário, ou seja, dentro do imperativo clínico, quando o paciente precisar se internar com urgência, ele terá de procurar o médico para solicitar a sua internação. Ele acredita que esse impedimento será usado pelas operadoras quando da microrregulamentação, de forma que o usuário será o mais prejudicado.

Martha respondeu que já é assim; hoje, o mecanismo de regulação já está sendo praticado no sentido de dificultar o acesso, negando a cobertura, o que é um auto de infração, de forma que para o paciente ir para o gastro, ele tem que passar, antes, pelo clínico.

Ivan (Diretoria Técnica da Unidas) disse que a decisão da internação não é propriamente do paciente ou do usuário, é do profissional, médico ou odontólogo. Acrescentou que as operadoras dispõem de procedimentos regulatórios pelos quais podem concordar ou não com a internação.

Ricardo (ABO Nacional) disse que, se a questão da regulação for mantida como está, ficarão prejudicados os usuários e as prestadoras e que a ANS tem condições para regular o tema e deixá-lo claro, até por que não se pode interferir na autonomia dos profissionais, o que está muito bem esclarecido pelo CFM e CFO.

Roberto Velasquez (Federação Brasileira dos Hospitais) colocou que, se o imperativo clínico é determinado pelo médico ou pelo dentista, não há necessidade dele estar subordinado ao julgamento do auditor da operadora. Disse também que não concorda com a redação, principalmente, que é

a microrregulação que impõe a determinação do risco pelo julgamento do auditor da operadora.

Martha ressaltou que isso consta de contrato, ou seja, quando a pessoa compra um plano de saúde, nesses contratos, tanto do hospital quanto do prestador e do beneficiário, já está prevista a auditoria, o que significa que quando as partes assinam o contrato estão concordando com a existência da figura do auditor.

Roberto observou que a figura do auditor hospitalar das operadoras está subordinada a uma resolução do CFM, mas que, embora o seu papel seja legal, não pode exorbitar, que é exatamente o que está ocorrendo hoje.

Martha salientou que a agência tem pensado em outros mecanismos de regulação para dar conta desse impasse e que a discussão a respeito deverá ser bem aprofundada até o final do ano.

Ronei (Unidas) observou a auditoria visa assegurar a saúde e a integridade do paciente, que ele tenha direito a uma segunda ou terceira opinião, e não tem objetivo de cercear o dentista quanto a fazer a internação.

Alberto (CMB) perguntou se caso não estiver previsto em contrato, então, não haverá a regulação? Disse também que parece estar havendo confusão entre regulação e auditoria médica.

Alfredo assinalou que é preciso deixar claro que uma coisa é a questão da auditoria médica posterior ao pagamento, outra é a feita antes do tratamento, previamente, que tem a função de verificar se os exames precritos procedem ou não, o que é feito normalmente.

Martha falou sobre o anexo das diretrizes de utilização destacando que várias delas foram reescritas e outras estão sendo analisadas e ainda precisam ser melhor discutidas. Entre as que receberam nova redação, relacionou as diretrizes da acil-carnitina, avidéz de IGG para toxoplasmose, biópsia percutânea a vácuo, cirurgia para eplepsia, cirurgia refrativa, banda gástrica, citomegalo. Disse que, no caso da ecoendoscopia do trato digestivo, a agência está ainda analisando; foram também reescritas as diretrizes do dedímero, dermolipectomia, embolização das artérias uterinas para tratamento de mioma, galactose unfosfato, gastroplastia para obesidade mórbida; a hepatite B precisou ser revista em

função da nova portaria, o mesmo acontecendo com a hepatite C e HIV; no caso do implante coclear foi redigida proposta da ANS de acordo com portaria do Ministério; implante de cardiodesfibrilador e cardiodesfibrilador multissítio, bem como implante de eletrodo para estimulação cerebral e medular e implante de eletrodo bilateral estão sendo revistas, como também a do implante intratecal de bomba de infusão de fármaco; mamografia digital foi reescrita e será acompanhada de bibliografia no corpo da RN; estão sendo analisada as diretrizes de medicamento na infiltração intra-articular; a remoção de cabo eletrodo de estimulação cardíaca deverá ser incorporada; as sessões de psicoterapia para alguns CIDs terão 24 sessões/ano; no caso do sincronizador cardíaco já foi feita nova proposta; succinilacetona foi reescrita; estímulo com TSH recombinante está sendo analisada quanto à sua necessidade; teste do "tilt-test" e X-frágil foram reescritas.

Elisa explicou que para se chegar aos números estabelecidos para as sessões de psicoterapia ou TO foi observado que a medida deveria ser determinada pela necessidade, de forma que, agora, estão previstas 40 sessões de atendimento de psicologia.

