

7ª Reunião do Grupo Técnico (GT) do Rol,

realizada em 3 de julho

- Martha - Vamos lá, é... então, Consulta Pública, depois a gente consolida, a gente apresenta pra vocês a versão final em dezembro, publica em janeiro e passa a valer 2 de abril, então, a gente tá com esses prazos bem amarradinhos né... e que a gente tem certeza que a gente vai conseguir cumprir, pode ir. Bom, a gente resolveu começar pela Norma, porque senão a gente também não consegue discutir uma tabela sem ter passado pela Norma né? Então, a ideia é a gente passar a Norma inteira pra vocês terem uma ideia porque às vezes uma coisa que você pensou no primeiro artigo tá lá no 20º e depois a gente volta artigo por artigo. A gente colocou como era o artigo, como é hoje, quem mandou a contribuição, se foi acatada, se não foi, qual a redação final, isso para a RN inteira, então, a gente vai respirar fundo e vamos começar e aí a gente volta artigo por artigo pra ter a opinião de vocês, tá bom?

Ana, você apresenta?

- Ana - Gente, então, vamos começar, a gente tem esse preâmbulo aí, pode passar, todo mundo conhece, na emenda, trocar o nome Rol de Procedimentos em Eventos de Saúde pra Rol Mínimo de Procedimentos e Eventos, a entidade foi

Procon, São José dos Campos. A gente achou por bem não acatar por quê? Porque essa denominação Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é uma denominação que consta na Lei 9961, então a gente achou melhor colocar na descrição do que é o "rol", então nós atualizamos o preâmbulo, pode passar, ficou assim: A Resolução Normativa número tal né, atualiza o Rol de Procedimentos em Eventos em Saúde que constitui a referência básica para a cobertura assistencial mínima, nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 99, então, a gente não muda o "rol", mas a gente acata a sugestão no preâmbulo, o resto aqui, essas alterações porque a gente vai revogar outras resoluções, vamos mudar o número da RN, enfim, pode passar. (fala sem microfone)

- Martha - Pode ser, senão perde a noção do todo, mas eu acho que você podia ler todo o artigo por inteiro, isso vai.

- Ana - Então ficou: A diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no Parágrafo 4º, do Artigo 10, da Lei 9656, de 3 de junho de 98, bem como no Inciso 3º, do Artigo 4º, e Inciso 2, do Artigo 10, ambas as Leis 9961 de 28 de janeiro de 2000, considerando a necessidade e realizando as diretrizes para a cobertura assistencial instituída pela resolução normativa número tal, a necessidade de adequação e aprimoramento da nomenclatura e formatação, bem como a

inclusão e exclusão de itens constantes do "rol" de procedimentos, estabelecido por aquela resolução, em reunião realizada no dia tal, adota a seguinte resolução normativa e eu diretor-presidente determino a sua publicação, bem aí, a gente começa o Capítulo 1, que é das Disposições Gerais, então esta resolução atualiza o Rol de Procedimentos em Eventos em Saúde, que constituí a referência básica para cobertura mínima obrigatória, da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 99 e naqueles adaptados conforme a Lei 9656, de 3 de junho de 98, passando a se constituir um Rol de Ações em Saúde nas formas dos Anexos 1 e 2 desta Resolução Normativa já está sim, pode passar. Parágrafo Único - atualiza-se também o Rol de Procedimentos em Eventos em Saúde de Alta Complexidade PAC, quer dizer, aquele primeiro vai ficar como está, não teve nenhuma sugestão e a gente achou também que ele está bem claro, não precisa de alterações, a própria ANS achou por bem definir o que é PAC, porque PAC, que é o Procedimento de Alta Complexidade, no nosso caso serve pra cobertura parcial temporária em casos de DLP, então pra não confundir com outros tipos de Pac a gente resolveu deixar mais claro, então, fica assim: Atualiza-se também o Rol de Procedimentos em Eventos em Saúde de Alta Complexidade PAC, pra fins de cobertura, define-se PAC como a seleção extraída do Rol de Procedimentos em Eventos em

Saúde identificada no Anexo 1 que pode ser objeto de cobertura parcial temporária CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes DLP, conforme disposto em resolução específica. Então, no Anexo 1, no Tabelão, a gente tem o procedimento, tem a segmentação e no final se é PAC ou se não é PAC, já era assim, e vai continuar sendo assim.

Artigo 2º - O Rol de Procedimentos em Eventos em Saúde, atualizado por esta resolução normativa é composto por dois anexos, o Anexo 1, lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada e aí que vai entrar aquela alteração da Odonto que vai entrar aí como mais uma segmentação. O Anexo 2 contém as diretrizes de utilização necessárias para cobertura obrigatória de alguns procedimentos identificados no Anexo 1. No próprio Anexo 1 vai tá lá identificado aqueles procedimentos que consta diretriz de utilização e essas diretrizes de utilização estarão descritas no Anexo 2.

Artigo 3º, o Rol de Procedimentos em Eventos em Saúde, poderá ser revisto a qualquer tempo, segundo critérios da ANS. Bem, desse Capítulo 2, a gente recebeu algumas sugestões, dos princípios de atenção à saúde na saúde suplementar, além da gente ter recebido sugestão, como a gente vai revogar a Consul 12, que é a Consul que fala, a resolução Consul que fala sobre transplantes, a Consul 11 que é a resolução que fala sobre Saúde Mental, a Resolução Normativa número, não do planejamento familiar 192 e a do

Rol Odontológico 154, então, algumas coisas que estavam nessa resolução, já vieram aí pra esse capítulo. Bem, dos princípios de atenção à saúde na Saúde Suplementar, Artigo 4º, 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 e gestões em saúde. A própria ANS resolveu incluir aí o inciso referente à Saúde Mental, pode passar, por quê? Porque ele já estava lá na Consul 11, então a gente vai colocar mais um inciso. Adoção de medidas que evitem estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando o aumento de sua autonomia. Bem, depois disso veio um Parágrafo Único, os princípios estabelecido no caput deste artigo, devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando as segmentações contratadas, visando à promoção da saúde, a prevenção de riscos e doenças, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação.

Artigo 5º - Os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória listados nesta resolução normativa e nesses anexos poderão ser executados por qualquer

profissional de saúde habilitado pra 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 estabelecidos pelas operadoras de planos de saúde. Várias entidades sugeriram mudar a redação desse artigo, a CFM a AMB, CFN, CFO, CFP e a Abrange sugeriram substituir Conselhos de Classe por Conselhos Profissionais, sugestão acatada por nós, pode passar. Vai ficar assim a redação nova: Os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória, listados nesta resolução normativa e nos seus anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado pra sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação dos seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de contratualização estabelecido pelas operadoras de planos de saúde.

- Martha - Tudo bem, se todo mundo concorda, a gente pode fazer assim, a gente lê a sugestão, ok. A gente lê a sugestão no primeiro "slide", lê como ficou o artigo inteiro no segundo, pode ser? Então, só a sugestão no primeiro e o artigo inteiro no segundo.

- Ana - Na verdade, a gente estava fazendo isso pra deixar claro o corpo todo, porque se a gente lê pedaços, talvez, as pessoas não tenham a noção do que ficou a resolução como um todo, mas, então, como estava não vai ser lido, mas vai ser lido na íntegra como passa a ficar, então, a entidade, Conselho Federal de Fonoaudiologia e a própria ANS nesse Parágrafo 1º sugeriram acrescentar que é facultado às operadoras estabelecer o livre acesso aos outros profissionais. A interpretação correta da lei deve ser de que os procedimentos é que devem ter indicação do médico assistente e não os profissionais de saúde, essa sugestão foi acatada e ficou assim: Com exceção, não tem que ler o caput, todos os procedimentos listados no Anexo 1 dessa Resolução Normativa poderão ser executados pelos profissionais de saúde de acordo com o caput deste artigo, desde que solicitados pelo médico assistente com exceção dos procedimentos vinculados ao de natureza odontológica. A gente pegou este parágrafo e dividiu em três, com exceção dos vinculados ao de natureza odontológica, todos os procedimentos do Anexo 1 desta resolução poderão ser executados pelos profissionais de saúde de acordo com o caput deste artigo, desde que solicitados pelo médico assistente. Os procedimentos vinculados aos de natureza odontológica poderão ser solicitados e executados diretamente pelo cirurgião-dentista. É facultado as operadoras estabelecer o livre acesso aos outros

profissionais de saúde. São considerados procedimentos vinculados aos de natureza odontológica todos aqueles executados 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 diagnóstico, tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico. Tá muito devagar? Tá muito rápido? Tá bom? Das coberturas assistenciais, esse é um outro capítulo que ainda é geral, a gente ainda não entrou nas segmentações propriamente ditas, então, tem algumas, algumas definições que a gente colocou nesse capítulo. 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 alternativamente planos: ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológicos e suas combinações. A participação do profissional médico anestesiólogo nos procedimentos, listados no Anexo 1 desta Resolução, terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, não houve alteração. Entidade, a própria ANS sugeriu inserir dispositivos referentes às ações de planejamento familiar da resolução normativa 192 de 2009, sugestão acatada. Então, toda essa resolução que saiu esse ano já foi incorporada aí pra gente não ficar com um número grande de

pequenas resoluções que dificulta o entendimento e o acesso. Redação após avaliação das sugestões: 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, pelo homem ou pelo casal. Concepção, entendida como a fusão de o espermatozóide com um 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 as escolhas e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive a sexualidade, podem ser realizadas em grupo ou individualmente e devem permitir a troca de informações, experiências, baseadas na vivência de cada indivíduo e do grupo. Na verdade, são vários conceitos que estavam dispostos nessa resolução e que a gente trouxe para esse capítulo geral.

- Sérgio - Aí onde tava, a ser realizado, aí no último parágrafo

- Martha - Sérgio, a gente pode é... anotar as sugestões, assim que a gente voltar nos artigos?

- Ana - 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 escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção. Bem, como foi um adendo à Lei 9656, sobre anticoncepção, a gente resolveu detalhar pra ficar bastante claro o que que a gente tá chamando de procedimento é... planejamento familiar. O tratamento da obesidade mórbida, a entidade CFN sugeriu retirar o termo "mórbida" deste Artigo 8º. A gente resolveu não acatar, porque obesidade mórbida é uma entidade nosológica que consta na CID e a gente queria aí nesse artigo lembrar a necessidade do tratamento clínico é... ambulatorial nos casos de obesidade mórbida, então, a gente resolveu não acatar.

Parágrafo Único - Em caso de indicação médica, poderá ocorrer internação em estabelecimentos médicos, tais como:

hospitais e clínicas para tratamento médico, assim considerados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Esse Parágrafo Único está complementando caput do artigo, volta aí Carlinha, que fala sobre obesidade mórbida, que, por sua gravidade e risco a vida do paciente, demanda atendimento especial devido ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional em nível ambulatorial. Bem, entidades SAS, que é a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério, sugeriu trocar estabelecimentos médicos por estabelecimento de saúde, avaliação da GGTA foi acatar a sugestão e ficou assim a redação do Parágrafo Único: Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos de saúde, tais como: hospitais e clínicas para tratamento médico com profissionais 24 horas, anestesistas, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES. Bem, foi solicitado também pela gente, a própria ANS, inserir Prágrafo sobre a Consul 12, por quê? Porque a gente vai revogar essa consul, então, entraria mais um artigo aí falando sobre os transplantes, os procedimentos de transplantes no âmbito da prestação de serviços de Saúde Suplementar deverão se submeter à legislação específica vigente em especial a Lei número 9434, de 4 de fevereiro de 97, ao decreto número 2268, de 30 de junho de 97, à portaria 3407, de 5 de agosto de 98, que não for conflitante com o regime de contratação e

prestação de serviço de que trata a Lei 9656. Os transplantes listados no Anexo 1 ou procedimentos vinculados aos transplantes, quando realizados por instituições integrantes de Sistema Único de Saúde - SUS deverão ser ressarcidos em conformidade com a legislação pertinente. Os candidatos a transplantes de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver na Saúde Suplementar, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos por esse CNCDOS e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico, Portaria GM, número 3407, de agosto de 98, do Ministério da Saúde, ou outra que venha substituí-la que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplantes. Na verdade, nada disso é novidade, a gente tá trazendo apenas a Resolução pra dentro da RN. É de competência privada das centrais de notificações, captação e distribuição de órgãos, dentro das funções de gerenciamentos que lhes são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento da equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontra o receptor. Bem, a gente agora vai inserir aqui nesse capítulo geral um artigo sobre Saúde Mental, a sugestão foi

acatada né... nós mesmos sugerimos, nós mesmos acatamos (risos) é... só prá ficar didático. 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, mais uma vez, nenhuma novidade, apenas a Consul 11, sendo inserida na Resolução. Artigo 9º - o Procon sugeriu suprimir trechos tais como: procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, dentre outros, na verdade, tirar a exemplificação, sugestão acatada pela GGTAP, então, a proposta é a seguinte: os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, assim como os exames pré e pós-operatórios relacionados a estes procedimentos têm cobertura obrigatória, quando constarem no Rol de Procedimentos em Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a cobertura parcial temporária - CPT. O Artigo 10, a gente mesmo, a ANS achou por bem reescrever esse artigo, pra deixá-lo mais claro. Redação após a avaliação das sugestões: Respeitadas a segmentação e a área de abrangência estabelecida no

contrato o atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, a gente achou que circunstância e local de ocorrência do evento ficava mais claro do que é... origem do evento, então, local de ocorrência, em substituição à origem do evento. Bem, as entidades, a Adusepes, sugeriu incluir cobertura para acidentes de trabalho em todos os planos, Procon, São José dos Campos, manter o artigo porque a despesa do empregador, a ANS verificar se vale a pena todos os coletivos ou apenas para os empresariais e adequar a legislação pertinente, Ministério da Saúde, Previdência, etc. Unidas, melhorar a redação. CFM, incluir empresariais após coletivos. Então é assim, é um artigo polêmico e a avaliação da GGTAP, no momento, é formar um grupo técnico com várias entidades, vários ministérios, pra discutir esse tema. Parágrafo Único - Também recebeu algumas contribuições e é sobre o mesmo tema. As Santas Casas acha que deveria ou cobrir pra qualquer plano ou não cobrir pra nenhum e a ANS, incluir familiares e individuais, a avaliação foi a seguinte: pra o primeiro caso, formar o grupo de trabalho e a sugestão da ANS foi acatada, a gente mudou a redação, mas não mudou a questão polêmica, ficou apenas: Nos contratos de planos individuais e familiares é de cobertura obrigatória os procedimentos listados no Rol de Procedimentos em Eventos em Saúde relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho,

respeitadas as segmentações contratadas. Para o Artigo 12, a entidade Santas Casas e Procon fizeram algumas sugestões, suprimir o artigo, pois é desnecessário e o Procon, rever a redação. Problema ou confusão com a cobertura na internação domiciliar, a ANS não acatou a primeira sugestão, porque acha que é necessário o artigo e acatou a sugestão do Procon. Ficou assim: as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória, prevista nesta resolução normativa e seus anexos e a gente vai disponibilizar no "site" da ANS uma nota esclarecendo esse ponto, porque, talvez, não fosse pertinente na RN, talvez não, não é pertinente a gente detalhar esse tema, então a gente vai fazer uma nota técnica. Bem, agora a gente chegou nas segmentações, a proposta que é o corpo da RN, né... sessão 1 do Plano Referência. Artigo 3 - 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. São permitidas as exclusões assistenciais previstas no Artigo 10, da lei, observando-se as seguintes definições, aí de novo vem uma série de definições, que constam na lei, mas que a gente detalha. Em relação a tratamento clínico ou cirúrgico experimental, várias entidades sugeriram operações, a Fenasaúde, diferenciar medicamentos e

materiais. Abrange, incluir órteses e próteses e materiais especiais, cuja utilização deve se basear em estudos, avaliações e pesquisas clínicas. A ANS, incluir dispositivo que assegure a cobertura, nos casos em que é concedido o registro pela Anvisa a medicamentos nas fases dois e três, que a Anvisa registra, eventualmente, os medicamentos ainda nas fase de dois e três e aí a gente acha por bem se a Anvisa registrou e se foi indicado pelo médico assistente, dá cobertura, além disso, a gente, é... também, sugere é... que as medicações para uso hospitalar é... passe, as novas coberturas pra medicamentos de uso hospitalar passem primeiro pela avaliação da CITEC, que é a Comissão de Incorporação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde que a ANS tem assento e tem voto e é composta por algumas secretarias do próprio ministério, SAES, SVS, Anvisa e a ANS, isso não teria nada ver com as coberturas que já existem, apenas os medicamentos que estariam entrando hoje e que precisariam primeiro passar por essa avaliação. Bem, ficou assim a redação: 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 aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina ou o tratamento à base de

medicamentos com indicações que não constem na bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, uso "off label". Então, é... na verdade, a gente, é... reescreveu deixando claro, é... o que a gente entende pra fins de cobertura, tratamento clínico ou cirúrgico experimental e vamos alinhar coberturas de medicamento em regime hospitalar, a avaliação da CITEC, como, como eu já comentei. Bem. Inciso 2º - procedimentos clínicos ou cirúrgicos pra fins estéticos - o Cofen achou que a gente deveria melhorar a redação e a gente acatou a sugestão. Ficou assim: procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, para fins de cobertura, define-se como todos aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita. A gente repete procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, dessa maneira porque exatamente assim que tá na lei. Então, em algumas vezes a gente tem que começar a frase, é... repetindo ou define-se para fins de cobertura, porque a gente não quis mudar a forma como está descrita na lei. Volta um pouquinho, por favor. É, pode passar. É... inseminação artificial e tratamento de rejuvenescimento para emagrecimento não foram modificados. Ficou... eu vou ler porque não foram modificados. Inseminação artificial,

técnicas de reprodução assistida, que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermáticas ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas. Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade de estética a gente não define, porque a gente já disse que a gente considera o que é estético. Então, essa definição de inseminação artificial é importante porque é uma exclusão permitida pela lei, quando a gente inclui planejamento familiar, a gente não tá incluindo inseminação artificial. Pode passar. Bem, fornecimento de medicamentos e produtos pra saúde importados não nacionalizados. A entidade Fenasaúde sugeriu medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados retirar porque tava repetido, é como eu falei, às vezes, a gente repetia pra gente deixar o tópico que constava na lei, que consta na lei. A sugestão foi acatada, a gente achou desnecessário e a redação ficou: fornecimento de medicamentos e produtos pra saúde importados não nacionalizados entendidos como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, esse, é... recebeu várias sugestões, Procon, São José dos

Campos, Abrange, Unidas, Fenasaúde e Procon. Revia a definição, tendo em vista a subjetividade, quem define a necessidade de administração assistida, problemas com relação à venda e à bula. A sugestão foi acatada e a gente fez uma definição menor, mais objetiva porque aí é um tópico de exclusão e não de inclusão. Na verdade, a lei faculta a exclusão disso, não significa que o oposto esteja incluído, o que está incluído, a gente tem que dizer claramente, ou seja, medicação de uso hospitalar e medicação de uso ambulatorial no tratamento de câncer. Então, não significa que o oposto ao que é permitido que seja excluído esteja necessariamente incluído, deu pra entender? (risos). Vou tentar ser mais clara quando a gente falar das inclusões, é... fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que prescritos pelo médico assistente pra administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ou seja, fornecimento de medicamento prescrito pelo médico em ambiente externo a unidade de saúde é uma exclusão permitida por lei. Isso não implica que tudo que seja feito no regime ambulatorial Hospital Dia esteja necessariamente coberto. Pode passar. Fornecimento de órteses e próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico. A entidade ANS sugeriu acrescentar alínea sobre classificação de órteses e próteses e a sugestão foi acatada. Então eu vou ler o inciso porque não foi alterado. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não

ligados ao ato cirúrgico, prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente o membro, órgão ou tecido e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilia as funções de um membro, órgão ou tecido,, sendo não ligadas ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico, a redação da 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 Associação Médica Brasileira. Bem, tratamentos ilícitos ou antiéticos a gente não sugeriu modificação nem casos de cataclismos, guerras e comoções internas, que são duas outras exclusões permitidas por lei. Vamos agora pra segmentação ambulatorial, o plano ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório definidos e listados no "rol" de procedimentos e eventos em saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos pra fins de diagnóstico ou terapia, que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 horas ou serviços 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 Conselho Federal de Medicina. Cobertura, então, agora a gente tá dizendo o que é coberto, antes a gente disse o que era permitido a exclusão. Agora a gente tá dizendo o que a ANS e a lei consideram de cobertura obrigatória. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistentes, devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, conforme prescrito o caput desse artigo. Bem, inseriu o inciso sobre cobertura de medicamentos inerentes a procedimentos constantes do "rol" vigente. A gente achou que não estava clara essa cobertura e a gente resolveu clarear. Cobertura de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no anexo 1 e nos artigos desta Resolução Normativa, ou seja, se você vai fazer um procedimento diagnóstico e este procedimento diagnóstico necessita de algum medicamento pra você tomar pra você fazer o exame ou um preparo de uma colonoscopia por exemplo, a gente entende que isso faz parte do procedimento e que está, necessariamente coberto. Na verdade, nós já tínhamos esse entendimento, mas, como tinha muitas controvérsias, a gente resolveu clarificar.

Cobertura de consulta e sessões com nutricionistas, fonoaudiólogas esse recebeu várias sugestões, né... Cofen, incluir consulta de enfermagem, CFP, incluir consulta com psicólogo, nós acatamos o CFP e a sugestão do Cofen não foi acatada. Redação após a avaliação das sugestões, cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecidas nos Anexos 1 e 2 desta resolução, conforme artigo X aqui, conforme o artigo que fala que é de acordo com indicação do médico assistente, como vai mudar o número a gente colocou artigo X. O Inciso 4, que é sobre psicoterapia, a gente também reescreveu, cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidos nos Anexos 1 e 2 desta resolução, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o artigo X. O que que a gente tirou? De todas as vezes que a gente falava de profissional de saúde, não médico, a gente falava conforme indicação do médico assistente. Isso foi uma sugestão do Conselho de Fonoaudiologia, nós acatamos e nós simplesmente referenciamos ao artigo que fala sobre isso. Pode passar. Bem, a gente também resolveu modificar o arquivo 5, substituir o termo fisioterapia por reeducação e reabilitação física por quê? Porque esses procedimentos podem ser realizados tanto por fisioterapeuta como por fisiatras. Ficou cobertura dos procedimentos de reeducação

e reabilitação física listados no Anexo 1 em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta conforme artigo X. Bem, resolvemos também inserir o inciso referente a planejamento familiar uma vez que ele agora é de cobertura obrigatória, colocamos cobertura das ações de planejamento familiar listados no Anexo 1 desta resolução. Tudo isso pra segmentação ambulatorial. Isso a gente não modificou, cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema, cobertura de remoção depois de realizados os procedimentos classificados como de urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação. E cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, então são alguns procedimentos considerados especiais, que mesmo na segmentação ambulatorial são de cobertura obrigatória, hemodiálise e diálise peritoneal CAPD, quimioterapia oncológica ambulatorial, a gente resolveu reescrever esse inciso pra deixar mais claro. Pra gente deixar claro que o que está coberto, além de todos os medicamentos é, prescritos pelo médico assistente na segmentação hospitalar, no plano ambulatorial, o que está coberto é medicamentos que façam parte do procedimento diagnóstico ou terapêutico, por exemplo, no caso do preparo

da colonoscopia ou de um medicamento que faça parte do procedimento diagnóstico e a quimioterapia oncológica ambulatorial. A gente definiu quimioterapia oncológica ambulatorial como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independente das vias de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, de administração sobre intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde dentro de estabelecimento de saúde. Para fins de cobertura, define-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associados aos quimioterápicos citostáticos, com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento, ou seja, não é só o quimioterápico stricto sensu, mas também, por exemplo, hormônios, é... todos os adjuvantes ou todos os medicamentos utilizados contra efeitos adversos no momento da aplicação daquele procedimento dentro do ambulatório Hospital Dia, então dentro do estabelecimento de saúde. Radioterapia a gente não modificou, todos os procedimentos descritos no Anexo 1 desta resolução para a segmentação ambulatorial. Procedimentos de hemodinâmica, aqueles que precidem de internação e de apoio de estrutura hospitalar para período superior a 12 horas, unidades de terapia intensiva e

unidades similares e que estejam descrito no segmento ambulatorial do Anexo 1 desta Resolução Normativa, então tudo isso são procedimentos, todos estes itens são procedimentos especiais que também estão cobertos no plano ambulatorial. Hemoterapia ambulatorial e cirurgias oftalmológicas ambulatoriais a gente resolveu colocar listados no Anexo 1 pra deixar bem claro, que também as cirurgias oftalmológicas ambulatoriais cobertas são aquelas que estão na tabela listadas no Anexo 1 desta resolução e não qualquer uma. Bem, pra fim de aplicação do Artigo 10 da lei, é permitida para segmentação ambulatorial a exclusão desses itens, então ali a gente tava dizendo o que era de inclusão, de cobertura obrigatória, mesmo sendo procedimentos não estritamente ambulatoriais. Agora a gente tá dizendo que a lei permite que seja excluído da segmentação ambulatorial, procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio, quimioterapia oncológica intratecal ou que demande internação, embolizações e radiologia intervencionista. Pode passar. Chegamos ao plano, ao hospitalar agora, né... agora a gente vai falar da segmentação hospitalar, ela é bem grandinha, então eu vou até beber um pouquinho de água porque (risos). O plano hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei 9656 de 98, não incluindo atendimentos ambulatoriais pra fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto

no Inciso 5 deste artigo e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente observadas as seguintes exigências. Bem, a gente resolveu deixar bem claro aí, já que a gente tá revogando a Consul 11 de Saúde Mental, que, no plano hospitalar, o serviço de Hospital Dia psiquiátrico está incluído, então, a gente resolveu reescrever só pra deixar isso mais claro. Redação após a avaliação, o plano hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, não incluindo atendimento ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia e recuperação, ressalvado disposto do Inciso 5, deste artigo, segundo as seguintes exigências e aí a gente detalha um pouco o artigo, inclui inciso sobre internação ilimitada pra transtornos mentais, cobertura de transplantes e atendimentos por outros profissionais, então, a gente em cima daquele artigo a gente colocou alguma, em cima daquele artigo maior que fala, que ele é muito grande, fala de tudo que é coberto, a gente colocou alguns parágrafos pra deixar mais claro, cobertura em número ilimitado de dias de todas as modalidades de internação hospitalar. Cobertura de Hospital Dia pra transtornos mentais de acordo com Anexo 2 desta Resolução. Então, lá no Anexo 2, no anexo sobre diretrizes de utilização, a gente vai colocar como o

Hospital Dia será, como será a cobertura, os CIDs vinculados ao Hospital Dia, enfim, entende-se Hospital Dia para transtornos mentais como 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 proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar. A única ressalva são os CIDs vinculados ao Hospital Dia, que estará lá no Anexo 2, não, pode voltar, cobertura de transplantes listados no Anexo 1 desta resolução normativa e dos procedimentos a ele vinculados, incluindo, as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos usados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS. Cobertura de atendimento por outros profissionais de saúde, quando indicado pelo médico assistente, nesse caso aqui a gente recebia muita demanda sobre o que cabia ao plano de saúde pagar no caso de transplantes e eu acho que já estava claro na nossa Consul 12, mas como ela era uma consul separada do corpo da RN do "rol" eu acho que agora vai ficar bem mais claro. Bem e a gente resolveu também incluir um inciso que trate de questões referentes à cobertura de determinadas marcas de

órgãos e próteses solicitadas pelo médico assistente. Na verdade isso é uma demanda antiga, a gente já colocou isso no "site" da ANS no nosso FAC e a gente resolveu trazer pro corpo da RN pra deixar bem claro, cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistentes a prerrogativa de determinar essas características, ou seja, dimensões e material de fabricação e tipo das órteses, próteses e materiais especiais para utilização e justificar clinicamente sua indicação quando solicitado. A operadora pode escolher a marca e a procedência dos materiais a serem cobertos, desde que atendam às especificações determinadas pelo profissional assistente. Então, isso já estava lá no nosso FAC, a gente trouxe pra cá. Aqui a gente resolveu o quê? Abordar as condições de cobertura de despesas do acompanhante e melhorar a redação do Inciso 2 sobre acompanhante de idosos. Na verdade, a gente recebeu muitas demandas, o que que tava ligada a essa cobertura de acompanhantes? Também já está lá no nosso FAC, nas nossas perguntas frequentes, mas a gente trouxe aqui pra resolução normativa. Cobertura de um acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 anos, cobertura de um acompanhante para idosos, a partir de 60 anos de idade, e para portador de necessidades especiais, conforme a indicação do médico assistente. A cobertura das despesas relacionadas a acompanhantes compreenderá, a gente já tem uma resposta no FAC, mas a gente tá fazendo uma discussão

melhor pra trazer uma definição mais clara. Pode passar. Bem, pra esse inciso terceiro, a gente resolveu alterar redação de cobertura de cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais do "rol" de procedimentos odontológicos e a gente acatou isso porque a gente achou que deveria ficar mais clara essa informação. Na verdade, essa parte aqui pra quem esteve no GT do "rol" passado, que foi específico sobre odonto já foi apresentado, mas a gente vai repetir. Então, a gente teve uma segunda entidade, ali pode voltar, por favor, um minutinho? Aqui foi a sugestão de redação da Fenasaúde, a gente resolveu não acatar na íntegra esta cobertura porque esta cobertura refere-se às cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais da segmentação hospitalar. Não tem relação com o "rol" de procedimentos odontológicos e eles relacionavam ao "rol" de procedimentos odontológicos, então, nós não acatamos essa sugestão. Pode passar. Nós resolvemos acatar nossa própria sugestão, cobertura dos exames complementares solicitados para internações hospitalares de natureza bucomaxilofacial 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. Essa redação estava no Artigo 17, Parágrafo 4º, lá na sessão do plano odontológico, a gente resolveu trazer aqui pro plano

hospitalar e essa também redação estava contida na Súmula Normativa 11, que a gente trouxe pra dentro da RN e vai ser revogada. Bem, ficou cobertura de cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar realizadas por profissional de saúde habilitados pelo seu conselho profissional, incluindo fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar. Cobertura dos exames complementares, solicitados para internações hospitalares de natureza bucomaxilofacial ou para procedimentos odontológicos que, por imperativo clínico, demandarem internação hospitalar, inclusive quando solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho profissional, desde que restritos a finalidades de natureza odontológica. Então, na verdade, essas coberturas que são pertinentes a segmentação hospitalar foram trazidas no texto para a segmentação hospitalar. Esse Inciso 4, a gente resolveu é... a Abrange solicitou que ficasse claro que a cobertura era exclusivamente da estrutura hospitalar. A gente resolveu não acatar porque os honorários e materiais odontológicos serão cobertos pelo plano odontológico ou pelo paciente se ele não tiver plano odontológico e esta redação ficará na sessão do plano odontológico, então, a parte que cabe ao plano odontológico vai ficar na sessão segmentação odontológica. Bem, e a

Fenasaúde também solicitou é... definir melhor imperativo clínico, eles acham que o imperativo clínico não pode ser uma indicação apenas do dentista, devendo também um médico indicar a necessidade ou não da internação hospitalar para o tratamento odontológico e, por imperativo clínico, é como indicação de internação hospitalar eles consideram esses critérios aqui, deve ser definida a interpretação pelo médico assistente e não somente pelo bucomaxilo e eles deram essas sugestões, doenças neurológicas, pacientes portadores de neuropatia não cooperativo, portadores de necessidades especiais com distúrbios neurológicos, risco cirúrgico acima de Goldman 2, coagulopatias primárias ou secundárias a hepatopatias, excetuando os que utilizam o anticoagulante e antiagregantes, pneumatias graves, cardiopatias com estabilidade clínica atual. A gente achou o seguinte, que é complicado a gente dizer o que é imperativo clínico numa resolução normativa, a gente pode deixar de colocar algum caso e a gente acha que isso pode ser feito pela microrregulacao da operadora, pelo é... cirurgião dentista auditor, pelo médico auditor, então, a gente resolveu definir melhor o conceito e considerando-se que a indicação do imperativo clínico poderá ser definido mediante mecanismo de regulação da operadora. Se a operadora resolver exigir que o bucomaxilo é... indique mais que tenha que passar pelo médico auditor dela pra ele concordar ou não com o imperativo clínico, se ele quiser

acatar a só indicação do bucomaxilo, isso vai ser uma questão de microrregulação e a gente tem aquele terceiro médico ou terceiro cirurgião-dentista, no caso de divergências. Bem, a gente resolveu incluir o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período hospitalar. Isso já estava no Artigo 17, da sessão do plano odontológico, mas como cabe ao plano hospitalar a gente puxou pra cima. Recolocar o parágrafo...

- Martha - Não, vamos guardar pra depois porque se não a gente não consegue terminar. Eu acho até que a gente podia passar mais rápido por esta parte, é... a gente não consegue terminar. E aí a gente volta artigo por artigo. Avançaremos muito.

- Ana - É... recolocar os parágrafos 1º e 2º para este inciso e redefinir o conceito de imperativo clínico e incluir que os materiais odontológicos e honorários do dentista não estão incluídos no plano hospitalar. Tudo isso já estava na RN, a gente só está trocando de lugar. Pode passar. Então, ficou assim, 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. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõe em função das necessidades clínicas do paciente com vista na diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção. Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade de suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo a responsabilidade técnica e legal pelo ato praticado. Pode passar. Nas situações de imperativo clínico, os honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista para a execução dos procedimentos em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência à exceção nos procedimentos listados no Anexo 1 desta Resolução Normativa para a segmentação hospitalar. Bem, a gente conseguiu passar aí nossa parte de odontológico, a gente já havia discutido na GT passado, agora a gente vai entrar nas coberturas.

- Martha - Alguém acendeu a luz.

- Ana - Não, ascendeu aqui na frente.

- Martha - Continua Ana, vai.

- Ana - Então, cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos, está dando pra ver? Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais,

cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar, então isso tudo é... são aqueles procedimentos especiais que, embora não sejam estritamente hospitalares, estão cobertos no plano hospitalar. Hemodiálise e diálise peritoneal, CAPD, quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida do Artigo 14, Inciso 8º, Alínea B dessa resolução, radioterapia, todos os procedimentos descritos no Anexo 1 desta resolução para ambas as segmentações, ambulatorial e hospitalar, hemoterapia, nutrição parenteral ou interal, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Anexo 1 desta resolução normativa, embolizações, aquelas listadas no Anexo 1, radiologia intervencionista e exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos, tudo isso é de cobertura obrigatória. Bem, a gente resolveu mais uma vez substituir o termo, fisioterapia por reeducação e reabilitação física e ficou: procedimento de reeducação e reabilitação física, aqueles listados no Anexo 1 desta resolução normativa, aqui a gente resolveu substituir transplante de rim, córnea que tava adequado, inadequado, para transplante listados no Anexo 1, porque a gente também cobre transplante de medula óssea, então a redação ficou: acompanhamento clínico no pós-operatório imediato tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Anexo 1, exceto fornecimento de medicação de manutenção. O imperativo clínico referido do

Inciso 4º deste artigo caracteriza-se pelos atos que se impõe em função da necessidade do doente, então, isso tudo foi recolocado no Inciso 4º do Artigo 15, aqueles dois, aqui entrava esses dois parágrafos que foram realocados lá pra cima. Pra fins de aplicação do caput desse artigo, é permitido a exclusão de acordo com o Artigo 10, da Lei 9656, os seguintes itens. Então, essas são as exclusões permitidas. Tratamentos pra redução de peso em clínicas de emagrecimento, Spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas pra acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar, aqui a gente resolveu, mais uma vez, tirar a exceção de rim e córnea por transplantes, não listados no Anexo 1, ficaram, pode voltar, transplantes não listado no Anexo 1 desta resolução normativa e, a gente aqui também mexeu um pouquinho, inserimos os parágrafos e incisos sobre os mecanismos de regulação e internação psiquiátrica. É, consultas ambulatoriais e domiciliares que também são exclusões, aqui a gente fez da seguinte forma: a utilização de mecanismos financeiros de regulação nas internações psiquiátricas deverá obedecer as seguintes regras: nos casos em que o contrato preveja qual participação, crescente ou não, somente para internação psiquiátrica, esta só poderá ser estabelecida quando ultrapassado os 30 dias de internação no transcorrer de um ano de contrato e nos casos em que o contrato preveja qual

participação ou franquia para todo tipo de internação, a regra estabelecida para demais especialidades médicas será obedecida também nas internações psiquiátricas. Bem, chegamos agora nessa parte que a gente vai passar mais rápido né, a gente já viu, no GT passado, do plano hospitalar com obstetrícia, a gente resolveu incluir definição de pós-parto, incluir definição de pós-parto imediato e condição de cobertura de acompanhante, é isso mesmo. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, desde que os médicos ou equipes do hospital concordem com sua presença, na verdade, dá pra voltar um minutinho? Tem um caput aqui do plano hospitalar com obstetrícia compreende toda cobertura definida do Artigo 15 desta resolução, acrescidas dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto puerpério observado as seguintes exigências. Pode passar. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, desde que os médicos e ou equipes do hospital concordem com a sua presença e pra fins de cobertura assistencial na saúde suplementar, entende-se como pós-parto imediato, como as primeiras 24 horas após o parto. Cobertura assistencial do recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente durante os primeiros 30 dias após o parto, isso não foi modificado, opção de descrição assegurada ao recém-nascido,

filho natural ou adotivo do consumidor como dependente, isento dos cumprimentos de pedidos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias de nascimento ou adoção. E o Parágrafo Único, pra fins de cobertura do parto normal listados no Anexo 1, esse procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei de 7498 de 86 que rege o exercício profissional do enfermeiro, regulamentado pelo decreto tal de 1987 conforme disposto no Artigo 5º desta resolução normativa. Bem, chegamos ao plano odontológico e esse a gente vai passar rápido, é esse que vai passar rapidinho porque a gente já discutiu no GT. A gente vai retirar os exemplos e incluir cirurgia oral menor aqui no caput do Artigo. Ficou o plano odontológico, compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo 1 desta resolução normativa para a segmentação odontológica. Aqui a gente resolveu nesse Parágrafo 1 é... discutir aqui a sugestão da Fenasaúde, os procedimentos bucomaxilofacial do "rol" de procedimentos odontológicos, então, como a gente já disse, na verdade, os procedimentos bucomaxilofaciais não são do "rol" odontológico, são do "rol" da segmentação hospitalar. Então, a sugestão não foi acatada e todos os procedimentos da RN 154 devem ser, obrigatoriamente, coberto pelo plano odontológico e os procedimentos bucomaxilofaciais que necessitam de internação pelo plano de segmentação hospitalar e aqui a

Abrange pediu pra recolocar o dispositivo na sessão do plano hospitalar, então já está no plano hospitalar isso no Artigo 15 e a gente manteve no odontológico, ficou assim: a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos, passíveis de realização em consultório que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar têm a cobertura garantida nos planos de segmentação hospitalar e referência, incluindo fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação, e a gente fez o quê? Apenas recolocou lá pra cima, a gente já tinha até comentado. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista não estão incluídos na cobertura de segmentação hospitalar, também colocamos na sessão hospitalar, tiramos daqui. Aqui, alterar redação para os honorários e materiais odontológicos, a gente já achou que já tava contemplada no Artigo 15, Inciso 4º, com a inclusão de uma alínea, alínea C, aqui os materiais odontológicos e honorários utilizados pelo dentista em caso de imperativo clínico estão incluídos no plano odontológico, isso a gente já entendia assim, mas a gente resolveu esclarecer, então, a redação ficou: nas situações em que por imperativo clínico o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos

listados no Anexo 1 para segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos. E aqui a Abrange pediu pra recolocar, realocar é... na sessão de plano hospitalar a sugestão foi acatada e esse artigo foi lá pro plano de segmentação hospitalar, a gente já leu. Bem, a Fenasaúde acha que os exames devem ser restrito aos procedimentos de natureza odontológica e sugerem que os exames é... definir cada exame que caberia ao cirurgião dentista, a gente acha que o artigo estabelece que os exames estão restritos à finalidade odontológica, então, a gente acha que já está claro e poderá ser definido que exames especificamente por mecanismo de regulação da operadora. No Artigo 18, a gente retira esse artigo, porque a gente unificou a RN 154 com a RN 167 que dizia que o "rol" odontológico estava em outra resolução. Pode passar. E agora das disposições finais que mudou pouca coisa, esta resolução normativa, bem como seus anexos, estarão disponíveis pra consulta e cópia na página da internet, www.ans.gov.br, e ficam revogadas as resoluções normativas é... 192 de 27 de maio de 2009, 167 de janeiro de 2008. 154 de junho de 2007, as resoluções do Conselho de Saúde Suplementar, Consul 11 de 98, Consul 12 de 98 e as súmulas normativas 10 e 11 é..., respectivamente, outubro de 2006 e agosto de 2007 e as demais disposições em contrário. Esta resolução entra em vigor em 2 de abril de 2010. Espero que a gente cumpra (risos).

- Martha - Bom, a gente não vai ler tudo de novo, mas a gente volta artigo por artigo. Vamos? Então, volta a apresentação do começo. Pode passando até o primeiro artigo, por favor. Vai, pode passar mais um, mais um, bom aqui é só a discussão do "rol" mínimo, como que seria o nome e a introdução da RN. Posso passar? Não, tem uma mão aqui, voltemos, microfone, gente, por favor, só não esquece de falar o nome, tá pra gente gravar.

- É... José Alves - Uniodonto. É... com relação à inserção da cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, como que fica a questão dos planos do sistema misto que são menores do que o "rol" que a odontologia pode comercializar, isso não vai se chocar?

- Martha - Não entendi a sua pergunta!

- Jose Alves - A odontologia pode comercializar o sistema misto, o sistema misto é uma cobertura menor do que o "rol" com os outros atos em pós-pagamento.

- Martha - Ok, de qualquer maneira o "rol" odontológico ele sempre foi o mínimo pra segmentação odontológica, é um outro tipo de comercialização que não interfere na sua definição.

- Jose Alves - A gente pode entender que, por exemplo: num, no sistema misto, é... é, no sistema misto nós temos contratação preestabelecido e pós-estabelecido, então, entende-se a inclusão pelo "rol", no caso ai como cobertura

mínima, pra cobertura, a somatória das duas, dos dois tipos de contratação, pré e pós-estabelecida?

- Martha - Mais ou menos, a gente vai ter que é... pensar um pouquinho isso, agora, de qualquer maneira, pro segmento do "rol" pro que obedece o "rol" ele é mínima, é isso que quer dizer, de qualquer maneira você sempre pode oferecer a mais né... seja no pré ou seja no pós.