Martha assinalou que foi trazida para a discussão a compatibilização dos CIDs do paciente que realmente precisa de psicoterapia e que a diretriz foi construída a várias mãos, sem que fosse usada a da AMB. Informou que a proposta vai ser colocada à consulta pública em setembro.

Amílcar colocou que para a genética não se definiu nem diretriz de utilização nem procedimento na tabela e esta é a única especialidade que está parada, em razão do que está sendo formado um grupo de especialistas para implementar a discussão.

Martha fez a exposição das diretrizes da odontologia. Colocou que na aplicação de cariostático, que o procedimento foi acatado como tratamento provisório, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador associado a um programa de promoção de saúde, os demais aspectos estão sendo analisados. Relacionou várias propostas a serem analisadas para a construção das diretrizes, sobre os temas: panorâmica de mandíbula e de maxila, restauração e coroa provisória, reabilitação com restauração metálica fundida, reabilitação com coroa total metálica, reabilitação com coroa de jaqueta e resina acrílica, reabilitação com núcleo metálico fundido, coroa de

acetato e resina em odontopediatria, coroa de aço, capeamento pulpar direto, clareamento de dentes despolpados, cirurgia de tumores odontogênicos com ou sem reconstrução, cirurgias de tumores ósseos, exereses de pequenos cistos de mandíbula, tratamento cirúrgico de tumores benignos, redução de luxação de ATM, teste de risco de cárie. Comentou que a coroa deve ter cobertura porque é inerente ao ato cirúrgico, o que não acontece com a placa miorrelaxante mantenedora de espaço, que, entretanto, recebeu sugestão de diretriz de utilização.

Marco Manfredini (Coordenação da Saúde Bucal do Ministério da Saúde) propôs que seja feita uma minuta com redação mais elaborada e com melhor definição das propostas, que estão agrupadas em alguns itens, para quando a proposta geral for submetida à apreciação.

Martha sugeriu que todos deveriam sair da reunião com uma pasta inteira do corpo das diretrizes para poderem analisar, construir as críticas e darem sua contribuição dentro de cerca de duas semanas.

Martha avisou que o prazo para o recebimento das sugestões para a proposta termina no dia 31 de julho e em 14 de agosto a ANS enviará a todos os que participaram da reunião uma

prévia do formato final do documento que irá à consulta pública. Em seguida, deu início ao repasse das tabelas dos planos médico-hospitalar e odontológico. Destacou que a tabela de adequação de nomenclatura reúne 67 procedimentos, com muitas solicitações de compatibilização com a nomenclatura da CBHPM, a tabela de exclusões envolve 46 procedimentos e a de inclusões, 237. Explicou que muitas sugestões foram acatadas e incorporadas ao "rol", outras rejeitadas, uma parte considerável está ainda em análise e há também os casos em que nem houve tempo para a avaliação, a exemplo da tabela da fonoaudiologia, que só foi entregue à agência na véspera. Citou como exemplos de sugestões não acatadas a ablação por catéter por crioterapia; em função de não haver tecnologia disponível para a execução do procedimento; a programação de DCEI durante equoterapia, que o GT considerou já constar do "rol"; angioplastia ou IAM com ou sem implante de "stent", com uso de aspirador de trombo, que não tem incidência de eventos clínicos suficiente para sua incorporação. Disse que, por outro lado, foram incluídos angiorressonância de membros inferiores, que não constava da CBHPM; assistência ao trabalho de parto por enfermagem; assistência ao fisioterapeuta já estava incluída nos procedimentos de educação e reabilitação; avaliação clínica de área enteral não foi acatada por ser um procedimento

bastante recente e ainda com acesso restrito; avaliação eletrônica do cardioensensor implantável também não foi aceita, porque a ANS entende que já consta do "rol", o mesmo acontecendo com a avaliação eletrônica de marcapasso; já a ropodometria para portadores de deficiência não foi aceita por não haver disponibilidade de rede, diferentemente das videotorácicas, em que houve inclusão completa do capítulo, que praticamente não existia no "rol".

Martha esclareceu que muitas sugestões foram rejeitadas porque o procedimento já constava do "rol", às vezes integrado a outro procedimento, como o caso dos curativos nas extremidades de lesões de origem vascular, sugestão apresentada pela AMB, mas que já faz parte de curativos em geral com ou sem anestesia; e há ainda aqueles procedimentos que foram realocados para uma forma de aplicação mais coerente. Observou que o processo de inclusão releva a lógica de cobertura e pagamento e também a avaliação de tecnologia, que muitas vezes funciona como um indutor de novas incorporações, e já em outros casos, é preciso fazer a readequação do procedimento, como ocorreu com o eletroencefalograma invasivo, que fazia parte da diretriz de um procedimento que era coberto, mas, agora, constará como