- Jose Alves - Mas a segmentação mista é menos do que...

- Martha - ok, ok. Mas pro que segue o "rol" ele é o mínimo.

- Jose Alves - Não vai se chocar?

- Martha - Eu acho que não, mas a gente dá uma pensada nisso, pode deixar vou anotar, ta? Valeu. Pode passar, então, gente? Vai. É... aqui a definição de PAC, a gente mexeu um pouquinho, vou passar hein? Espera aí, eu acho que consigo passar aqui, não consigo? Deixa tentar, não, consigo, então PAC eu vou passar, não consigo (risos) tá, é... aqui só fala dos anexos, a gente tem uma discussão se aquele artigo que a gente falou lá na frente sobre as órteses e próteses e a definição da AMB, aquilo entra como um artigo mesmo ou entra como um anexo, mas a gente queria de qualquer maneira trazer essa discussão pra cá hoje, não importa, como artigo ou como anexo, pode falar Zé.

- Jose Alves - Só vai realizar a cada dois anos o "rol"?

- Martha - Isso.

- Jose Alves - E ali nós estamos dizendo que pode ser revisado a qualquer momento.

- Martha - Tá, a gente fez um pouquinho essa discussão, se a gente aprender a data de revisão na RN, é... não, não vogo, isso foi uma discussão até entre os diretores, é... por quê? Por exemplo, a 162, ela veio por uma força de uma emenda, por uma lei... a 192 e ela alterava o "rol", ela alterou o "rol" fora dessa alteração que a gente está fazendo aqui, então tem coisas que fogem um pouquinho da nossa governabilidade.

- Jose Alves - Isso é uma discussão até na Câmara né?

- Martha - É

- Jose Alves - Porque a lei não diz, obrigatoriamente, poderá, então foi uma ação da ANS, ela não veio exigindo.

- Martha - ok, ok, fora esse entendimento que é um entendimento jurídico e aí o nosso jurídico teve um outro entendimento... É... outras coisas podem acontecer, então o combinado técnico é que a gente tem capacidade de fazer uma grande revisão desse tipo a cada dois anos, mas não deu pra gente amarrar isso numa resolução. É... a gente vai discutir um pouquinho pra frente vários artigos que a gente passou de Saúde Mental, aqui a gente só incluiu o primeiro artigo que está lá nas resoluções gerais sobre as medidas de evitar a estigmatização e institucionalização, tô indo hein, é... a gente fez esse trabalho de mudar na RN inteira a palavra Conselho de Classe por Conselho Profissional, que

foi uma demanda daqui, é... ok, esse artigo aqui a gente discutiu muito aqui, como que a gente ia, é... colocar a coisa do facultativo, a necessidade ou não do médico prescrever a indicação de um outro profissional, enfim, é... essa foi a redação que a gente achou mais adequada, então, aqui, vou passar. A gente dividiu o artigo em três, num a gente cita a lei, se remete a lei onde tá a necessidade da indicação pelo médico assistente, no outro a gente fala dos de natureza odontológica que também é um outro artigo que também tá na lei e a gente coloca, contempla é... o que saiu aqui da discussão sobre a faculdade do livre acesso. Posso passar? Fabiano.

- Fabiano - Fabiano do Ministério Público Federal, é... colocar que é facultado as operadoras ter seu livre acesso aos outros procedimentos ou de não colocar acho que é mesma coisa, só uma questão redacional, colocar isso ou não colocar...

- Martha - A gente também entende que hoje já é facultado, ok, é... o que se discutiu é que sempre reforça essa ideia e que você, é... enfim tem um outro artigo de faculdade também na RN que a gente.

- Fabiano - O ideal é colocar que não impeça o livre acesso e não que seja facultativo que seria uma coisa mais...

- Martha - Agora e aí já seria uma interpretação da lei né... daquilo que a gente discutiu um pouco, é... pra gente

a lei é clara quando o DIR, indicação do médico assistente, então...

- Fabiano - Ela é clara na cobertura mínima...

- Martha - Isso, ok, ok, então a gente pode até alterar a redação do jeito que tá pra dar uma melhorada, mas a gente quis pelo menos mostrar o que é que a gente tá pensando. É... em nenhum outro artigo a gente remete a isso igual a gente combinou aqui e a gente deixa um artigo separado falando da faculdade e tal. Se puder aumentar aqui o meu microfone, eu tô gritando.

- (?) - Acho que tá meio redundante a coisa, não sei se... porque os procedimentos vinculados na natureza odontológica poderão ser solicitados e acho que serão, não?

- Martha - É... isso daí é exatamente pra gente não cair no artigo de cima, né... porque o que que a gente tá dizendo, na lei ela dá duas possibilidades no artigo, acho que é 12, é... ela diz que o médico vai solicitar qualquer procedimento e tal com exceção lá no Artigo 14 ou 16, já não lembro mais, quando ela fala da parte odontológico que pode ser solicitado pelo dentista

- (?) - Então não poderá.

- Martha - Poderá

- (?) - Então assim, com a exceção dos vinculados na natureza odontológica, tá aí certo já, o seu nome poderia ser.

- Martha - Deverão

- (?) - Serão ou deverão?

- Martha - Ok, vocês estão anotando né gente. Posso passar? Coberturas, é... a gente trouxe a 192 pra cá, a gente já tinha combinado isso desde da publicação dessa resolução, a 192 é aquela que mediante a lei que institucionaliza o planejamento familiar na Saúde Suplementar, ela trouxe mais quatro procedimentos que vão ser incorporados a tabela do "rol" e alguns artigos que a gente incorporou aqui. Se vocês quiserem discutir, tô passando. Selma.

- Selma - Ah, essas atividades educacionais passam a ser obrigatórias então?

- Martha - Sim.

- Selma - Toda operadora deve desenvolver um programa nesse sentido?

- Martha - Sim, então foram quatro procedimentos que foram incorporados, que a gente vai colocar lá na tabela que hoje já tá valendo, né... já tem dois meses essa resolução, um procedimento é efetividade educativa, consulta de educação em saúde e aí a gente tem conversado muito sobre isso, é a primeira vez que você fala de educação e saúde na saúde suplementar, então sim, é um procedimento obrigatório agora, a consulta de planejamento familiar, uma dosagem hormonal e o DIU hormonal, então assim esses quatro procedimentos foram incorporados recentemente, já tão valendo, só que tão numa resolução separada, não vale a pena ficar numa resolução separada, eu vou ficar em pé

porque o Sérgio está ficando todo torto pra conseguir enxergar, é... então não vale a pena ficar na resolução separada, a gente incorporou aqui, a gente já tinha combinado isso também, e aí a gente achou importante colocar definição do que que é essa consulta de atividade educacional, né... Aconselhamento, que também é uma consulta diferenciada, aqui a gente já fez um pouco essa discussão né... de obesidade mórbida, é... estabelecimento de saúde, a gente também vai alterar toda a RN aonde qualquer termo se remeta à unidade de saúde ou é... Estabelecimento Médico pra Estabelecimento de Saúde, tá, pra padronizar com a nomenclatura que o Ministério da Saúde vem usando, que o CNES usa, enfim. É... consul 12, a gente também vai revogar a Consul 12 e aí o que é que a gente fez? A gente simplesmente trouxe a consul 12 pra cá, nenhum artigo da consul 12 sofreu uma alteração importante, os da consul 11 sim, foram modificados, teve alteração de cobertura, enfim, a consul 12 não, a gente até encontrou algumas coisas que dá pra gente alterar na redação porque já tá em algum outro artigo que na consul não tava, então ela se remetia a alguma coisa que não. É... por quê? Porque a gente acha que a discussão dos transplantes, agora ele é muito mais uma discussão conceitual né... do que vai ser incorporado ou não que remete a tabela, o que a gente precisa é discutir aqui pra transplante é as coisas agregadas que essa consul trazia, né... que é a coisa da

cobertura do doador que só tinha na consul, então, a gente não pode perder e tem que trazer pra essa RN que é a necessidade de está inscrito na fila, enfim, é, isso que a gente acha que não dá pra perder, e que a gente tem que trazer pra RN. Sérgio, depois, eu esqueci seu nome, Rosângela.

- Sérgio - No Parágrafo 2º aí, é a gente fala ai ali da fila única, eu acho só que quando a gente trata da fila única que é uma coisa vinculada a lei, deve, eu acho que observar que é vinculado a lei, porque se por acaso a lei muda, então é uma coisa, fila única é uma legislação vigente, porque se a lei muda a coisa já...

- Martha - ok, ok. Rosângela.

- Oi, Rosângela, Farbra - Eu concordo em tá mudando a regulamentação de transplantes no País, tava em consulta pública, ela tá mudando realmente, agora tenho uma preocupação ali é que eu já verifiquei em todos os aspectos, é a questão dos medicamentos, a gente tem um problema sério na judicialização nesse País e os pacientes quando fazem transplante... fígado, pacientes renais que tem complicações ou doenças associadas ao tratamento não tá contemplando, a gente tem uma preocupação grave com isso, é... quem que fornece esse medicamento é, que tá indo pro SUS? Ele tá entrando com uma ação via Secretarias Estaduais de Saúde pra conseguir a medicação, então eu tô muito preocupada com aquilo ali porque não vi essa cobertura.

- Martha - Tá. A gente tem alguns artigos que tratam especificamente de medicamento, mas eu vou fazer rapidinho assim, dar uma relembração como que é só pra gente pensar também quando chegar nos artigos, o que que a gente tem na RN inteira falando sobre medicamento? Temos 4 artigos, um que estabelece que qualquer medicamento dentro da internação tá coberto, qualquer um que o médico prescrever, né... então, a gente tem esse artigo, então, tudo internado tá coberto, a gente já até trouxe um artigo novo, pra gente tentar ligar isso a alguma coisa do CITEC que a gente acha importante, mas a gente vai lá no CITEC em agosto discutir como vai ser o formato desse artigo. Outro artigo que a gente tem é o de domiciliar, que, na verdade, é uma exclusão da lei, a gente só remete a lei, então é, existe o Artigo 10 da lei que a gente discute ali o tempo inteiro, que são as possíveis exclusões, dentre elas a medicação domiciliar, então, né... E outro artigo que a gente tem é a cobertura de medicação ambulatorial, que é um artigo grande, que a gente vai passar por ele que fala muito de câncer, como que se dá esse tratamento e tal. E tem um outro artigo que a gente incluiu que na tabela de procedimentos tem vários procedimentos que requerem medicação ou que são a própria medicação e que a gente nunca fala sobre eles, um exemplo a injeção intra-articular, não existe injeção intra-articular enquanto procedimento se não tiver um medicamento envolvido, que

procedimento é esse? Enfiar uma agulha? Não é, é uma medicação, então esse artigo faltava, a gente colocou aqui pra ficar claro, quanto à medicação do transplante, ela cai nisso, nessa regulação maior, se for internado tem tudo, se for em casa, se for medicação domiciliar tá lá na exclusão da lei e se tiver algum procedimento descrito sobre ele, tá na tabela, então a gente vai ter que discutir ele ao longo da RN, vou tentar sempre voltar, pra gente discutir. Tá bom?

- Rosângela - Só pra não perder o fio da meada, porque vai entrar em contradição em determinados artigos ali e que vocês falam, que ali fala, que é autorizado pela Anvisa, só que a gente tem os medicamentos dos protocolos clínicos do Ministério da Saúde, então isso aí a gente vai ter outro problema de judicialização também.

- Martha - O Ministério da Saúde também nunca autoriza nenhum medicamento que não tenha registro na Anvisa, então isso também é pacífico, se não tem registro na Anvisa o Ministério da Saúde

- Rosângela - Aí então, a gente cai na questão da grade de medicamentos relacionado a cada Estado da Federação, questão da regionalização, que que usa em um, que que usa no outro, você vai cair em outros aspectos que vão novamente pra judicialização, que não toma radio no convênio.

- Martha - Vamos tentar chegar lá, a gente lê de novo o artigo e posso passar? É... aqui de novo fala das centrais de captação de notificação e aqui a gente já vai pra Consul 11, então, a gente tá, a Consul 11 sim, ele muda a redação, tá? É... de novo eu vou tentar resgatar rapidinho assim, é, o que que a Consul 11 muda, ele traz o Hospital Dia de verdade como uma alternativa a internação e como uma rede hospitalar e aí quando ele cai como classificação de rede hospitalar, ele tem todas as consequências de ser considerado uma rede hospitalar, então, ele não tem limitação de internação, ele tem direito a medicamento, ele, de verdade, é um substitutivo a essa rede de internação, ele tem a possibilidade de uma rede, um atendimento multidisciplinar, se prescrito pelo médico, enfim, ele tem uma, uma organização diferenciada, a maior diferença que a gente traz pra Consul 11 tá na rede ambulatorial, que aí a gente vai discutir um pouquinho mais quando a gente chegar nas diretrizes de utilização, que por si a gente reorganiza esse cuidado tentando trazer o cuidado multidisciplinar, é... a gente discutiu um pouquinho esse em algum momento, mas eu acho que vale a pena a gente parar nestes artigos porque de verdade eles são bem novos, Selma queria falar?

- Selma - Então, o Hospital Dia se caracteriza como um atendimento hospitalar tá fora da cobertura do segmento ambulatorial.

- Martha - Ele mesmo na Consul 11 ele já era só da segmentação hospitalar, a gente mantém por quê? Porque a gente de verdade quer que ele ocupe esse espaço, né... então, a gente imputar essa cobertura pra segmentação ambulatorial seria a gente obrigar a segmentação ambulatorial contratar uma rede hospitalar, o que a gente não poderia fazer.

- Selma - Só uma dúvida minha, não podia ser entendido como atendimento ambulatorial? Quer dizer, ele não ficaria no meio do caminho aí entre uma internação hospitalar? Porque eu acho que... aonde ele é classificado, quer dizer, o Hospital Dia, o que determina com base em que está fundamentado? Porque eu acho que ele fica no meio do caminho mesmo.

- Marta - Também acho, a gente fez demais essa discussão e essa discussão tem sido feito até na discussão do CNES, né... então, como que... tá.

- Alfredo - Martha deixa eu só fazer uma observação é... eu só queria fazer uma observação que é o seguinte, é... na verdade essas discussões da Consul 11, é... teve um grupo é... que discutiu a saúde mental né... e este grupo vem se reunindo há, pelo menos, dois anos e anterior a este grupo técnico do "rol".

- Martha - O que que eu fiz?

- Alfredo - E tem é... tem algumas pessoas que estão aqui que participaram dessas reuniões, isso foi muito discutido

com os movimentos é... de luta antimanicomial, é... que a gente se conhece, sabem que são movimentos muito ativos do setor, né, é... então assim, essa formatação que veio pra cá de revisão da consul e do que a gente tá propondo, ela termina tendo um é... é... um debate que foi muito aprofundado, né... eu acho que vale a pena a gente tentar resgatar um pouquinho isso e tentar compreender quais são os limites que a gente pode tá trazendo nesse momento pra cá que eu acho que a Marta tá colocando um pouco. Só queria tá resgatando isso, isso não é uma proposição técnica exclusiva da ANS, é uma proposição que vem sendo amadurecido ao longo, pelo menos, de uma forma muito intensa nos últimos dois anos, no ultimo ano, isso daí foi muito debatido com reuniões a cada dois meses, etc., esse grupo, é... da área de Saúde Mental com participação externa bastante grande.

- Martha - Então, deixa eu só resgatar, é assim, tem tido uma discussão no CNES, como classifica, né... essa rede de Hospital Dia, enfim... e aí a gente fez uma discussão que foi a seguinte, se a gente imputar ao Hospital Dia uma mudança, por exemplo, na consul 11, ele era uma rede hospitalar e agora ele passa a ser uma rede ambulatorial, isso traz um monte de consequência, qual é a imediata? Não tem medicamento. Qual é a próxima? A gente não pode dizer que qualquer profissional que seja solicitado vai tá coberto, então, assim, ele vai ser limitado porque você não

tá mais naquela rede é... de internação cuja internação é em numero ilimitado de dias, então assim, a gente oscilou entre essas duas situações. O que, que a gente quer que ele seja? A gente quer que ele seja um substitutivo à internação. Pra ele ser um substitutivo à internação que características ele tem que ter né? Ele tem que ter internação ilimitada. Ele tem que ter medicação. Ele tem que ter um apoio que, se ele tiver numa rede ambulatorial, ele não vai ter, então, a gente decidiu isso. Até por que o número de planos ambulatoriais é muito maior quando você é... tem as duas segmentações e de verdade vai tá cumprindo um papel que na outra segmentação ele não cumpriria. Então, foi nesse caminho que a gente discutiu durante quase um ano, né? Ana Cláudia, microfone ali atrás gente.

- Ana Cláudia - Citec. É... eu fiquei em dúvida nessa discussão porque assim, é... eu entendo o que a Selma, né, diz, é... dentre, é você é do Procon, não é isso? Dentro do ponto de vista do consumidor, né... porque pro prestador evidentemente você inclui Hospital Dia dentro de uma estrutura hospitalar é muito mais viável e possível do que você colocá-lo dentro de uma estrutura ambulatorial mas pro consumidor existe uma diferenciação dentro da segmentação, do que ele vai pagar porque com certeza ele vai pagar mais por uma segmentação hospitalar do que por uma segmentação ambulatorial, né.

- Martha - É isso, é assim é complicado quando a gente fala de classificação, então, assim, o que a gente tá falando no CNES é uma outra coisa, né... a discussão é outra. Isso é classificado como uma internação ou isso não é classificado como uma internação, o que a gente tá discutindo aqui é quem vai ter direito? Quem paga um plano ambulatorial ou quem paga um plano hospitalar e aí a gente usa essa palavra segmentação hospitalar com as duas conotações e acaba dando um "tilt", né. Mas é isso, né, é isso. E essa discussão no CNES eu acho que ainda não acabou ainda, não é? (risos)

- (?) - Ainda estão em reuniões para consolidar.

- Martha - É... isso daqui a gente tentou na RN inteira tirar os exemplos e aí isso veio de uma fala da Selma, do Sérgio também que os exemplos muitas vezes atrapalham do que ajudam e é verdade, então, é... a gente tentava tirar os exemplos.

- Selma - Não, eu nem sou contra os exemplos, contanto que eles fiquem claro que é exemplificativo, né, não exauri e não é taxativo. Eu acho que os exemplos até podem tá esclarecendo, fazendo uma indicação ah, ah... mas aí cumprir a função de exemplo somente.

- Martha - Não ser redutor né... é isso. Mas não houve nenhuma perda também. É... esse artigo a gente discutiu muito e a gente vem discutindo esse artigo muito desde a 167, né... na verdade, um monte de gente não entende esse artigo e não sei se nem agora deu pra entender, mas vamos

lá. Respeitadas a segmentação ambulatorial hospitalar e a área de abrangência nacional, estadual, municipal do contrato, o atendimento deve ser assegurado, independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, o que, que eu tô dizendo? Quebrei, eu tenho um plano só municipal, Rio de Janeiro. Quebrei o pé em São Paulo, eu vou ser atendida em São Paulo? Não. Mas se eu vier pro Rio eu posso ser negativa de cobertura só porque eu não quebrei o pé aqui, só porque eu quebrei em São Paulo? Não. Se eu vier para o Rio eu vou ser atendida no Rio. É isso que eu tô dizendo, ok? Não sei se está claro (risos). Falta um S, segundo o Ricardo. É... bom, essa, essa aqui a gente tem muita discussão, né que é a coisa do acidente de trabalho em plano coletivo. Na verdade, a gente formou ontem na Câmara de Saúde Suplementar um grupo de discussão a gente já tem reunião agendada, 31 de julho, depois eu acho que é, enfim, eu esqueci o outro dia. A gente vai começar a discutir isso com os grupos, obviamente, vai dar tempo de resgatar antes da publicação da RN, a gente só vai publicar essa RN em dezembro, então, até a proposta final a gente vai ter uma discussão disso, do grupo, é... que foi montado razoável, então, é... vai ter uma reunião com as centrais de sindicais agora em julho e depois a gente vai montar um grupo com o Ministério do Trabalho, Previdência, enfim, pra gente tentar de verdade discutir esse artigo que é muito menos "rol", muito mais contrata, né. é... na verdade a

cobertura tá aí enquanto o "rol" mínimo a cobertura está estabelecida, ela existe, o que existe é uma cláusula contratual que te permite uma exclusão, então, é uma discussão muito mais de contrato do que de "rol" em si, né... então, a gente tá tentando discutir paralelamente pra trazer uma redação pra cá.

- Selma - Eu acho que até por isso, por que que ele não é suprimido do "rol"? Eu já ia tirar.

- Martha - É, é uma proposta. Essa é a proposta do...

- Alfredo - Martha. É... não, eu acho que é, ontem na reunião da câmara e vários dos senhores estiveram presentes, é... foi levantado por uma das centrais sindicais pra, é... discutir essa questão, não é... isso não é uma discussão simples porque tem que, obrigatoriamente, fazer essa conversa com o Ministério da Previdência e com o Ministério do Trabalho porque tem recursos previdenciários voltados para esse setor, não é... então, assim, não é uma discussão simples, é... de ser feita. A gente tá se propondo a enfrentar isso ao longo de julho e agosto no sentido de conversar com os outros é... atores desse setor, não é... e ver o que é possível fazer. Mas o que a gente queria tá deixando claro para este grupo de discussão, né... que a cobertura dos procedimentos envolvidos, por exemplo, a pessoa tem um, precisa fazer fisioterapia pra LER, né... isso já está incluído no "rol", esse tipo de procedimentos já existe a cobertura pra isso,

né... e o que a Martha colocou é que o que existe é uma possibilidade de, é... por força de consus e da própria lei, de exclusão contratual dessa questão e aí é... eu acho que a gente tem que saber é... diferenciar um pouco essas discussões, porque senão a gente vai trazer um peso pra discussão do "rol" muito maior do que ele já tem, que já é extremamente pesado né... então, isso que a gente está fazendo aqui não é uma coisa simples, isso daqui, essa revisão do "rol", ela está sendo bastante aprofundada né... acho que nós estamos conseguindo avançar muito no sentido de simplificar a legislação, toda vez que a gente, vocês viram vão ser praticamente oito outras ou consus, RNs e súmulas que nós vamos estar é... consolidando, talvez, o termo não seja esse, mas vamos estar juntando tudo dentro desta resolução normativa, então, é fundamental a gente conseguir dar espaço pra frente não é... é... e vamos ver junto, principalmente com esses outros atores, essa demanda das centrais sindicais e dos outros ministérios o que é possível, nesta resolução tá melhorando, talvez essa alternativa que você colocou Selma, seja uma alternativa, mas só que pra fazer isso imediatamente tem que ser editado uma outra resolução normativa, dizendo o que acontece com isso que está aqui em relação a questões contratuais, etc. né... não dá simplesmente pra tirar daqui e não deixar em lugar nenhum né... então é... acho que vamos ter que tentar construir

rapidamente é... ao longo desses próximos meses essa solução.

- Selma - eu só queria colocar, posso colocar? Não está prevista em a exclusão, não está na lei, não é isso? Ela tá numa resolução cõnsul...

- Martha - Ela veio da Consul 10

- Selma - Ah... pois é, até por isso mesmo eu entendo que ela não deveria estar aí porque, mesmo porque gera essa polêmica. Agora eu me lembro que quando a gente passou acho que na segunda reunião ou a primeira que a gente estudou o corpo, ah... ah... antes disso até, então, esse grupo que está sendo formado, essa discussão vai ser fechada ah... mas só vai ser fechada depois dessa proposta aqui ser levada a essa consulta pública, é isso?

- Martha - provavelmente.

- Selma - Quer dizer, ela vai pra consulta pública desta forma.

- Martha - Ela vai finalizada que existe um grupo discutindo isso.

- Selma - Certo.

- Martha - Pelo menos, as pessoas terem conhecimento disso e aí esse grupo vai ter que ter o mínimo de tempo que eu acho que de julho a dezembro é um tempo razoável pra discutir isso, pra proposta final desse grupo que foi formado voltar pra cá né... pra gente, então, pensar no que vai publicar.

- Selma - Certo. Ou, então, minimamente, eu pensei, porque a gente colocou isso já naquela reunião que ela vem é... ela fala em planos coletivos e os planos coletivos eles estão subdivididos né... tem o empresarial, que eu acho que aí sim o empresarial patrocinado ah... ele vai pegar aí numa série de questões de previdência de seguridade social, mas, por exemplo, o plano coletivo por adesão ele não deveria estar ali né... eu acho que ela deveria ir para a consulta com algumas observações, algumas ressalvas, porque vai chover críticas ou vocês vão ter que processar tudo isso, agora, eu mantenho aqui minha sugestão de retirada com ressalvas, com algum esclarecimento ah... ah... pra também não gerar uma discussão por um outro lado pra ANS.

- Martha - ok. Aqui é a mesma coisa, só que aqui dá pra gente resolver é... que a sugestão é que a gente diga, não sei se eu já passei, passei. Aqui, que é... não é só plano individual, plano individual e familiar e aí vem a sugestão da Selma, plano familiar individual e coletivo por adesão, enfim, a gente pode pensar em alguma coisa desse tipo é... pra também levar pra esse grupo né... pra discussão. Volta, volta, posso? É... foi eu não. Foi eu não. É... as operadoras poderão oferecer por sua livre iniciativa, aí Fabiana, de novo, é... cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nessa RN e aí a gente cita alguns assuntos, é... a gente recebeu uma proposta da Selma também pra rever esse artigo é... de uma maneira que a gente

também concordou que também tava conflitando medicação com "home care", a gente preparou, como a Ana Paula disse, uma nota, a gente já vai colocar essa nota este mês no "site", agora quando entrar essas apresentações e a gente vai reescrever esse artigo nesse sentido. É... vamos entrar no próximo artigo, aí a gente discute, mais uma parada pro "coffee", pode ser? Porque agora vai começar os artigos mais quentes. Vocês querem parar antes ou depois desse? É medicamento, vamos comer? E aí a gente volta nesse? Então, tá bom, 15 minutos gente? Posso passar aqui? Pode? Vamos lá? Então, vamos, é... esse artigo aqui é o que fala de tratamento clínico ou cirúrgico experimental. Ele teve um monte de contribuição é... existia alguma coisa é... existe uma definição pra tratamento clínico ou cirúrgico experimental e a definição é, nessa definição é... as fases 1, 2 ou 3 de medicamento, por exemplo, é... ele é considerado experimental por uma definição global, pela Anvisa, em alguns momentos ela dá registro pra algumas fases 2 e 3, então isso estava conflitando, na mesma definição a gente colocava a fase 1, 2 e 3 e a gente colocava obrigatoriedade de cobertura, se registrado na Anvisa, então a gente tirou aquela, o que estava conflitando, a gente manteve o nosso entendimento, acho que tem que ser o registro da Anvisa que tem que balizar isso, a gente recebeu algumas contribuições também, sugerindo que a gente fizesse uma definição do tipo pra OTME e a gente

contemplou isso em outro artigo, ok? E aí a gente já marcou uma reunião também no CITEC pra discutir como que a gente vai alinhar uma coisa a outra, então, a gente participa do CITEC né... a gente tem voto, tem assento, são deliberadas coisas lá né... seja por incorporação ou não e a gente ainda não trouxe essa discussão efetivamente pra uma regra nossa, então, a gente vai discutir um pouquinho isso. Rosângela.

- Rosângela - Volta de novo aquela minha preocupação. É... o Ministério da Saúde tem vários, você falou que tá ligado a Anvisa, o Ministério da Saúde hoje tem vários medicamentos que estão desatualizados protocolos clínicos. E o que que ocorre? É... no caso de pacientes com doenças graves e outras doenças associadas ou rejeição de medicamentos, os pacientes estão tendo problemas pra é... uso de outras drogas né... é... e que não está o protocolo clínico não está atualizado. Então, é... eu não vejo incluso ali essa possibilidade de estar é... contemplando aqueles pacientes que fazem tratamento, é porque eu acho incoerente o paciente fazer o transplante no convênio e ele ficar descoberto no que tange o tratamento terapêutico, é uma incoerência isso. E quando ele faz a rejeição, ele vai pra Secretaria de Saúde, via SUS e ele não consegue porque não está na grade de medicamentos do Sistema Único de Saúde, portanto, volto a repetir, o protocolo fica desatualizado.

Martha - Tá. Deixa eu só pontuar três coisas assim: primeiro que aqui a gente não segue diretamente os protocolos do Ministério da Saúde, as regras são um pouquinho diferentes, então a regra é: Hospitalar tá coberto e domiciliar não tem cobertura né... independente disso estar cabendo num protocolo ou não, independente disso ser um transplante ou não né... então a regra é um pouquinho diferente, é... aqui o que baliza essa cobertura é... tem registro ou não tem registro, lá não, além de ter ou não registro isso tá na tabela do SUS ou não tá? Tem um outro, enfim, as etapas de cobertura e o que baliza essa cobertura é um pouquinho diferente. Entendeu?

- Rosângela - Então eu vou pra uma outra preocupação. Quando você vai para tratamento experimental é a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde fala sobre tratamento experimental pra pacientes em que ele tem que saber quais os riscos que ele está correndo. Você vai cair num outro aspecto, que é a questão do usuário do Sistema Único de Saúde ou do plano de saúde que está contemplado como um todo, pela constituição ele tá contemplado que ele tem que saber qual o medicamento e tem que ter suporte do laboratório que tá fornecendo essa droga pra esse paciente.

- Martha - Mas experimental aqui não tem cobertura, então, se ele considerado experimental e aí como ele é considerado experimental. Ele é considerado experimental porque não tem registro na Anvisa, ok. Não tem cobertura. Ou ele é

considerado experimental porque o CFM disse que esse medicamento, falando em medicamento, esse medicamento ele se constitui num procedimento que ainda não é prática no Brasil, então ele também é considerado experimental, não tem cobertura, então, isso também baliza a cobertura dentro da Saúde Suplementar, então o que eu estou tentando te dizer é o seguinte, a gente não segue ah... tem uma tabela de medicamento, a gente não tem isso e nem quer ter de jeito nenhum, assim, né... então a gente foge disso muito fortemente, porque é... basta você regular uma tabela de procedimento, você não precisa regular uma tabela de medicamentos, se você tiver regras pro uso desse medicamento e é isso que a gente está tentando estabelecer e aí quais são as regras né?... quais são as pilares?... aqui tudo, aqui nada, nesse meio o que que passa?... o que que não passa? E é isso que a gente está tentando discutir com esses artigos, mas assim, de uma maneira muito ampla, a gente não tá falando nem de doença, nem de uma doença, um tratamento específico nem de um protocolo específico, a gente tá falando de regras de cobertura, entendeu?

- Rosangela - Entendi, mas ainda eu tenho aquela preocupação de você fazer o transplante pelo plano e não ter cobertura pós-transplante.

- Martha - Se for domiciliar, aí tá no Artigo 10. Não tem jeito, por isso que a gente também discute a cobertura dos transplantes na Saúde Suplementar. Será que é tão

importante assim, a gente incluir um transplante, que, primeiro, não vai ter medicação, segundo, é... você vai fazer num hospital que, provavelmente, também é público, terceiro, tem uma fila regulada pelo SUS e que a gente não quer de jeito nenhum que ela seja furada...? A gente também discute isso em cima disso né... onde é que a gente tá pisando? O que que a gente vai fazer com isso? O que que a gente vai provocar né?... complicado (risos). Cláudia tinha levantado.

- Cláudia - Só resolve dessa maneira, na base da judicialização em que nós estamos sofrendo todos esses transtornos, por causa do transplante, muita situação mesmo. Concordo com ela, os protocolos clínicos estão desatualizados né... está se revendo, mas é o problema, é o problema, mas, porque, inclusive a Lei 8080, mesmo ele sendo efetuado pelos planos o transplante nós somos obrigados a dar medicação.

- Martha - Esqueci teu nome. Roberto

- Bom dia, Roberto, Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, só prá fins de esclarecimento, na audiência pública que é justamente sobre a judicialização da saúde, o ministro firmou compromisso da atualização dos protocolos clínicos, o Ministério da Saúde já tá em plena fase de atualização de 53 protocolos, mais elaboração de vinte e tantos protocolos clínicos. Transplantes vão ser revistos, transplante renal que já tem protocolo clínico,

vão ser elaborados os demais e tem o CID Z94, todas as classificações. Um problema da judicialização em que muita gente até associa medicamento igual à saúde. A saúde não é somente o uso do medicamento, tem a integralidade do tratamento antes de disponibilizar todos os medicamentos disponíveis comercializáveis, mas sim ter a linha de tratamento para aquela doença. Não é muito difícil.

- Ana(?) - E só pra complementar aí a explicação dos medicamentos utilizados de forma experimental é... existe todo um protocolo, na verdade, todo um processo de pesquisa clínica, onde são utilizados medicamentos que não tem nem, às vezes, não tem nem registro na Anvisa, não tem registro para aquela determinada indicação e há todo um processo onde você tem que cadastrar as entidades acadêmicas que realizam, você tem que ter uma entidade acadêmica responsável por aquela pesquisa, enfim, é um processo bastante é complexo e com protocolos específicos você tem que ter a consciência da pessoa que está recebendo, enfim, é... é todo um...

- Rosângela - Eu só quero exemplificar a prática. Quando um paciente é transplantado, ele vai para o plano de saúde, ele tem uma intercorrência. Aí ele vai para o plano, ele não vai para um hospital do SUS, porque ele fez num hospital privado. O que que acontece? O próprio médico... por que a importância dos protocolos? Porque o próprio médico que vai fazer o atendimento de emergência, apesar

dele ter um prontuário clínico lá, ele tem dificuldade de fazer a prescrição médica naquele momento. Isso é uma vivência da maioria dos pacientes, principalmente se ele precisar de um estado para o outro, ele sai do domicílio dele e vai pra um estado que o prontuário dele não está lá. Então, a necessidade da questão dos protocolos clínicos e a coerência de se fazer o tratamento, se ele faz pelo plano, ele já manter é... um vínculo sobre a questão dos medicamentos que ele está usando, enfatizo, maioria dos pacientes tem doenças associadas, doenças importantes, cardiopatas, é doenças, ele consegue fazer um transplante hoje com hepatite C. Ele consegue fazer hoje um transplante com outros tipos de complicações que podem a vir durante os anos vir a complicar mais, então é bem complexo isso, mas existe essa preocupação que é o dia a dia do paciente que faz o transplante e precisa de um suporte integral. E a integralidade, ela fica, ela fica com alguns é... aguardando é... outras questões que no dia a dia não dá tempo pra ficar esperando como que são os casos de emergências que essas pessoas passam.

- Martha - ok, só como a título de informe, na verdade, a cobertura mínima obrigatória ela não é balizada por um protocolo como no ministério, mas não quer dizer que a gente não acha importante diretrizes e aí existe todo um trabalho que a gente tá fazendo com a AMB é... de diretrizes clínicas pra saúde suplementar que a gente vai

tá trazendo essa discussão pra cá né... a gente tá construindo esses protocolos e essas diretrizes pra fazerem parte da boa prática médica, na Saúde Suplementar e aí o que eu estou dizendo é que isso não baliza a cobertura né... que a cobertura pode ser mais ampla do que isso é isso que a gente colocou. É... que era pra melhorar a redação de procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, Ok Carmem? É... inseminação artificial e tratamento de rejuvenescimento eu acho que essa redação a gente acabou discutindo muito há uns dois meses atrás, eu não sei se ainda tem alguma sugestão. É... fornecimento de medicamento e produto pra saúde não nacionalizado, ok? Isso também é uma invenção da Saúde Suplementar, então essa palavra não existe em nenhum lugar, né, só aqui, pra dizer que o que foi registrado pela Anvisa pra gente não é considerado importado "strito senso" e cairia naquela, é... possibilidade de exclusão da lei, então, se teve registro no Brasil, a gente considera nacionalizado e foge daquela exclusão da lei, na verdade é uma coisa bem suplementar. Ah me proibiram de emprestar meu microfone (falas ao fundo). Não, são duas coisas diferentes, só deixa eu ver se o artigo vem aqui atrás, não. É... uma coisa que você tá, deixa eu tentar resgatar, o que que a gente colocou aqui um artigo que já tava lá no FAC, que diz que os procedimentos, é... quem, quem diz qual é o material que vai fazer, né? E aí a gente colocou uma definição no FAC que é a seguinte: o

médico que é quem ta atendendo aquela pessoa ele diz qual é o melhor é... órtese ou prótese ou material pra aquela pessoa, ah então ela tem que botar um pino redondo com a cabeça dourada, eu vou escrever, ela precisa botar um pino redondo com a cabeça dourada, é que existem 10 pinos redondos com a cabeça dourada, um da empresa A, outro da empresa B, todos tem registro na Anvisa, então, perante a nossa regulamentação, todos são aptos para o uso. Quem escolhe se todos são exatamente iguais, pino redondo com a cabeça dourado e, se todos têm registro na Anvisa, a operadora pode escolher qual desses cinco pinos redondos com a cabeça dourada, ela vai pagar uma vez que todos foram considerados iguais pela Anvisa, né... têm um registro semelhante, isso a gente definiu e a gente trouxe isso pra RN também. Isso que você tá falando da catarata é uma terceira coisa, né, veio uma ação judicial, não lembro se o Fabiano lembra disso, a Adriana lembra, é... e aí é meio um proxy pra se estudar as outras coisas, onde formou-se um grupo dentro da agência pra discutir o seguinte, a va... é... a partir de que ponto o CDC ele englobava um pouco a nossa regulamentação? O que que eu to querendo dizer? Um paciente tem um contrato antigo, na qual prevê cirurgia oftalmológica, mas ele tem uma exclusão no contrato pra órtese, prótese, que a prótese de catarata cai ali né... se ele já tivesse um contrato novo ele teria essa cobertura, a partir do CDC, ele tem a cobertura uma vez que tem duas

cláusulas que são ambíguas, isso vale a partir do CDC ou desde sempre? Foi essa a discussão que se fez, formou um grupo técnico, eu acho que é isso que você tá falando e essa nota também tá no "site". Então, eu acho que são coisas bem parecidas que estão se confundindo. Novos.

- (?) - Então, mesmo no contrato novo, que não entra essa discussão ele tem, a... cobertura, mas é comum o médico pedir uma lente...

- Martha - É, aí é assim ah... pedir uma lente é vou dar o mesmo exemplo pra catarata que seja, sei lá, bicôncava com grau x..., se existem duas destas exatamente com a mesma configuração, exatamente o que o médico pediu, uma é nacional e a outra é nacionalizada, né... porque importada ela não teria obrigatoriedade de cobertura, mas uma é nacionalizada, ela veio importada e também teve o registro da Anvisa, são exatamente iguais, a operadora pode optar pela nacional, desde que tenha as mesmas características da que o médico pediu e a gente trouxe esse artigo pra RN, tá? É... fornecimento de medicamento pra tratamento domiciliar a gente também tirou as coisas que estavam subjetivas pra não confundir, então o que que é domiciliar, é o que o médico prescreve pra você usar em casa. Não tem que ficar inventando uma definição maior do que isso que pode atrapalhar. Aqui, aqui é onde o artigo que eu falei fornecimento de órteses e próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, é... a gente colocou aqui como um

artigo, ali embaixo, a classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no País como órtese e prótese deverá seguir uma lista elaborada com esse fim pela câmara técnica. Na verdade, isso tá aqui como artigo pra gente discutir, mas isso pode virar um anexo, a gente ainda está discutindo na câmara, o que que é isso? Formou-se uma câmara técnica na AMB, da qual a Anvisa tem participação, a gente, pra discutir o que é a classificação de órtese e prótese. Primeiro, foi a definição e, depois, dizer o que que é uma órtese, o que que é uma prótese e o que que é um material, então, por exemplo, "stent" é X, pino é Y, então, é uma lista que diz cada material o que que ele é classificado, tem pra todas as especialidades né... cada especialidade fez a sua lista, ela não imputa similaridade, né... eu acho que é uma continuidade que algum dia quem sabe a gente consegue, mas ela só diz a classificação dos materiais, tá e como é um grande problema pra gente na hora da cobertura dizer que tipo de material era aquele e a gente não tem nenhuma outra lista desse tipo no País, a gente vai se usar dessa lista que foi feita com a participação da ANS, com participação da Anvisa, com participação da AMB, então, a gente não sabe se isso vai vir só na forma de um artigo ou se a gente vai trazer isso como um anexo, a gente ainda tá vendo. Aí a gente entra no plano ambulatorial, tô passando, não mudou nada nesse artigo, é... aqui é aquele artigo que eu falei dos

medicamentos, se tinha dúvida, por exemplo, a injeção intra-articular, a gente nunca teve dúvida de que esse procedimento constando na tabela o medicamento que tá dentro da injeção tem cobertura, né, mas a gente vivia recebendo questionamento pra isso e aí a gente deixou claro que a cobertura de medicamentos registrados na Anvisa, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Anexo 1 tem cobertura, ok? É... aqui a gente começa a falar das coberturas de consultas e sessões, é... existia algumas sugestões pra incluir a consulta de psicólogas a gente já discutiu, a gente vai voltar nisso, a gente incluiu, separou de psicoterapia e a discussão da consulta de enfermagem, que foi uma discussão digamos acalorada, não só aqui, mas dentro da agência, eu acho que a Carmem vai querer falar, é... encontrou-se um problema dentro da agência que a gente pode discutir isso aqui ainda vai pra consulta pública, que é a existência de rede pra contratação de consultórios de enfermagem, então, é... quando a gente vai monitorar a existência dessa rede a gente não consegue encontrar, a gente até precisa da ajuda de vocês pra mandar essa rede pra gente pra gente conseguir, é... e aí porque que eu to falando isso? Em algum momento na outra revisão do "rol" a gente tinha algumas certezas, outras incertezas e nas incertezas a gente teve muito problema, então, a gente teve certeza, a gente tinha certeza que existia rede de nutricionista,

então, facilmente, a gente conseguia localizar isso, e tinha muita incerteza da rede de TO, que a gente viu que não tem e a gente ficou até na dúvida se a gente ia manter ou não TO nessa resolução, né, e aí é... teve toda essa discussão, a gente vai colocar de novo um procedimento que a gente não consegue encontrar rede, então é... a gente pode voltar mil vezes nessa discussão e precisa da ajuda de vocês pra monitorar isso, acho que a Carmen vai querer falar.