diretriz de utilização. Acrescentou que outros procedimentos precisaram ser incluídos porque não constavam do "rol" , a exemplo do marcapasso multissítio, que terá uma diretriz de utilização para que não haja exagero em sua utilização, uma vez que se trata do único tratamento para insuficiência cardíaca importante. Comentou que outro indicador da viabilidade de inclusão é o medicamento envolvido, se for um medicamento considerado de primeira escolha não tem registro na Anvisa e, portanto, pode ser usado de maneira incorreta, ainda que a avaliação de tecnologia seja positiva; outro exemplo é o da terapia hiperbárica, que não foi incluída porque a avaliação foi negativa, o que significa que serão necessários mais estudos para uma avaliação futura; já o pet scan enfrenta muitas limitações, embora na prática, ele já está incorporado, até porque não há quem não pague o pet scan, ainda que judicialmente, mesmo para algumas aplicações inadequadas. Acrescentou que o equipamento está passando por uma avaliação para apontar o seu perfil de indicação e, agora, se discute a construção de uma diretriz de utilização para a tecnologia.

Rosângela perguntou se a avaliação leva em conta a qualidade de vida do usuário, já que há procedimentos não acatados no

"rol" e que são vitais para o paciente.

Martha explicou que o processo de avaliação é concentrado na efetividade da tecnologia para um grupo de pessoas e não numa pessoa isoladamente e, além disto, os estudos são feitos em vários países, a agência faz apenas a análise dos estudos. Lembrou como exemplos os casos do pet scan e da hiperbárica, que não têm cobertura, hoje, na Saúde Suplementar. Segundo ela, o ideal seria a inclusão de ambas as tecnologias, mas há uma revisão de literatura que indica que o pet scan é mais efetivo quanto à sua aplicação e custo, porque salva mais vidas, o que significa que ele tem prioridade. Acentuou que a ANS vem fazendo essas revisões a cada dois anos, procurando incorporar o que seja mais viável do ponto de vista da atenção à saúde e que a priorização em saúde é um processo muito complexo, porque envolve escolhas importantes e que os pacientes com câncer, por exemplo, entendem que o pet scan é vital para eles, o que também acontece com a lipodistrofia, que, entretanto, tem problemas graves como questionamento judicial, considerada por muitos como um procedimento estético, de forma que são muitos os fatores a serem considerados num processo de avaliação, incluindo a localização, contratação.

Alfredo colocou que outro aspecto importante na avaliação é o custo, quem vai pagar a conta e que a agência reguladora está no papel de intermediar os interesses entre as operadoras, prestadores e beneficiários e se houver muitas inclusões o preço para o consumidor vai subir. Citou como exemplo o caso de uma pessoa internada em Manaus que precise de um procedimento não disponível na rede local; ela precisará ser deslocada por avião UTI pela operadora até outro centro do País que disponha do serviço, o que encarece bastante o procedimento.

Ivan ponderou que para cada tecnologia seria preciso discutir também os critérios de usos e acessos, razão pela qual ele entende que a questão da incorporação de novas tecnologias deve ser tratada junto com o critério da nacionalização.

Alfredo ressaltou que no Brasil, hoje, a incorporação de tecnologia deve ser discutida não somente para a Saúde Suplementar, mas para o SUS e o sistema como um todo, não importando por onde ela está entrando, se pelas universidades, pelo particular, pela suplementar ou pelo próprio financiamento público, de forma que só a ANS ou só a Anvisa ou só o ministério não dão conta disso. Advertiu que, se o País não conseguir planejar adequadamente a saúde, sua

população vai virar o principal campo de prova do mundo para as tecnologias, seja quanto a medicamento ou a procedimento.

Sérgio sugeriu que seja discutido também o custo social do processo, lembrando que no caso de um paciente diabético que tem a perna amputada, por exemplo, quem paga pelo procedimento e o sistema. Observou que a rede de atendimento vai se ampliar de acordo com o interesse econômico.

Roberto acrescentou que foram incluídos no "rol" muitos procedimentos menos importantes, por exemplo, que a câmara hiperbárica e não só pelos resultados, mas também pelos custos do processo. Disse que não dá para entender a exclusão da câmara hiperbárica em face dos muitos benefícios excepcionais que proporciona para quadros de grande complexidade, como as úlceras angiodérmicas e problemas vasculares periféricos.

Martha lembrou que a ampliação das aplicações de radioterapias também são uma discussão muito importante e que, inclusive, a agência formou um grupo técnico com o ministério e o INCA para discutir o assunto, especialmente em relação às radioterapias IMRT e a 3 D, que têm muito mais usos do que constam do "rol". Concluiu a apresentação dizendo

que, quando a proposta for à consulta pública, vai gerar muitas demandas, uma vez que ela foi construída de uma maneira muito nova e todos os que participaram dela estão ansiosos em poder compartilhá-la. Disse também que a ANS pretende fazer ainda umas duas reuniões do GT antes da publicação.