- Bom, Carmen Lupi, do Conselho Federal de Enfermagem - a discussão da rede vem desde a 167, nós levantamos todos os consultórios do Brasil via conselhos regionais e, na verdade, nenhum profissional tem rede, essa é a minha, essa é a nossa grande discussão, você não identifica rede claramente pra nenhum profissional, essa questão de identificar rede é por oportunidades de identificar rede pra não falar é... de uma outra forma como se identificam essas redes, na verdade, a enfermagem não tem uma rede formal catalogada pelo ministério ou por qualquer outro órgão, só no Rio de Janeiro nos temos inúmeros consultórios registrados, inclusive para partos normais, todos são sabedores, estamos realizando isso, inclusive é... para a Rede Globo, alguns dos globais, e eu, nós vamos entrar com o que nós temos documentado na rede nossa, porque tem um outro, uma outra problemática que nós estamos refazendo todo cadastramento de todos os nossos 1,5 milhão de

profissionais, que é o nosso contingente e por conta disso nós vamos ter mais apurados a questão da rede de consultórios, nós vamos entrar antes da consulta com o que a gente já estiver, tá dona Martha?

- Martha - (risos). Então, vamos e aí a gente começou a reescrever os artigos também das outras profissões então, é... quem tava aqui na penúltima, lembra disso cobertura de consulta, sessão de nutrição, fono, TO e psicólogo, é... conforme o Anexo 1, então as limitações estão lá no anexo, tem alguém lá atrás acenando.

- É... bom dia, meu nome é Cláudia Graça eu tô como representante do Conselho Federal de Fonoaudiologia, eu quero pedir desculpas porque a nossa representante que tem vindo assiduamente todas as reuniões hoje não pode se fazer presente, mas, assim, é só em relação ao Artigo 5º e o Artigo 14º que o Conselho Federal de Fonoaudiologia vem solicitando a revisão em relação à indicação do médico assistente para a indicação da terapia fonoaudiológica.

- Martha - Ok, eu acho que a gente passou um pouquinho antes do intervalo sobre isso, isso, então é...

- Cláudia - Isso, Artigo 5º, porque ele é a redação do Artigo 14º, agora, de novo vem contemplando que conforme a indicação do médico assistente, né. E aí assim, num dos documentos que o Conselho Federal é, de Fonoaudiologia, o último no dia 30 de junho encaminhado para a ANS é... ela, houve uma solicitação da modificação do texto da resolução

normativa, uma vez que a imposição do fluxo que o encaminhamento médico para atendimento fonoaudiológico ele impõe um fluxo que cerceie o direito do usuário de buscar o auxílio profissional que melhor lhe convém e realiza subordinação de um profissional de saúde ao outro.

- Martha - Ok, é... como a gente já colocou a gente reescreveu o artigo a gente mantém a remissão ao Artigo 10 da lei, é uma lei a gente não consegue, é... alterar e nem negar a existência, a gente tira dos artigos essa referência e remete a uma referência de artigo que foi o que a gente combinou aqui que a gente podia fazer, né. Então, vai ficar tudo que nem esse daqui, cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Anexo 1 e 2, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo quanto médico nesse caso, de acordo com o artigo X, então, é o que a gente vai fazer daqui pra frente.

- Cláudia - Posso só, posso...

- Martha - Claro.

- Cláudia - Ta, é... em respeito a, a posição da ANS, eu fico pensando a possibilidade se nesse momento, mantendo esse texto isso mais uma vez não compromete a autonomia das profissões ferindo inclusive as leis que as regulamentam e as multiprofissionalidade definida pela própria resolutividade normativa.

- Martha - Ok, de novo não, a gente só não tá dizendo que um profissional é submetido a outro. A gente só tá dizendo que a obrigatoriedade de pagamento dessa consulta pela operadora se dá quando, não fui eu, se dá, posso? Se dá quando existe a solicitação pelo médico assistente, ponto. Eu só tô falando imputando, aumenta um pouquinho, eu só tô imputando uma obrigatoriedade de pagamento pela operadora, ponto. Nesse caso, né, da mesma maneira como a gente não acha que fere é... o exercício de um gastro quando uma operadora pede pra que se passe por um clínico médico primeiro. Na verdade, a gente considera que tá tudo na mesma linha, né... obviamente, é... não tem nada a ver com a autonomia do profissional. O profissional sempre vai ter essa autonomia e não, de jeito nenhum sou eu quem está alegando ou negando essa autonomia, o que a gente tá dizendo é, pra pagamento, assim é obrigatório. Se você vai pagar também direto, ótimo, maravilhoso, bacana, é isso que a gente colocou lá, é facultado, é bacana. Mas eu to te obrigando dessa maneira, é só isso.

- Cláudia - E... é... Desculpa, né. Só pra ficar... de alguma maneira isso não, não faz com que o usuário que está na ponta final tenha que fazer um movimento muito maior, por exemplo, agora no Estado do Rio de Janeiro a gente acabou de receber um informativo no Conselho Regional que uma mãe teve que entrar na justiça pra poder junto a operadora que ela, que ela contratou ter o procedimento

fonaudiológico amparado além das seis sessões. Então, assim, isso na realidade não dificulta o relacionamento da própria operadora com a ponta final que é o próprio usuário?

- Martha - A gente fez uma discussão também sobre isso na reunião que a gente fez lá com os conselhos.

- Cláudia - Eu sei, a gente só tá reafirmando a posição que a gente vem solicitando.

- Martha - Sim ou não, assim, a gente tem algumas dúvidas quanto a essa afirmação, mas a gente pode voltar a discutir isso em algum momento, a gente discutiu isso na reunião que a gente fez é... existem mecanismos de regulação que a gente nem toma conhecimento que são gravíssimos e que a gente precisava saber sobre denúncias disso, então, quando a coisa também fica muito frouxa a gente sabe que o reverso disso é muito perigoso, então, eu não vejo como uma limitação, eu vejo como uma garantia de acesso, né, enfim, existem formas e formas de você ler algum, algum assunto, eu acho que a gente pode continuar discutindo isso e no anexo a gente vai trazer as novas propostas pra esse número, né que a gente vai discutir quando chegar na tabela, tinha pedido pra falar, né?

- É... eu sou Elisa do Conselho Federal de Psicologia e acho que tem duas coisas importantes ali na fala da colega da... do Conselho de Fonoaudiologia que uma é a questão do médico assistente e outra é a questão da limitação, né...

acho que passou ali pelas duas questões. É, só assim, né... Martha, só pra gente registrar que quando vocês assim, a gente não tá pedindo autonomia a gente só tá dizendo que só paga, sei, então, daí a gente sabe, né... então, assim, só pra deixar claro, e aí eu acho que a gente precisa caminhar, é... posso até me, assim, convencer, me convencer não, posso até entender assim, perdi, não conseguimos agora e não vai ser agora, mas eu acho que a gente deveria caminhar na direção de pensar a porta de entrada, né... porque a porta de entrada é necessariamente o médico e a gente pode ter outras criações, né, a gente avançou na direção de um modelo de atenção à saúde multiprofissional né... e isto fica prejudicado no campo da Saúde Suplementar. Então, eu acho que isto é uma cosia pra gente, é... pra gente pensar, né, como é que a gente caminha na direção da porta de entrada dessa forma. E outra é a questão da limitação, né... a gente vai passar pelos anexos depois, né, então eu acho que a gente pode discutir melhor ali, mas é isso... eu acho que a gente tem um problema com a limitação porque, na verdade, a medida deve ser a necessidade, né, do ponto de vista é isso e aí é esquisito dizer assim, porque seis né... porque 12 pra transtorno x e 24 pro y? Como é que a gente chega a esse número, né? A gente chegou à conclusão que esse tipo de transtorno requer que a gente tenha um dado que vá indicar que a gente tem conquistado sucesso, que... é isso que são... 10, 12

sessões de TO, né... ou é a gente deve caminhar na direção de, é, se ter uma avaliação que está lá na porta de entrada, né e que vá acompanhando qual é a necessidade para cada caso, né, eu acho que é nessa direção que a gente devia avançar.

- Martha - Obrigada. A gente também acha, a gente acha que a gente tá criando essa maturidade, né, mas que na maturidade que a gente tem de sistema a gente ainda precisa garantir, e aí eu tenho certeza que a palavra não é limitar, é garantir algumas coisas, como alguns números de atendimentos. Que se a gente parar pra pensar hoje é... a pessoa tem direito a número de consultas médicas ilimitadas, tá na lei, tenta fazer isso em qualquer operadora que seja. Então assim, é... a gente até, tenta estimular as pessoas que denunciem isso, né, que chegue pra gente essa demanda, mecanismo de regulação fortíssimo, não tem em lei nenhuma, então, por isso que eu tô dizendo que não é limitar, é garantir.

- Carmem - Só uma sugestão já que vai ficar gravado, é... isso aí não seria as diretrizes terapêuticas que você comentou que tem uma parte, isso, eu acho que tudo isso que está sendo colocado que é da questão da equipe multidisciplinar, multiprofissional, ela pode, a diretriz, ela pode estar sendo bem delineada pelos conselhos profissionais que isso dá um parâmetro e não fica preso, né, ao que tá sendo comentado aqui.

- Martha - Essa é a ideia, essa é a ideia.

- Carmen - É eu acho que é por aí, tá

- Alfredo - Exatamente, é... acho que exatamente essa ideia, o que que nós chamamos de diretrizes de utilização é exatamente essa a proposta é exatamente avançar nisso, avançar, acho que tem hoje, eu coloco algumas questões e acho que dá pra gente avançar, acho que dá pra gente avançar bastante. É... eu só queria, é... fazer uma, uma observação, né, é... que nós estamos, obviamente, discutindo aqui, é... esse "rol" mínimo, né, e aí é necessário ter parâmetros, ter critérios, ter, é... algum lugar da onde sair, né, que é exatamente isso o que a gente tá discutindo aqui é... a gente compreende exatamente a posição dos conselhos e dos representantes dos profissionais e dos prestadores, né, é... dessa é... dessas solicitações, né, dessas solicitações é... mas eu acho que sempre importante lembrar que este é um setor, que é um setor suplementar ligado a um mercado, né, e que existe forte concorrência hoje nesse mercado, né, é... e incentivar essa concorrência através da diminuição da simetria da informação, é um papel da agência que ela vem fazendo de uma forma muito intensa, principalmente nos dois últimos anos com divulgação de material, é... bastante completo sobre essas operadoras, né, cada vez a gente tem conseguido avançar mais nesse sentido, por exemplo, desde 2006, desde o ano-base de 2006 a gente divulga um balanço

padronizado econômico-financeiro de todas as operadoras então se qualquer um de nós aqui quisermos saber de quanto foi o lucro de qualquer operadora que atua no mercado hoje, esse lucro tá lá disponível, né, e se eu achar que a operadora da qual eu tenho um plano tá ganhando muito, tá lucrando muito com que eu pago, eu tenho que ter direito, né e aí a portabilidade trouxe esse direito pros individuais a quem não tinha e na área dos planos coletivos isso já acontecia, de trocar a, trocar de operadora, ir pra uma outra operadora que me seja mais adequada dentro dos meus interesses, né, é... hoje, muitas das questões que é... é... a gente pode tá avançando se a gente não conseguir avançar nesse momento no "rol" como sendo é... questões que diferenciem concorrencialmente as operadoras, ah... mas isso é impossível, não é impossível. Olha concorrência que tá acontecendo no setor hoje com as relações de promoção e prevenção, né, é padrão no mercado de São Paulo hoje já nas grandes licitações de empresas, não temos(?) licitação, mas é quando uma grande empresa vai contratar um plano coletivo empresarial, né, hoje tem dois critérios que eles estão colocando, um é o IDSS, que é o Índice de Desempenho de Saúde Suplementar, que a agência publica acima de e-mail(?), né que não tá acima de e-mail(?) nem entra, o Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo colocou como um critério pra seleção de planos de saúde isso, né, várias grandes empresas têm

colocado isso como um critério de qualidade de seleção de entrada de empresas né... e o outro critério que a gente sabe que está acontecendo também bastante intenso no mercado é a questão da é... do oferecimento de, de propostas ou de planos de promoção e prevenção, né, então, têm várias empresas que só contratam né... um plano de saúde se aquela empresa de plano de saúde tiver um plano de promoção e prevenção da saúde dos seus servidores, seus funcionários, né, com tais critérios, né, e que que é esse critério? É o livro de promoção e prevenção que a agência publicou há dois anos atrás. Você vai ver o que está escrito lá nos, nos editais das empresas é exatamente o que a gente tá indicando. Então é... eu queria colocar esse outro dado é... pros conselhos profissionais pros sindicatos e pras associações, né que são um, é... é... de prestadores de começar a colocar isso daí como fator concorrencial, olha a empresa X né... tá dentro dos critérios que o meu conselho ou que a minha categoria ou que o meu X interpreta, entende como sendo adequado para um plano de saúde. Isso daí é um selo, é um carimbo, uma marca que a gente pode é... mas não isso daí, o valor de concorrência hoje nesse mercado é muito intenso, é muito intenso e qualquer diferença que venha de entidades representativas, né, seja positivo ou negativo, é fundamental, é, como estímulo positivo pra essas empresas, né o estímulo regulatório negativo, assim, dizendo ao que

você pode ao que você não pode fazer, óbvio isso estamos fazendo aqui, estamos construindo, mas o que avança na frente disso é a concorrência e isso existe nesse mercado hoje.

- Martha - Pode passar, então esse daqui ele fala, ele troca o termo fisioterapia por reeducação e reabilitação física, Ok Ricardo. É... aqui a gente volta na 192 e a gente inclui o artigo de planejamento familiar, aqueles quatro procedimentos que eu falei. Isso daqui vem da Consul 12, é... aqui os procedimentos especiais que têm cobertura, a gente reescreve o artigo de quimioterapia oncológica ambulatorial, talvez, esse seja um dos artigos que a gente mais recebeu contribuição, vocês querem que eu leia os dois? Ou leia só o novo? Vou ler os dois, tá? Aquela baseada na administração de medicamento pra tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente que, independente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sobre intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de unidades de saúde, que a gente vai padronizar, tais como, a gente coloca quimioterapia oncológica ambulatorial aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados aos tratamentos e adjuvantes que,

independente da via de administração e classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, de administração sobre a intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimentos de saúde. E a gente define o que é o adjuvante que a gente sabe que também é uma palavra para fins de cobertura na Saúde Suplementar né... porque é uma palavra que tem várias definições. O medicamento empregado de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento. Volta. Fica o B e o X é... foi substituído pelo B, ok? Não, o A mantém, o A mantém, B pelo B, Ok? É... aqui a gente só tira alguns exemplos que tinham daqui e cita os que tão na tabela, até por que a tabela mudando a gente não precisa mudar o corpo, vou passando hein, a gente entra no plano hospitalar é... aqui a gente reescreve alguns artigos pra poder tomar forma a Consul 12, 11, cobertura em número ilimitado de dias de todas as modalidades de internação hospitalar incluindo o Hospital Dia, cobertura de Hospital Dia para transtorno de mentais de acordo com o Anexo 2 a gente define o que que é aqui a gente volta na Consul 11, 12, não vou lembrar disso nunca. E aqui a gente coloca aquele artigo que a gente discutiu muito na primeira ou na segunda reunião, eu não lembro mais, que é a cobertura do atendimento por outros

profissionais quando indicado pelo médico assistente na internação, lembra?

- Rosângela - Ali você tem é, os procedimentos as despesas porque eu não sei como é que a gente pode parear, numa hora a ANS está acatando a legislação, na outra hora a gente tá descobrindo assistência integral do paciente. Se ali não tem cobertura da, do acompanhamento clínico pós-operatório imediato, você só que você não pega tratamento pós-transplante domiciliar.

- Martha - Sim, tem uma exclusão na lei.

- Rosângela - Então como é que fica isso? É... bom, mas é legislação é... é pertinente a transplante porque a própria ANS, tudo que eu estou falando quando você fala que não tem a ver com o ministério diretamente ligado, teve um momento que a ANS comentou que faria a... a... daqui pra frente é, as modificações baseadas nos modos do Sistema Único de Saúde, que é mais prático né... pra poder tentar toda legislação tá muito própria e muito mais fácil da gente entender. Só que ali não tem tratamento pós-transplante ambulatorial que ele precisa.

- Martha - Na verdade, tem todas as consultas, isso tá lá na tabela então as consultas de acompanhamento, os procedimentos que são necessários tem, não tem é medicação.

- Rosângela - Medicação.

- Martha - Não tem.

- Rosângela - Que é a, é... a minha preocupação que tá incoerente com a terapia.

- Martha - Não. É. Não tem. Que que eu fiz? Pronto. Aqui. Sem limitação. Porque a internação, é tá? Não, por isso que a gente colocou uma coisa no ambulatorial e outra coisa no hospitalar. Tá dentro de segmentação diferente. Aqui, é... também é, lembra lá na frente na hora que a gente falou de medicamento, "off-label" e tal, tinha sugestão de várias entidades pra gente fazer alguma coisa parecida pra OPME a gente colocou esse artigo que era o mais próximo disso que a gente podia fazer e agente já discutiu um pouquinho ele. Rosângela.

- Rosângela - Eu to trazendo uma dúvida de uma outra entidade que é o pessoal da, dos ostomizados, as bolsas, né, que elas nunca, que quando se fala de órtese, prótese essa parte até porque eles estão na legislação da deficiência física, deficientes físicos, como é que está essa questão das bolsas?

- Martha - Tá, tem um projeto de lei que tá pra ser aprovado semana que vêm exatamente sobre isso, né... é... sobre as ostomias todas, é aí, é, por enquanto o que é domiciliar não tá nessa classificação porque isso é material, então não tá nessa classificação, mas tem um projeto de lei pra ser aprovada semana que vem e a gente tá acompanhando a tramitação desse projeto. É... isso daqui é uma discussão que a gente tem já de longa data, né, antes

vinha a Saúde Suplementar tenha ou não que pagar acompanhante, essas leis não cabem a saúde suplementar, só cabem ao SUS, a gente resolveu isso parcialmente na 167, aí veio a discussão do que que é cobrir acompanhante e aí a, é... dormir e comer, tá bom, se for comer, comer o que? Café da manhã, almoço e janta, socorro, né... daqui a pouco eu estou dizendo o cardápio, mas é isso tá chegando o tempo inteiro isso, então a gente vai deixar isso fechadinho nessa RN pra não ter mais esse tipo de problema. Aqui a gente volta pra odonto e aí se a gente ainda tiver alguma coisa pra discutir a gente pode ir parando eu vou passando um pouquinho mais rápido, Ok? Imperativo clínico, de novo não, socorro. Benício (risos). Vou voltar na definição, tá, pera aí. O imperativo, vou ler a definição, o Imperativo Clínico caracteriza-se pelos atos que se impõe em função das necessidades clínicas do paciente com vistas a diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção. Essa foi a definição que ficou. Só um minuto, o microfone. Aqui, aqui primeiro.

- Benicio - É... tem uma parte aí que você que foi parte na primeira etapa, que fala no que diz antes da internação e teria que passar por outro profissional pra dar uma consulta prévia, é, antes dessa internação, tá em algum lugar por aí que eu não sei aonde é.

- Martha - Tá aqui, ó, o que a gente escreve é o seguinte, a gente vai reescrever o conceito que foi aquela definição

que eu li lá e que a indicação do imperativo clínico poderá ser definida mediante mecanismo de regulação, o que que eu tô dizendo com isso? Eu tô definindo o que que é, eu tô dizendo quem pode pedir e tal, o que eu tô dizendo é o seguinte, que foi a maior discussão que a gente teve aqui, é... você tem que ir colocar na RN que toda vez que for imperativo clínico, hipertensão, diabetes, sangramento, não importa, o médico tem que dar um laudo. O que eu tô dizendo, é isso é um mecanismo de regulação, se vai existir essa consulta médica antes da odontológica, fique tranquilo, pode fazer desde que exista esse médico, não vai pedir pro paciente pagar um médico. Não pedindo, ok, mecanismo de regulação.

- Benício - É, na realidade, a minha proposta...

- Martha - Mas a definição tá lá...

- Benício - É, mas só que ela acaba ficando no meu entendimento um tanto quanto aberta nada contra outro profissional de saúde que possa interferir. A nossa preocupação aqui é que, é... o, o acesso a dificuldade ao acesso pro usuário é com certeza com clareza ele vai existir, ou seja, dentro do imperativo clínico o paciente precisa se internar de uma certa urgência, né... e, quando procurar, quando ele procurar, for tentar se internar vai ser, ora, como foi sugerido por algumas operadoras aí que ele teria que ir procurar o médico para lhe dar pra solicitar a sua internação, com certeza, se foi sugerido

aí já por algumas operadoras isso, com certeza, no momento que elas vão pra microrregulamentação, elas irão colocar esse impedimento, com a colocação desse impedimento, o usuário será o mais prejudicado e irá criar no mercado uma confusão maior do que está hoje, tá certo? Que hoje, quer dizer, se tem alguma confusão em relação a esta dificuldade, eu não sei, tá certo? Agora eu só sei que do jeito que está aí é a proposta, com certeza nós iremos ter algumas dificuldades no mercado e o usuário irá ser o mais prejudicado, até porque é um direito dele ao internamento, ser internado e ele vai ter essa dificuldade, aí vão dizer, ora ele, se o operador quiser pagar outra consulta, beleza, ela pode pagar, só que financeiramente pra ela é melhor pagar ou é... ter dificuldade no acesso que o paciente tenha dificuldade a esse acesso é melhor pra ela do que pagar uma consulta, porque muitas pessoas irão deixar de procurar essa internação ou irão pagar, em função da dificuldade encontrada e da urgência, então, a nossa sugestão é que a gente rediscuta que a ANS agência uma definição é dela como era anteriormente, é... dentro do limite mais abrangente pra que essa dúvida no mercado não fique.

- Martha - Deixa eu só colocar uma coisa. Hoje, já é assim Benício, assim, hoje a definição está um pouquinho diferente, a gente só melhorou, mas a gente acha que não mudou e hoje esse mecanismo de regulação já é alguma coisa

que deve ser praticado, eu não conheço todos, não conheço muitos, já deve ser praticado e que a gente não diz que é proibido, então, hoje já é assim, o que a gente está dizendo, aí eu não vou votar isso numa resolução. Na resolução não vai tá que tem que passar pelo médico primeiro. É só isso que eu tô dizendo e o que eu tô dizendo é hoje já deve ser assim. Agora, se está tendo negativo de cobertura, a limitação do mecanismo de regulação é exatamente essa, não pode dificultar acesso, dificultando acesso não é mecanismo de regulação, é negativa de cobertura e aí é um auto de infração e ai caí no mesmo exemplo que eu dei antes, que é antes de ir pro gastro, tem que passar pelo clínico, é exatamente a mesma coisa. Eu não sei o seu nome.

- Ivan - eu só ia dizer

- Martha - Ivan você é da onde?

- Ivan - da Unidas, da Diretoria Técnica da Unidas, a definição de internar-se não é propriamente do paciente ou do usuário, é do profissional que resolveu internação dele, o médico, no caso ou o odontólogo. O mesmo procedimento médico ele é regulado para internar né... é... existem critérios e as operadoras têm é... digamos, assim, procedimentos regulatórios pelos quais elas concordam com a internação ou não concordam.

- Martha - Ricardo

- Na primeira vez, eu não me identifiquei, Ricardo da ABO Nacional. Eu acho assim que a gente não pode retroagir, se existe a regulação já, de forma nenhuma a ANS poderia deixar essa coisa de, porque teve uma hora ali que ficou dúvida a primeira parte, onde, assim, a operadora pode fazer isso ou pode fazer aquilo. Eu acho que não deve ser assim. Senão é como o Benício disse, assim quem vai ser prejudicado é o usuário e as prestadoras, então, assim é complicado, eu acho que a ANS tem condição de regular isso aí, deixar claro essa coisa e a gente não pode interferir na autonomia profissional das pessoas, não existe isso, existe um limite né... os limites profissionais feitos pelo CFM, CFO, onde isso daí está muito bem esclarecido, tendo algumas confusõeszinhas micro mais acho que o macro está bem resolvido e que a gente não pode deixar isso passar em branco de uma forma que tenha dúvida, assim, eu posso ser internado ou eu não posso? Ou não, tem que passar por um médico, tá... eu queria deixar...

- Martha - ok, então, olha só, os artigos que ficam são esses aí, eu vou deixar o Roberto e o Ronei falar, deixa eu só ler os artigos que ficam tá? Cobertura de estrutura hospitalar necessária a realização dos procedimentos odontológicos, passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo fornecimento de medicamentos, anestésicos e gases medicinais, transfusões, enfermagem,

alimentação, durante períodos de internação. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõe em função das necessidades clínicas dos pacientes, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção. Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados. São esses os artigos. Ok? Ronei, Roberto.

- Roberto Velasquez - Federação Brasileira dos Hospitais. Se o imperativo clínico é determinado pelo médico ou pelo dentista, não há por que ele está subordinado ao julgamento do auditor da operadora. Ou é a ação do médico e do dentista aí fica cerceada sempre pela atuação do supervisor. Eu não concordo com a redação que foi feita e não concordo, principalmente, com o que foi dito que é... a microrregulação impõe que essa determinação do risco passe pelo julgamento do auditor da operadora.

- Martha - ok. É..., na verdade, isso consta de contrato Roberto, assim, quando você enquanto médico ou Roberto enquanto dentista e o hospital e o paciente quando compra um plano de saúde, nesses contratos, tanto do hospital quanto do prestador, quanto do beneficiário, nesses três

contratos tem que ter lá, passível de auditoria. Se não tiver isso escrito no contrato não vale né... então, assim, quando esses três entes estão assinando esse contrato, eles estão concordando com a existência dessa figura que é o auditor, né... então é bom a gente também prestar atenção no contrato.

- Roberto - Acontece Martha que essa figura do auditor, ela está subordinada a uma resolução do Conselho Federal de Medicina. O auditor tem o seu papel legal, mas também não pode exorbitar e o que tá acontecendo atualmente é... a gente tem brigado por isso na questão da contratualização é exatamente o papel exorbitante exercido pelo auditor hospitalar das operadoras. Se a gente colocar isso aí especificamente em algum lugar, a gente tá aumentando em muito esse poder.

- Martha - Concordo com você, por isso que isso não entrou na resolução, exatamente por isso.

- Roberto - Mas entra sub-repticiamente.

- Martha - E aí, assim, a gente tem pensando outros mecanismos pra dar conta disso que a gente tá chamando de mecanismo de regulação, que hoje está previsto numa resolução que é a Consul 8. Então, até o final do ano a gente vai rediscutir essa Consul 8 exatamente pra isso, a gente também acha que em alguns momentos não é muito legal né... e aí a gente tá tentando criar alguns mecanismos pra balizar um pouquinho isso né... e aí como ah... tem várias

maneiras e aí a gente pretende usar de todas pra tentar dar conta disso. Agora é... uma discussão que a gente também, também quer ter, eu não sei se é nesse momento aqui do "rol" né... porque eu acho que é uma discussão muito maior até e aí a gente vai tentar fazer isso até o final do ano.

- Roberto - ok

- Marta - de novo?

- Ronei - da Unidas. Eu sou odontólogo e eu acho que tá tendo um pouquinho de confusão aí. Na verdade, o que a gente tá dizendo aí no artigo é que poderá existir ou não. O odontólogo pode, na verdade, prescrever e a regulação da operadora deixar passar direto né... não, tá dizendo se vai, na regulação a operadora vai poder chamar outro profissional, etc., não precisa ser o auditor, pode ser um outro médico, o paciente também pode ter intercorrência de ordem é sistêmica e o dentista pode encaminhar direto pra internação e a operadora pode dar a oportunidade dele fazer, senão ele poderia falar não, eu estou dizendo que é pra fazer e vai internar, porque está dito que eu interno e a operadora não tem o direito de e o paciente não tem o direito de né... ter uma segunda opinião ou não. E eu acho que é um critério para o paciente, para assegurar a saúde e a integridade do paciente que ela tenha direito também a uma segunda ou terceira opinião. Então, eu acho que é nesse sentido e não no sentido de cercear o dentista de fazer a internação ou não, não é? É só no sentido de resguardar.

- Martha - ok. Isso eu queria lembrar de novo, assim, os três artigos que vão constar sobre isso são esses três ok? É essa oh... é a Alínea A, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõe em função das necessidades clínicas do paciente, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção. Então, são esses três artigos que vão constar da RN ok? Eu. Eu não posso.

- Alberto - da CMB, uma dúvida que você falou aí a respeito da regulação né... se não estiver prevista em contrato, não pode haver a regulação, isso você fala da auditoria médica.

- Martha - Mecanismo de regulação.

- Alberto - Então, mas aí não confunde um pouco com auditoria também? Você não dá...

- Martha - Mas então, a auditoria é um mecanismo de regulação, o que deve estar previsto no contrato.

- Alberto - Então, mas se não existir contrato não pode ter auditoria médica? Mesmo ela sendo uma, não é isso que você está querendo dizer não né?

- Alfredo - pera aí. Acho que nós estamos discutindo duas coisas aí. Uma coisa é a questão da auditoria médica posterior pagamento,, etc. não é isso que eu estou falando. Eu to falando é da anterior

- Alberto - Até prévia mesma, pras indicações que são feitas, mesmo pra você saber se tem exames que procede ou não pra poder indicar um procedimento ou não, isso é feito normalmente.

- Martha - Porque existe no contrato. Todo mecanismo de regulação ele está previsto em contrato. Você pode resgatar os seus contratos que você vai ver. É... você me autoriza a exercer perícia, a ler o seu prontuário, tá tudo isso escrito nos contratos.

- Alberto - Então não é

- Martha - (risos) Provavelmente, você tem uma cláusula contratual que te diz isso. Tá? É... aqui é o outro artigo, nas situações de imperativo clínico, os honorários e materiais utilizados não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar. É... aqui é a cobertura é obrigatória dos procedimentos considerados especiais, então, mesmo pessoa tendo a segmentação só hospitalar, ele tem alguns procedimentos da ambulatorial que são considerados especiais, a gente não mudou. Quer que eu volte?

- Rosangela(?) - É... eu tenho uma dúvida quando fala como vocês associaram a questão dos transplantes, se a legislação, eu acho que foi é... porque que a hemodiálise também não tá ali citado, a RDC 154 que é da Anvisa, que ela vai dar essas diretrizes

- Martha - Posso passar aqui? Pode? Vamos lá? Então, vamos. É... esse artigo aqui é o que fala de tratamento clínico ou cirúrgico experimental. Ele teve um monte de contribuição, é... existia alguma coisa é... existe uma definição pra tratamento clínico ou cirúrgico experimental e a definição

é essa. Nessa definição é... as fases 1, 2 ou 3 de um medicamento, por exemplo, é... ele é considerado experimental por uma definição global, pela Anvisa, em alguns momentos ela dá registro para alguns fases 2 e 3. Então, isso tava conflitando na mesma definição a gente colocava fase 1, 2 e 3 e a gente colocava obrigatoriedade de cobertura, se registrado na Anvisa, então, a gente tirou, aquela, o que estava conflitando, a gente manteve o nosso entendimento, acho que tem que ser o registro da Anvisa que vai balizar isso. A gente recebeu algumas contribuições também sugerindo que a gente fizesse uma definição do tipo pra OPME e a gente contemplou isso em outro artigo, ok? E aí a gente já marcou uma reunião também no CITEC pra discutir como que a gente vai alinhar uma coisa a outra, então, a gente participa do CITEC né... a gente tem voto, tem assento, são deliberadas coisas lá né... seja por incorporação ou não e a gente ainda não trouxe essa discussão, efetivamente, pra uma regra nossa, então, a gente vai discutir um pouquinho isso.

- Martha - Porque aqui é só cobertura, então, eu to dizendo pra operadora, você é obrigada a pagar hemodiálise, pronto. E aí o prestador é que está submetido aquelas regras da hemodiálise da Anvisa, uma outra coisa.

- Rosângela - Mas isso já está implícito?

- Martha - Tá. Totalmente.

- Rosângela - Porque a gente tem problema de falta de nefrologista, por exemplo, quando vai para uma unidade...

- Martha - Sim, a gente tá regulando, coisas diferentes. É o que eu estou dizendo, operadora, você é obrigada a pagar. Outra coisa é como o serviço vai funcionar.

- Rosângela - É... como o serviço vai... tá.

- Martha - É.

- Rosângela - Tá bom.

- Martha - É... aqui de novo a gente substitui o termo. Tô passando hein gente. Ok? Isso daqui já existia na Consol 11, mas existia num Artigo Único e tinha muita dúvida a interpretação. Então, cada um interpretava esse artigo de um jeito, que é a da coparticipação em casos de doença mental, de saúde mental e aí a gente só reescreveu, dividiu, o Fabiano tá aqui, eu também, a gente reescreveu tentando é... deixar um pouquinho mais claro tá? Vocês querem que eu leia? A utilização de mecanismos de regulação nas internações psiquiátricas deverá obedecer as seguintes regras: Se o contrato prevê coparticipação crescente ou não só pra psiquiatria, só pode acontecer depois de 30 dias no decorrer de um ano e se ele prevê para tudo, ele vai seguir a mesma regra pra tudo. Isso já existia e a gente só reescreveu porque tava ambígua. É... definição de pós-parto imediato e a condição de acompanhante é... então, a gente coloca ali o que que o pós-parto imediato e tinha uma dúvida enorme do que que era esse acompanhante, a gente

reescreveu que é um acompanhante indicado pela mulher, enfim, ok? microfone. Pode falar Roberto.

- Roberto - Esse caso aí de acompanhante em mulheres em trabalho de parto, isso aí é motivo de uma lei específica, quer dizer, é obrigatório que a mulher possa indicar um acompanhante no pré-parto, no parto e no pós-parto, sendo assim, não cabe numa resolução normativa que você estabeleça condições pra isso. Isto é, desde que o médico e ou a equipe do hospital concorde com a sua presença, isso aí tá limitando uma lei, eu acho que não cabe numa resolução.

- Martha - Tá bom, na verdade deve ter ficado escrito complicadamente. Na verdade, o que que é? Todas as outras também já existiam leis, estatuto do idoso, estatuto da criança e não tinha cobertura, porque todo mundo lia e falava assim: para o SUS, todas as leis começam para o SUS né... prá começar, então, assim, é... enquanto a gente não puser aqui não tem cobertura né... agora já cobre porque tinha na 167, mas tudo bem. Aqui o que a gente. Oiiiiii quis dizer é o seguinte e isso vale pra tudo é... se a mulher tem uma eclampsia e aí o médico acha que não tem que ter ali é isso que a gente quis dizer.

- Roberto - Então, tudo bem, desde que em condições especiais haja concordância e tal...

- Martha - ok, ok, a gente muda a redação, ok é só isso.

- (?) - É problema redacional mesmo, tá como se fosse a regra sempre o médico tem tem que ser o contrário, teria que ter uma exceção e não uma regra.

- Martha - ok, ok, a gente reescreve, foi isso, foi essa a intenção.

- Roberto - Tudo nem, mas...

- Martha - Que na própria redação da lei já tem essa previsão né? Porque o que estava acontecendo, ah não, ah é pequeno, é pequeno não vale, não cabe na regra né... não é porque o ambiente ainda não se adequou, aliás está descumprindo duas regras, a nossa e a da Anvisa, então é...é só pra dizer o único que pode dizer que não vai tá lá é o médico por alguma condição clínica...

- Roberto - Eu só dou essa sugestão é mudar da redação.

- Martha - ok. Valeu, a gente vai mudar. Alguém anotou. Ok? Você ia falar Selma, era isso? Aqui é inscrição do filho adotivo ou do recém-nascido. Vamos passar mais rápido. Aqui a gente já discutiu bastante. Aqui é pra deixar claro quem paga o que nos casos do imperativo clínico. Ok? Esse artigo é novo, nas situações que por imperativo clínico o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo 1 pra segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos. Ok? E aí é... a gente em algum momento vai ter que rever todas essas resoluções, foram

muitas que a gente revogou tá, o Fabiano, ok. Ok. Ok, ouviu Adriano? O Fabiano já marcou. Ok? Bom, é do corpo da RN era isso. É... a gente vai disponibilizar isso pra vocês, obviamente, é... eu não sei a gente ainda tem tanta contribuição assim em cima do corpo, eu acho que a gente discutiu exaustivamente, pelo menos no corpo a gente tem alguma segurança, né... e a gente manda pra vocês, pelo menos, pra vocês conseguirem botar um artigo embaixo do outro e chegar num formato final. Eu acho que a gente acabou de fazer um "coffee", a gente podia entrar em diretrizes, discutir um pouquinho antes de parar para o almoço tá? Então a gente ainda tem, Dr. Amílcar.

- Dr. Amílcar - Quando você pretende mostrar os procedimentos Anexo 1?

- Martha - Então, vou falar a ordem assim, a gente começou pela RN só pra gente manter uma lógica na nossa cabeça, a RN, ela faz remissão a várias coisas da diretriz de utilização, então, agora a gente passa pro anexo das diretrizes de utilização e aí são dois, dois, duas tabelinhas que eu vou mostrar porá vocês. Uma que é a diretriz de utilização médico hospitalar e a outra odontológica e aí a gente discute as duas, assim que a gente acabar diretrizes de utilização, aí a gente entra na tabela, que são três, na verdade, seis tabelas, né... tá? Então, vamos começar diretrizes de utilização? Meninas, alguém ajuda lá atrás? Coloca primeiro a de eventos ah...

médicos. Bom, vamos lá? Essa daí eu não sei se a gente vai conseguir ler tão detalhadamente, vou passar o assunto e o que aconteceu pra vocês terem uma ideia, tá bom? Ah... gente, tá tão grandinho (risos) Lu. Isso tá ótimo, essas duas colunas já dá, tá bom, tá bom, a C Lu, aperta a C, diminui na mão gente, aperta ela, tá bom gente, tá bom, agora dá pra ler, não dá? Então, vamos lá. Isso eu estudei, isso eu sei, vamos. Então, essa diretriz de utilização de acil-carnitina, ela já existia é... a gente vem com a proposta de reescrever e a gente reescreveu, não vou ler como a gente reescreveu, depois quando vocês saírem daqui todo mundo grava isso no "pen drive" pra estudar tá, senão a gente não vai acabar hoje. É... deixa assim do jeito que tá, que eu leio a A e a E e tá tranqüilo, tá? Avidez de IGG para Toxoplasmose, a mesma coisa, a gente reescreveu, pode passar. Biópsia percutânea a vácuo, a mesma coisa, a gente reescreveu. Cirurgia pra epilepsia é uma diretriz nova, a gente teve um grande problema com esse procedimento, a gente incorporou esse procedimento na 167 e aí depois demanda do Ministério Público é pra gente restringir o procedimento, ele tava sendo usado de uma maneira totalmente inadequada e aí a gente fez um "bratz"(?) ou uma forma de ATS, não sei mais sobre isso, isso foi publicado e disso saiu essa diretriz de utilização pra evitar o mau uso, então é foi até uma coisa diferente. Volta lá pra onde a gente tava. Isso, aí passa pra baixo. É... cirurgia

refrativa, a gente reescreveu, só pra tornar um pouquinho mais claro, é... com algumas é... metodologias que vinham chegando, mas é positiva, é negativa, é inverso, é de frente, enfim, a gente deixou um pouquinho mais claro, pode passar. É... banda gástrica. Citomégalo, pulei, desculpa, a gente também reescreveu, não precisa ficar ajeitando não, pode deixar assim que eu só leio aqui e aqui, deixa lá, deixa lá, do jeito que, isso deixa assim, só vai pra baixo. Banda gástrica, a gente também reescreveu, pode. Consulta ou sessão de nutrição, a gente fez uma proposta, é mista, né... a gente tá estudando a proposta que chegou da nutrição anteontem, que o Antônio mandou e a gente não conseguiu ler, então, é uma coisa que a gente não conseguiu analisar ainda, isso já era uma proposta que a gente tinha discutido com eles, é... da gente, e aí isso é uma proposta, vou tentar me fazer entender, tá? É uma proposta de tentar juntar diretriz clínica, junto com promoção e prevenção e "rol", então, é... eu acho que as propostas que vão chegar é... não vai dar certo, vocês são loucos, pode ser, mas a proposta é a gente, deixa lá, senão eu vou ficar tonta, isso. A proposta é que a gente consiga é... começar cuidar do ilimitado igual todo mundo falou, mas trazendo pra dentro disso uma diretriz, um cuidado e promoção e prevenção, então, é... ilimitado sim, desde que essa pessoa preencha alguns critérios de, por exemplo, um programa de promoção e prevenção, então, vocês vão ler, vão dizer se

vocês entenderam e o que que vocês acham da proposta. Isso daqui é uma proposta pra gente estudar mesmo é meio um piloto pra gente ver o que vai acontecer. Pode passar. Onde eu tô, ali. É... consultas e sessões de psicólogo e ou TO, isso daqui vem lá da discussão de saúde mental, então, é a gente passa pra 40 consultas ou sessões dos dois e aí divide como for, depende do perfil do paciente, um paciente que precise mais de TO, outro que precise mais de psi, isso vai ser dividido de acordo com o diagnóstico ou perfil do paciente pra esses CIDs. Pra baixo. TO 12 pra aqueles CIDs. Dedímero, a gente reescreveu a diretriz. Dermolipectomia, a gente também reescreveu a diretriz, só pra ninguém se assustar, continua abdominal, tá bom. É... Ecoendoscopia do trato digestivo é... a Fenasaúde mandou a sugestão, a gente concordou com o tema, a gente tá analisando a diretriz pra ver como escreve, a gente percebeu e aí o Manuel não tá aqui hoje, eu não sei se vocês sabem responder isso, a gente acha que a maior parte é da Etna, eu não sei se é verdade, mas a gente vai tentar ver se é isso que cabe, se é essa a escrita mesmo, enfim, o que a gente deixou aqui é o que a gente concordou com o tema, com a proposta tá. É... e aí quando vocês forem analisar não quer dizer que o que ficou escrito na diretriz é o que vai continuar escrito, mas que, pelo menos, a gente tá sinalizando que a gente concorda que aquele procedimento cabe diretriz. Embolização das artérias uterinas, para tratamento de mioma também é

uma demanda da Fenasaúde. Vai. Fator 5 de "Leiden", a gente reescreveu a diretriz. Cadê, onde eu tava. Galactose unfosfato, a gente também reescreveu. Gastroplastia para obesidade mórbida. Hepatite B, a Hepatite B é... ela já existia enquanto diretriz, saiu uma nova portaria, então, a gente vai rever de acordo com as portarias, algumas diretrizes a gente simplesmente, citava a portaria e aí a gente resolveu captar o pedaço da portaria que, de verdade, a gente queria é... que fosse usado e transformou isso numa linguagem que pra nossa fiscalização fosse mais fácil de entender, então, o que tava muito amplo a gente deu uma restringida pra ficar mais fiscalizável, vamos chamar assim. Vai. Hepatite C, a mesma coisa. HIV, também, tava só citando a portaria, a gente faz um recorte. Implante coclear é... foi uma sugestão da Fenasaúde, eles mandaram uma proposta de diretriz e a gente redigiu uma proposta nossa, de acordo com uma portaria do Ministério que também já tinha saído, que a gente achou bem completa, então, a gente aproveitou o tema sugerido, mas a gente mudou a proposta de diretriz. É... Implante de cardiodesfibrilador, é... a gente também reescreveu a diretriz, de cardiodesfibrilador multissítio também. Vai. É implante de eletrodo para estimulação cerebral e medular também foi uma proposta da Fenasaúde, a gente está revendo como vai ficar este texto (risos), Jorge Carvalho é ótimo né... a gente entrega inclusive as pessoas da equipe assim. Implante de

eletrodo para estimulação medular vocês já viram que quando ficar pronta, se ficar ruim, vocês podem cobrar o Jorge Carvalho, que é a pessoa responsável por essa (risos) diretriz, mas, enfim, a gente concorda com o tema, a gente tá revendo o texto. Implante de eletrodo bilateral a mesma coisa. Implante intratecal de bomba de infusão de fármaco, essa já existia e a gente está reescrevendo e a gente tá aproveitando alguns textos dos ministérios que existem sobre isso, a gente viu que tinha uma parte da diretriz que a gente estava é... que já existia, que tava faltando um pedaço, de acordo com a diretriz do ministério, então, a gente tá revendo. É... "Drez" também veio uma sugestão da Fenasaúde, já era uma diretriz que a gente queria fazer é... não é uma diretriz simples de fazer, então, a gente tá revendo como é que a gente vai fazer. Mamografia digital, a gente só reescreveu e aí dessa vez a gente vai colocar a Bibliografia sim no corpo da RN, da outra vez a gente tinha colocado as referências e em algum momento a gente achou melhor tirar, agora a gente já acha que não, já tá no momento da gente deixar as referências, então, as diretrizes vão ter as referências no corpo dela. Medicamento na infiltração intra-articular, isso chegou é...de pessoas físicas e a gente recebeu um monte de demanda de pessoas físicas, é... e pedindo para deixar claro aquilo que eu falei lá, que não era só enfiar a agulha que tinha um medicamento, a gente acatou isso lá no

corpo da RN. Remoção de cabo eletrodo de estimulação cardíaca, a sugestão veio da AMB e da Sobrac e a gente está analisando e a gente vai incorporar. Sessão de psicoterapia pra outros CIDs que não aqueles que a gente falou lá em cima, em 24 por ano, depois vocês dão uma olhada no CID, então, isso daí é lá na proposta de Saúde Mental pra rede ambulatorial, a gente fez três diretrizes de utilização, uma com psicoterapia, outra com psicólogo e/ou TO e outra só TO, né! E aí a gente reviu o número de consultas a gente reviu os CIDs pra gente tentar fazer uma organização disso de uma maneira melhor. Pode passar. Sincronizador cardíaco a gente já conseguiu fazer a proposta. Vai. Succinilacetona, a gente reescreveu a diretriz. Teste de estímulo com TSH recombinante, a gente tá revendo se existe mesmo a necessidade pra isso ou não. Teste do "tilt-test" a gente já tinha uma e a gente reescreveu. Tudo que a gente reescreveu é tá muito voltado pra clarificar a fiscalização, então, às vezes estava ambíguo se era "e/ou" "ou e" "e/ou", então, assim a gente tentou reescrever de uma maneira que o fiscal que tá lendo que é advogado, ele tem que entender aquilo que tá escrito. X-frágil a gente também vai reescrever. Acabou? Bota a de Odonto agora, Lu. A gente pode discutir isso, então, pera aí, vamos parar aqui, a gente dá uma discutida nisso, desculpa, ninguém levantou o braço e eu fui em frente. Vai lá Elisa. Pode.

- Elisa - Não é que é assim, eu queria conferir a parte lá da Saúde Mental é... porque daquele dia da reunião do GT existiam alguns que a gente falava assim, olha esse é psicoterapia ou TO né... tem gente que tem, vai pelo caminho da atividade e que é um tratamento em Saúde Mental, enfim, né... e daí não vi contemplado isso que a gente discutiu no GT naquele momento.

- Martha - Não tá mesmo, a gente...

- Elisa - Outra coisa...

- Martha - Tá.

- Elisa - Não se, você prefere que...

- Martha - Pode ir.

- Elisa - Não, então, outra coisa que a gente tinha ficado também ali de conferir os CIDs, porque era a primeira vez que a gente conhecia a proposta e aí conferimos CID e não sei se o momento é agora ou não de colocar o que eu acho que a gente avaliou e tá de fora. E acho que tem uma outra coisa, que é assim, é... em alguns lugares é... assim, como tem lugar também ali onde tá, eu tô vendo ali, terapia ocupacional continua assim terapeuta ocupacional ou né... lembra? A gente fazia essa discussão lá no dia do GT e daí acho que tem depois também fazendo as contas alguns lugares aí onde é 12 e lá onde é 24 que do ponto de vista do atendimento ao que o usuário tinha direito, ele perdeu, ele não ganhou né? Você imagina que ele tinha 12 depois da crise, mais 12 de psicoterapia, mais 6 de TO, ele tinha 30

e tem 24 agora, entendeu? Eu estou pensando nessa perspectiva, como é que a gente chegou a isso.

- Martha - Tá.

- Elisa - Então, de novo naquela mesma lógica da discussão que eu fazia, a medida deveria ser a necessidade tá, daí a gente sempre tem o número, porque que e 14, 12, 24 e não 115, uma ou 10, entendeu? Então é... como é que a gente chega nesses números, que na nossa avaliação deveria ser na medida da necessidade, tudo bem. Em não sendo, eu acho um problema a gente diminuir, não tô dizendo, para... se você pegar a conta, se eu olhar aqui com o olhar, a não, mas eu tenho agora 40 de atendimento de psicologia, não, mas eu não estou pensando nessa perspectiva, eu tô pensando assim, o usuário podia usufruir de, no mínimo, 12, se ele tivesse depois da crise, mais 12, mais 6, dava 30, nós estamos chegando em 24, 12, tem um problema, eu acho, entendeu?

- Martha - Tá. Então vamos lá. É... sim a gente também acha que deveria ser é... na medida do possível a boa indicação de novo eu acho que a gente ainda não está nesse momento, então, eu acho que isso ainda é necessário, é... sim, foram feitas algumas propostas aquele dia, a gente ainda não incorporou, na verdade, a gente não recebeu isso ainda, a gente estava esperando vocês mandarem os CIDs e mandarem a compatibilização dos CIDs dentro de cada proposta, eu não sei se você já tá com isso aí hoje prá gente poder receber, pra gente fazer essa adequação e é... e outra coisa que

você tinha perguntado, eu acho que não por quê? A gente não perdeu, eu acho que não perdeu, a gente fez exatamente essas contas, não dava pra perder, então, quem já tinha 12, mais 12, mais 8, tem que ter mais do que 30 né? E aí é... vem uma pequena diferença que a gente acha que primeiro, breve de crise praticamente não existia né... porque era uma definição muito ambígua e tal e que a gente tem certeza que existia pra aquele grupo dos 40 que, de verdade, é quem surta né... então, a gente colocou a breve de crise nesse grupo que a gente acredita que era o identificado como surto, identificado como emergência e que era o identificado como o breve de crise que tinha direito a essas 12. Aqui a proposta que a gente trouxe pra discutir né... isso ainda está sendo discutida é... e a gente precisa receber não só da Elisa, mas de todo mundo é... primeiro, a compatibilização dos CIDs isso é uma coisa importante pra gente ter o "feedback" de vocês, esse CID que está aqui é o CID do cara que realmente precisa de psicoterapia ou esse cara não tinha que tá lá naquele grupo que precisa de TO, mais psi, entendeu? Então, assim, essa coisa da diretriz que a gente construiu né... na verdade foi uma diretriz construída várias mãos que não é uma diretriz que tenha referência igual a outra, a gente vai lá e pega do não é. A gente não pegou da AMB, enfim, é uma diretriz que a gente construiu e aí a gente precisa que vocês também ajudem um pouquinho nessa construção, tá

aberta pra gente discutir de verdade, lembra Elisa? A gente tinha, tava esperando vocês mandarem, a gente até falou nossa eles, vocês foram os únicos que acabaram não mandando, né... depois daquele dia do grupo que a gente fez a discussão dos conselhos, então, a gente tá aqui pra discutir mesmo. Alguém tem alguma outra?

- Elisa - Daquela reunião lá de específica da Saúde Mental eu tinha entendido diferente, não tinha entendido que a gente ia mandar, eu tinha entendido que vocês estavam recolhendo ali as dúvidas, questões que iam elaborar de novo, pra gente rever agora, aqui como tinha ficado no dia da consulta pública, antes de ir pra consulta pública. Mas tudo bem, assim, então, tô com a preocupação que o que vai pra consulta pública dá uma direção né... e aí é... então, entendi que tem que mandar por escrito, daí é quando? Assim...

- Martha - É... a gente vai botar em consulta pública em setembro, então, a gente ainda tem um tempo micro pra fazer isso, mas dá pra fazer. Agora, é... eu acho que a gente tá aqui discutindo todas, não é só essa, eu vou contar no final da reunião o que que a gente pensa, eu acho que a gente tá jogando milhões de informações na cabeça de vocês e vai precisar de um tempo de processamento que a gente também já pensou nisso, né! Então, a gente vai deixar esse material hoje com vocês e vai combinar um tempo de processamento pra isso, então, acho que isso vai acontecer,

eu não sei se ninguém, alguém consegue até ter alguma opinião em cima de alguma outra diretriz que a gente passou, se foi tudo muito. Dr. Amílcar.

- Dr. Amílcar - Com relação à diretriz de genética, você, o que você diria? Que tem uma lista deste tamanho que nós mandamos, pois é dr. Amílcar, o senhor viu que pelo meu riso nervoso que eu não consigo dizer nada né... é... na verdade, genética é o nosso calcanhar de Aquiles, isso vai ficar gravado, socorro. É... a gente não conseguiu definir nem diretriz de utilização nem procedimento na tabela, é a única especialidade que tá parada e aí a gente tá formando um grupo da gente com especialistas e tal pra dar uma discutida nesse assunto, porque hoje é o problema né... assim, o problema de segurança, de revisão de tabela e de revisão de diretriz. Então, de genética a gente vai ter que sentar pra conversar não só o que existe, mas o que vem pela frente e como que as coisas estão se organizando, porque cada vez que você mexe num procedimento genético, o povo inventa 59 né... então, a gente vai ter que dar uma organizada nisso.

- Dr. Amílcar - A proposta é realmente era formar um grupo específico que nós poderíamos também participar a sociedade e vocês, né?

- Martha - Claro, claro. Fono, esqueci seu nome. Cláudia.

- Cláudia - (sem microfone) Inserida dentro da questão do implante coclear e aí...

- Martha - Não, na verdade, a fono tá na tabela, tá na tabela.

- Cláudia - Tá. Tá bom. Obrigada.

- Martha - A gente vai passar daqui a pouquinho. Podemos? Então, diretriz de odonto. Quem bota lá? Vamos lá? Tá bom, tá bom, vocês estão lendo? (risos). Então, aumenta um pouquinho. Tá bom, tá bom, dá pra ir. Então, vamos lá, a gente recebeu a proposta é aqui, às vezes, têm várias entidades ou várias propostas do mesmo procedimento. Então, aplicação de carióstático é... algumas partes a gente que já concordou, outras a gente ainda está analisando como é que vai fazer, então, meninos? Vocês estão me ouvindo? É... então, aplicação de carióstático a gente acatou como tratamento provisório, visando interromper a atividade da cárie, deve ser seguido de um tratamento restaurador associado a um programa de promoção de saúde, o resto a gente tá analisando pra ver como é que vai inserir na diretriz de utilização, que agora os meninos deram um nome, se chama "duti". Diretriz de utilização, volta. Condicionamento em odontologia é... aqui tem várias propostas, propostas da Fenasaúde, proposta da ANS, algumas a gente acatou, outras não, a gente vai deixar isso com vocês. É... panorâmica de mandíbula e de maxila. Restauração e coroa provisória. Reabilitação com restauração metálica fundida. Reabilitação com coroa total metálica. Vocês estão, pelo menos sabendo os procedimentos

(risos). A gente pode passar mais devagarzinho. Reabilitação com coroa de jaqueta, resina acrílica. É pra deixar ele ansioso, pra ele estudar em casa. Reabilitação com núcleo metálico fundido. Coroa de acetato e resina em odontopediatria. Coroa de aço. Capeamento pulpar direto. Isso, é... eu não lembro condicionamento, acha aí Felipe. Vamos lá, vamos dar um exemplo. Primeiro (risos). Vocês não se decidem, antes tava muito devagar, agora tá muito rápido. Oh... Condicionamento, vamos lá, deixa eu tentar explicar a tabela, pra vocês conseguirem é... dar palpite em casa. O que que a gente colocou, a gente colocou procedimento, cadê aquela que funciona. Oh... condicionamento, quem fez a proposta? Fenasaúde, a proposta era tem várias propostas tá, colocar como limitação crianças até seis anos, a gente tá avaliando, ela propôs, sem história prévia de tratamento odontológico. Proposta da ANS, história prévia de ok? Aí vamos voltar prá cá. Fenasaúde propôs: realizado exclusivamente por odontopediatra com registro no conselho. Nossa proposta, não acatar. Fenasaúde: até duas sessões. Proposta da ANS, até três sessões.

- (?) - Não, entendi a tabela, eu entendi, tranquilo. Eu quero saber se a proposta da Fenasaúde está em discussão ou...

- Martha - Claro, tudo isso daqui é discussão e a gente já está inclusive colocando o que que a gente concordou, o que que a gente não concordou.

- (?) - E você vai passar todas e a gente depois é que vai...

- Martha - Vamos passar todas.

- (?) - E aí depois vai interferir no momento...

- Martha - A gente pode ir interferindo agora, aí a gente pode fazer um combinado de passar mais devagarzinho, fazer diferente do que a gente fez na médico-hospitalar ou a gente pode mandar isso pra vocês e abrir um prazo pra vocês mandarem pra gente porque é muita coisa pra ler. Agora, qual é a ideia é... um procedimento que vai ser feito né... vai ser coberto desde que se preencha uns critérios da diretriz de utilização, igualzinho a gente fez lá na médico-hospitalar, deu pra entender? Então, que sair daqui da proposta da ANS, a gente vai ter que transformar isso num texto de diretriz, ok? Eu não sei mais aonde a gente tinha parado Felipe, acho que era linha 75.

- (?) - Então, isso vai mandar pra gente?

- Martha - A gente vai fazer esse combinado agora no final. A gente vai mandar hoje, vai estabelecer um tempo pra todo mundo ver, de preferência, porque esse negócio de botar no "site", tá dando uma coisa louca. Só um minuto gente.

- Martha - Vai.

- (?) - Tem entidades também que enviaram com dois dias de antecedência, é o meu caso, e tava conversando com o representante do Sinog, a mesma coisa, seria interessante integralizar também essas outras sugestões.

- Martha - Ok. Mas aí não vai ser hoje, né... então, assim, a gente estabeleceu um parâmetro lá também que vocês não têm noção da quantidade de coisas que chegou, então, a gente falou: hoje para e aí no dia que a gente falou hoje para, dois dias atrás, a gente parou né... então, assim, não quer dizer que o que chegou depois a gente não vai levar em consideração, vamos. A nossa proposta era levar em consideração como pós-consulta pública, porque a gente também precisa de um tempo pra construir o que vai pra consulta pública, a gente pode hoje refazer um tempinho e levar isso em consideração antes, mas aí a gente vai fechar uma data mesmo, porque senão a gente não consegue consolidar. A última semana os meninos iam embora todos os dias as 10 horas da noite ninguém merece isso né... então a gente vai combinar um prazo direitinho hoje, tá? Então, ali. Então, outro procedimento, 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. É... redução de luxação de ATM, é isso? Teste de risco de cárie. É... vamos lá e aí porque que a gente colocou isso aqui em vermelho, a

gente fez essa discussão aqui na última, na última reunião, é... a gente tem uma coisa na nossa cabeça que é assim... é a técnica muito forte né... então, é a gente tem uma justificativa pra dizer que bloco e que coroa têm cobertura, porque pra mim isso é inerente ao ato cirúrgico né... pra mim GGTAP. É e aí a gente fica discutindo fora da técnica placa miorrelaxante mantenedor de espaço, que, pra mim, não tem nada de inerente a um ato cirúrgico, então, apesar disso chegou a sugestão de diretriz de utilização, a gente colocou aqui a sugestão de diretriz, mas é isso mesmo? A gente deixou no ar.

- Ricardo - Mas placa não é prótese não.

- Martha - É essa a discussão que a gente quer fazer Ricardo que a gente não conseguiu fazer na última reunião.

- Ricardo - Vamos fazer.

- Martha - É essa a discussão. Então, por isso que está em vermelho só pra gente pensar sobre isso também, tá. Eu acho que a gente não vai ter condição de passar linha por linha, se a gente fizer isso hoje a gente não chega na tabela e as pessoas vão morrer aqui dentro e aí eu acho que a gente precisa, pelo menos, a gente passou por todos os procedimentos, eu acho que a gente tem que dar isso pra vocês lerem linha por linha em casa, o Marcos quer falar e aí a gente volta e discute o que vocês já estudaram, recebe, o que vocês vão mandar, porque senão a gente não vai conseguir né... muita coisa, pode falar.

- Marco Manfredini - Coordenação da Saúde Bucal do Ministério da Saúde - Só uma proposição, acho que seria importante do efeito da apresentação dessa proposta dos procedimentos odontológicos que eles já fossem com uma redação mais definida né... porque eu tava reparando aí pela apresentação que foi colocada, têm alguns itens que juntam duas ou três propostas, então, eu acho que seria importante já ter uma minuta, mais elaborada do que essa...

-Martha - Das diretrizes em si.

- Marco - É... quando fosse remetida pra apreciação acho que de todas as pessoas, até pra ter uma contribuição, porque de repente tem uma que está em análise, outra já foi acatada.

- Martha - Então o que eu acho.

- Marco - Metodologia do processo.

- Martha - Ok. Eu acho que a gente pode combinar assim, eu acho que já tem que ter o material na mão prá pelo menos ir pensando, então, acho que hoje acho que todo mundo sair daqui com tudo, com a pasta inteira, do corpo das diretrizes. Em uma semana a gente manda pra vocês mais fechado e aí vocês já vão estar construindo a crítica e vão poder criticar também o mais fechado e a gente dá sei lá, duas semanas pra todo mundo mandar de volta pra gente, senão não tem consulta pública esse ano, a gente fica maluco. Tá bom? Bom, são 1h10, eu acho que a gente podia parar agora, almoçar e aí a gente volta pra tabela. São

dois temas, cada uma com três tabelas, são seis tabelas, então, a gente volta, assim, todo mundo toma bastante café, pode ser 2h? 2h15, prá dá uma hora de almoço certinho, 2h15.

- Martha - ...Em forma de tabela, a gente manda pra vocês a proposta final, final mesmo, que vai pra consulta pública vai ser passada pela colegiada e tal, só pra vocês terem um acesso anterior que é justo, que a gente construiu isso em conjunto. Pode ser? Então vou repetir as datas tá? Hoje, quem puder já leva no "pen drive" é... quem não tiver, a gente mandou um "mailing" essa semana com uma apresentação, todo mundo recebeu? Então, todo mundo tá no "mailing". Se alguém não recebeu, deixa o e-mail aqui hoje pra gente acrescentar nesse "mailing", porque esse vai ser o "mailing" que a gente vai tá usando que deu certo, tá? É... então, amanhã a gente já pode, amanhã é sábado né... segunda-feira a gente já manda o que tá aqui hoje, só pra quem não conseguiu gravar. No dia 17 de julho, a gente manda o consolidado, que é o que? A diretriz formatadinha, aquilo que foi sugerido aqui hoje, só um minuto Geraldo, no dia 31 de julho é o último dia pra vocês mandarem as sugestões pra gente antes da consulta pública, porque tudo que entrar depois desse dia é... vai virar consulta pública, tá bom? E aí gente, manda por e-mail que facilita horrores a nossa vida, o que chega por papel vai pro outro protocolo, com certeza vai furar o prazo, vai furar a data

a gente tem que transformar aquilo de alguma maneira em meio magnético, então é, por favor, e-mail ajuda, e no dia 14 de agosto a gente manda pra vocês uma prévia, que é o formato final da consulta pública só pra vocês terem um acesso anterior, pode ser assim? Geraldo queria falar. 14 de agosto a gente devolve pra vocês a proposta que vai pra consulta pública, tá, é... os dois funcionam, a gente consegue captar mais rápido o gt.rol@ans.gov.br porque no ggtap.dipro, chega tudo da gerência, então, até a gente catar o que que é "rol" e separar da mais trabalho, então a gente consegue é... achar mais rapidamente o e-mail de vocês se mandar pelo gt.rol tá, então a gente prefere, é gt.rol@ans.gov.br.

- (?) - Aos cuidados de alguém específico?

- Martha - Só botar gt de "rol" ou é consulta pública e só tem isso dentro desse e-mail, então é tranquilo, ok?

- Alfredo - É Martha só, eu só queria é... eu sei que todos nós sabemos bem disso, mas é, só pra gente contextualizar esses e-mails e esses documentos que a gente troca que isso é um documento de trabalho restrito a nossa atividade, né. Muitas vezes isso daí termina indo parar na imprensa aí se pinça determinadas coisas que a gente tem discutido etc. e isso dá um trabalho danado pra gente é... ter que ficar explicando, etc., eu sei que todo mundo é... sabe trabalhar dessa forma aqui, mas como isso é um documento de trabalho que precisa circular e a gente não tem como travar esses

documentos em pdf pra poder facilitar a edição de todos nós, eu só pediria um cuidado na hora de circular isso pra não, é, mandar pra aqueles "mailings" de é... sei lá, todos nós temos um monte de "mailing" que mandam pra mais de mil pessoas e isso daí a gente perde totalmente o controle e aí vai pra imprensa e dá um trabalho danado pra explicar e qualquer coisa dessa pode pinçar frases e... mas só, só um cuidado a mais aí pra gente, dá menos trabalho pra gente depois né.

- Martha - Por outro lado a gente tem total noção que isso é uma construção conjunta, então, é uma responsabilidade conjunta também né... a proposta não é só nossa, tá saindo do grupo, então, acho que o grupo tem a, tem que ter acesso a esse material e aí eu acho que todo mundo consegue entender a importância, se a gente tivesse já começado a falar, isso já estava no mundo há muito mais tempo e a gente tá segurando porque a gente não acha adequado né... que isso caia no mundo antes da gente ter segurança do que gente tá fazendo, vamos lá? É... a gente vai mostrar seis tabelas, tá? Adequação, exclusão, inclusão, tanto de médico-hospitalar quanto de odontológico, eu não tenho a menor pretensão de passar por 6 mil procedimentos aqui, nenhuma, ainda bem né Zé, é... por outro lado eu vou pelo menos explicar a lógica disso que a gente construiu e isso vai estar disponível pra vocês, pra vocês darem uma olhada, ok? E vou falar obviamente as principais coisas, porque

senão vocês acharem que o que vocês deveriam achar no meio disso tudo vai ser complicado. Não, tá ótimo. Adequação, adequação é uma simples mudança de nomenclatura, então, a gente recebeu um monte de proposta que, na verdade, e era uma adequação, por quê? Porque mesmo que a pessoa não localizasse que aquela demanda que ela tava fazendo era uma adequação a gente já localizava o procedimento e já comparava nomenclatura pra ver qual era a mais adequada, tá, então nessa planilha tem como ver, Felipe quantos procedimentos tem aí? É... eu vou passar depois os nomes pra vocês darem uma olhada, 67 procedimentos que eram como é... solicitação de adequação, vou dar um exemplo abscesso de pálpebra pra não mudar a nomenclatura pra abscesso de pálpebra e drenagem e ai tem milhões de sugestões e milhões de motivos ou pra compatibilizar com o CBHPM, enfim, ou porque o procedimento realmente destrinchou, unificou, mudou, enfim, não importa, é... na verdade, ele não imputa uma diferença de cobertura, só uma adequação de nomenclatura, tá? E aí tem alguns motivos pra gente mudar ou não mutar e aí a gente tava colocando tanta justificativa quanto a proposta final, tá? Então, vocês vão ter acesso a essa planilha, vai Felipe. Exclusão e aí na exclusão a gente tem 46 procedimentos, a gente também coloca o procedimento é... quem mandou, qual era a justificativa, qual a nossa avaliação e qual é a justificativa pra gente acatar ou não acatar e aqui a gente

precisa, talvez seja a tabela que a gente mais precisa da ajuda de vocês, porque a gente fez uma primeira avaliação do que a gente achava né... é... e a gente precisa da ajuda de vocês pra saber não, isso realmente não é usado ou ainda é usado ou realmente faz sentido isso que você está falando, por exemplo, é... a gente tem um procedimento guarda-chuva, tipo anomalia do trato genital ao tratamento cirúrgico, esse procedimento não tá assim na AMB, como um guarda-chuva, então a proposta da AMB era tirar o guarda chuva, esse procedimento, a gente tem dúvida se todo o resto que estaria dentro desse procedimento está destrinchado no nosso "rol", isso, mas a gente tem dúvida se o que tá abaixo do título a gente tem tudo, então, é esse o trabalho que a gente precisa da ajuda de vocês, o que sobrou da conta disso ou se a gente tirando isso vai tá tirando alguma coisa, então é esse tipo de procedimento, passa um pouquinho mais pra baixo, Felipe, por favor. É... por exemplo, só volta, tá bom tanto faz, é... volta um pouquinho, ai, oh... broncografia, a AMB sugeriu é, retirar porque não consta da AMB, da CBHPM e a gente também considera obsoleto, alguém pode sugerir que não, eu ainda pago 50 broncografias por mês, é esse tipo de trabalho que a gente precisa dar uma olhada, tá? Vamos pra inclusão? Bom, é... obviamente, aqui foi aonde a gente recebeu mais, são 123 se eu não me engano, vai lá Felipe, errei muito, 237 e... e aqui a gente vai ter várias é... vários

comunicados, vamos dizer assim, várias observações ou a gente vai dizer que incluiu ou que não incluiu ou que isso não era uma inclusão, isso era uma solicitação de mudança de nomenclatura, então era uma adequação ou que isso já tinha, enfim, é... a gente vai sinalizar o que que foi aquela sugestão de inclusão tá? Por exemplo: é... 11 desoxicorticosterona, alguém pediu pessoa física, a gente resolveu acatar por quê? Porque ele deve ser incluído porque ai hiperplasia congênita suprarrenal tá relacionado esse hormônio que não tinha, como é que ele vai ficar: 11 desoxicorticosterona vai ser o nome do procedimento, passa pra baixo. É... o que que a gente resolve não acatar, o que a gente resolve acatar e quando a gente acata, como que vai ficar o nome do procedimento no final, tá? Algumas coisas estão em análise e aí tão em análise por falta de tempo total, as coisas chegaram muito perto, é... a tabela da fono por exemplo chegou ontem, a gente só conseguiu abrir, ver qual era a proposta, a gente nem leu, então tá tudo, a gente conseguiu colocar na tabela, mas a gente não conseguiu analisar, então tá em análise, então o que tá em análise é porque a gente não teve tempo de olhar ainda e o resto já está acatar ou não acatar, é... vocês vão querer passar essa pelo menos no olhar? Acho que sim né? Então, vamos lá, volta pra cima, isso, eu vou passar um pouquinho mais devagar, Felipe aí tenta ir passando por tela, sei lá, três, quatro de cada vez, tá? Igual a gente fez na odonto,

então vamos, 11 desoxicorticosterona acatar é... como eu falei, a proposta da nutrição também chegou a superpouco tempo a análise, pode passar essa tela. Tá, ablação por catéter por crioterapia é... a gente não acatou porque a gente não achou tecnologia disponível, pode passar, é... ajuste de programação de DCEI durante equoterapia a gente não acatou porque já consta do "rol", o outro procedimento a mesma coisa, foi rápido, volta só um pouquinho, aí, tá bom. É... amplificação de material genético, como eu falei, a parte da genética está toda em análise mesmo é... análise cinemática do movimento já consta do "rol", então, é assim que tá, tá? Então, tem alguma, algumas coisas em análise e algumas coisas a gente já conseguiu avaliar, é... angioplastia no IAM, por exemplo, com ou sem implante de "stent" com uso de aspirador de trombo, a gente resolveu não acatar porque não tem indiferença pra incidência de eventos clínicos, qual é a diferença disso aqui, é o tal do aspirador de trombo, ok? Então, a gente avaliou e achou que não tava no momento, é... angiorressonância de membros inferiores, a gente não acatou por quê? Porque não tem na CBHPM, é... que é uma das etapas que a gente passa durante a avaliação de tecnologia, o antigad, alguém pediu, a gente viu que era importante, incluímos, é... algumas coisas a gente não inclui porque já fazem parte da consulta ou de algum outro procedimento, né... é... tem um ali embaixo, assistência ao trabalho de parto por enfermagem, a gente

acatou, é... assistência fisioterapêutica já tava incluído nos procedimentos de educação e reabilitação, é... os de fono, como eu falei, estão todos em análise porque a gente recebeu há muito pouco tempo. Pode passar, tudo que era lógica de procedimento a gente também não acatou, tá? Por exemplo, ata de coleta de material, isso faz parte do procedimento, a gente não acatou, é uma lógica de pagamento na verdade, né... é... já constava do "rol" a avaliação clínica de área enteral é... o lupe que é um procedimento é bastante recente, ainda tem um acesso restrito, a gente não acatou é... fica difícil eu falar assim, né um monte de procedimentos, vamos lá vocês vão tendo ideia do que foi solicitado. Avaliação eletrônica do cardioensensor implantável, a gente também não acatou porque a gente acha que já consta do "rol" hum... MP marcapasso tá, avaliação eletrônica de marcapasso a gente também acha que já constava do "rol", pode passar, é... bem a gente tentou colocar a justificativa bem detalhada que é pra gente poder discutir, porque senão fica difícil também, acatou e não acatou, tem que ter um porquê, né... pode passar, ah... por exemplo, algumas coisas a gente diz um motivo da, do não acatar é... baropodometria para portadores de deficiência, a gente não conseguiu achar rede, é biofeedback com EMG para fisioterapia uroginecológica já tem biofeedback no "rol" é... ah... tem uma coisa importante que são todas as videotorácicas, então na CBHPM 4 é... o capítulo de

videotorácica praticamente não existia né Dr Amilcar, assim, tinha um erro e ai foi corrigido esse erro, agora foi incluído tudo, então, a gente fez uma avaliação de tudo que foi pra CBHPM de videotorácica e a gente incluiu nessa revisão todos, cuja videotorácica era primeira escolha, né... quando ela não era técnica de primeira escolha a gente não incluiu por enquanto, por quê? A gente acha que quando ele já é primeira escolha há muito tempo, provavelmente isso já vem sendo pago, ou já vem sendo solicitado a um tempo maior, o que diminui nesse momento é... o custo dessa incorporação, então a gente incluiu todas cuja é técnica era primeira escolha, então tem um número razoável de procedimento de videotorácica que a gente vai ter que discutir com vocês. É... tem ali oh, vídeo primeira escolha, tá, pode passar. Tem algumas técnicas muito novas que a gente não acatou por enquanto, pode passar, vai passando devagarzinho que a gente consegue dá uma olhada, é... foi solicitado é... algumas coisas que claramente já tinham no "rol" e aí a gente ficou na dúvida do que que a pessoa queria, por exemplo, colonoscopia. Colonoscopia é um procedimento que já consta do "rol" há muito, muito tempo, então a gente não sabe o que que foi na verdade essa solicitação. As consultas de enfermagem a gente conversou um pouquinho na hora da RN. Algumas técnicas de vídeos que não eram a primeira escolha a gente não acatou, como eu já falei, vai... pode parar, oi? Volta

um pouquinho Felipe, tenta localizar ali de novo o procedimento, ali, curetagem?

- (?) - Não, ali curativo nem queimados já é do "rol", mas aí qual é

- Martha - Aí, parou, curativos na extremidades em lesões de origem vascular, é... a sugestão foi da AMB, a gente não acatou porque a gente acha que já consta de curativos em geral com ou sem anestesia.

- (?) - Mas não sabe qual a intenção, não sei se o Amilcar pode dizer alguma coisa?

- Martha - É acho que é só lógica, né... a gente tem procedimentos guarda-chuva, que na hora que você faz o batimento com a CBHPM, não diretamente, você tem todos os procedimentos, mas você tem um procedimento que engloba aquele procedimento como um todo porque um tem lógica de pagamento e outro de cobertura. É... alguns doblers que são muito novos, a gente também achou melhor avaliar depois, pode ir, só para um pouquinho, é... tá bom, o eletroencefalograma invasivo, ele, apesar de não fazer parte antes, ele fazia parte de uma diretriz de um procedimento que era coberto, então, na verdade, era uma falha, ele não fazia parte do "rol" anterior, mas ele vai fazer parte agora como uma diretriz de utilização, então a gente também sinaliza nessa coluna da direita quando os procedimentos vão entrar, e de que forma eles vão entrar, como sendo uma diretriz de utilização, na verdade, é pra

dar conta da cirurgia de epilepsia que, na verdade, precisa disso, fala, então tem muita coisa que foi pedida mas já consta de alguma maneira, pode ir passando devagarzinho, é... têm alguns procedimentos que, na verdade, é... eles eram de alguma maneira incluídas em outros, mas que a gente achou importante destacar, como esse GMIGG de hepatite E, né, porque que não tem, uma falha de tabela, a gente acrescentou, é... para um pouquinho aí. É... alguns procedimentos a gente vai fazer inclusão de verdade e aí vocês vão perceber isso na hora que estiverem vendo a tabela, um deles é o marcapasso multissítio, né... é... e aí a gente vai fazer uma diretriz de utilização, a gente fez avaliação de tecnologia, já tem um monte de avaliação mostrando que ele é o único tratamento pra insuficiência cardíaca importante, ele reverte a classe terapêutica, então é... hoje ele é importante mesmo para um número muito pequeno de pessoas, então, a gente vai fazer uma diretriz de utilização é... pra não ter uso exagerado, pra não ter mal-uso, é... mais a gente acha que foi uma avaliação de tecnologia positiva pra um grupo mesmo que pequeno, então, a gente resolveu incorporar. E... para de novo. É... alguns procedimentos vocês vão ver que a gente ainda tá discutindo e aí eu acho que aqui é o lugar da gente discutir também né... é... tem procedimentos que a incorporação dele ou avaliação de tecnologia dele, é positiva, mas a gente encontra problemas em outros lugares, a injeção intravítrea

é um deles né, a avaliação de tecnologia dele, ela é praticamente indutora de incorporação né... é... ela fica ainda um pouco na dúvida, mas ela sinaliza como uma possibilidade, por outro lado, o medicamento que hoje tem registro é... ele não é um medicamento de primeira escolha nesse caso. Medicamento de primeira escolha não tem registro, o que tem registro ele é utilizado de uma forma inadequada porque ele não é comprado com essa finalidade e aí ele é utilizado de uma maneira é... quase compartilhadora, né... então, eles pegam o vidro e abrem e fazem vários, enfim, é então a organização disso é tão complicada que apesar de ter uma avaliação positiva, a gente ainda está analisando esse procedimento né... porque você pode tentar é... induzir uma incorporação que em algum momento vai ter um grande problema com a Anvisa, por exemplo, porque o Lucent, por exemplo, não tem registro, então como é que a gente vai fazer isso no nosso País. Esse é o problema da gente usar a avaliação de tecnologia de outros países né... então, a gente ainda está conflitando com coisas desse tipo. Me perdi, ah... achei. Pode ir, pode ir. Tem coisas que a gente é... tem dificuldade de incorporar mesmo, tipo lipoaspiração, enfim. Pode ir, vai. Eu vou falar isso em homenagem ao Sérgio, senão ele vai ficar triste comigo é... a hiperbárica, a gente não conseguiu incluir, uma vez que as avaliações de tecnologias todas que a gente juntou saiu o informe é... da própria

gerência de avaliação de tecnologia da agência como uma avaliação negativa, então, é... a gente vai ter que juntar mais estudos pra próxima avaliação, por outro lado, é... a gente tá analisando a incorporação do pet scan e aí como fazer isso né...? A gente tem algumas limitações para pet scan, a maior delas é a rede metabólica que dura só seis horas, enfim, todo mundo sabe dessa história, só que hoje é a incorporação do pet scan já foi feita né... vamos combinar que não tem quem não pague pet scan, mesmo que seja judicialmente e muitas vezes pra casos que não era pra pagar né... então, a gente tá é... com uma avaliação que foi feita superinteressante é... que aponta muito bem os casos pra que isso é importante, de que forma isso vai se dar, é... quais as indicações reais, quais as mais importantes e a gente tá analisando como é... construir uma diretriz de utilização pra isso até pra gente ter certeza que o pet scan vai ser usado da maneira como deveria ser e não de maneiras que não deveriam ser e que estão sendo, né? A gente já tá no momento onde hoje a má-utilização é maior do que qualquer outra coisa, então é... a gente tem a proposta de construir essa diretriz até antes de mandar pra vocês. Alguém levantou a mão. Rosângela.

- Rosângela - Me tira só uma dúvida. Quando vocês fazem avaliação não pesa, ah o usuário em si a qualidade de vida do usuário, porque tem procedimentos aqui que não são acatados, que é assim, vital pra essa pessoa é... ela ter

esse... pois é eu não consigo vincular como é que se avalia sem... excluindo a qualidade de vida do paciente.

- Martha - Tá. Então vamos lá, é tem várias etapas que a gente faz, né... então assim, é... a avaliação de tecnologia, ela foca na efetividade da tecnologia pra um grupo de pessoas não pra uma pessoa individual, por isso que os estudos têm que ser grandes com o número maior possível de pessoas e tal. E aí esses estudos são multicêntricos, são feitos em vários países, não é a gente que faz, a gente só analisa os estudos, enfim, é... existe toda uma tecnologia né... uma metodologia pra se fazer avaliação de tecnologia, isso é um ponto. Outro ponto é: hoje, eu tenho que incorporar duas tecnologias, vou dar um exemplo claro do que a gente viveu: pet scan ou hiperbárica, por exemplo, tô com essas duas tecnologias na mão, nenhuma das duas tem cobertura hoje na Saúde Suplementar né... e eu tenho que escolher uma das duas, porque se eu pudesse incluir tudo de uma vez só, seria a pessoa mais feliz do mundo e a gente não estaria aqui. Hoje, eu tenho uma revisão de literatura que me diz que o pet scan é totalmente custo efetivo pra vou chutar, porque a diretriz não está pronta pra três patologias, nos estágios definidos, ele consegue selecionar aquelas pessoas e consegue salvar vidas, tá escrito. Por outro lado, tem um estudo que me deixa em dúvida se aquela outra tecnologia que é tão cara quanto ou mais cara que, salva o mesmo

número de vidas, eu tô aqui numa agência que é nacional e que pensa na população, num sistema né... pra mim, pra esse sistema o pet scan tá na frente. Não, eu tô dando só um exemplo e aí a gente faz, todos são específicos né... assim, a gente pega 100 procedimentos e a gente tem que escolher o número possível de incorporações naquele momento, por isso que a gente tá tentando fazer isso a cada dois anos. Pra gente a cada dois anos ter é... uma nova oportunidade ou uma nova revisão do que a gente está fazendo. População, sim com certeza.

- Rosângela - Acompanhamento de índices e também de efetividade do tratamento.

- Martha - Com certeza.

- Rosângela - Porque se você, a lipoaspiração é vital pra pessoa que faz a cirurgia bariátrica, até psicologicamente você vai puxar outras coisas.

- Martha - Mas eu tenho certeza que quem tem câncer acha que o pet scan é vital pra ele e é. Né... então, assim, é... a lipodistrofia ela ainda tem problema mais grave que a gente é questionado judicialmente se a gente devia estar obrigando a não a fazer isso, se isso é ou não estético né... então, assim, a gente tem várias coisas pra gente é... pensar na hora que a gente faz essa revisão que a gente faz essa avaliação. É... a gente fez essa avaliação com muito cuidado, a gente avaliou cada procedimento e eu tenho certeza que da mesma maneira que a gente deixou de

incluir alguns, a gente incluiu o maior número possível, a gente ainda tá aqui pra discussão, vocês podem me convencer de que não, a gente não acha que pet scan é pra ser incluído agora e que agora pra ser incluído ah... sei lá né? A hiperbárica ou a lipodistrofia, enfim. Eu acho que a gente tá aqui pra discutir o que que é priorização né... chegou o momento e aí priorização em saúde, é uma coisa muito complicada, porque é muito difícil você sair do lugar que você ocupa e você ocupar um lugar é... de sistema, isso é muito complicado né... então, é... se eu tenho é... alguma patologia, eu sempre vou achar que a priorização é a minha, esse é o trabalho que a gente tem que fazer aqui né... da mesma maneira que tem degeneração macular daí fala assim problema do lucem eles tem que colocar a injeção intra vítreo, então assim.

- (?) - É... foi, eu imagino que deve ter sido considerado a organização dos serviços, tanto pra é... oxigenoterapia hiperbárica como para o pet scan, só assim, quantos pets scans e quantos?

- Martha - Tá. Tem infinitamente mais pets scans do que aparelhos de hiperbárica e a localização e a contratação deles também é mais fácil porque eles estão muito mais em serviços particulares do que serviços públicos, obviamente, a rede é uma etapa disso, aí você vai me perguntar: tem rede de pet scan no Brasil inteiro? Vou te responder não né... e aí e aí é pra ter? Não sei né... é pra que todo

mundo do Brasil tem acesso, sim, sim, se a gente está incorporando no "rol" sim né... e aí a gente vai ter que construir isso da mesma maneira como a gente constrói pra milhões de outras coisas é... por outro lado, a gente também sabe que é... outras redes são complicadas né... então, a gente tá tentando ver o que que é bom, menos pior. É uma etapa, é uma etapa, claro, é uma das etapas mais importantes é a avaliação de tecnologia, rede e como que você consegue fazer essa contratação, se a tecnologia está difundida, se não está, com certeza.

- Alfredo - Martha, Martha, preciso só fazer uma observação. É... e aí a próxima etapa que a gente não falou é quanto que isso vai custar né... e quem paga a conta, porque tem que lembrar sempre que é o seguinte, que a agência reguladora, ela tá, obviamente, no papel é... de intermediar os interesses desses três grandes atores do setor, que é as operadoras, as, os prestadores e os beneficiários e esse equilíbrio né... não é intermediar, é equilibrar esses interesses é porque se você liberar absolutamente todos os procedimentos, faz todos os procedimentos, vai ter um preço que vai ser pago por esse consumidor, que é quem paga a conta do plano de saúde, tá certo? Então assim, a gente tem que ter, claro que cada vez que a gente tá discutindo aqui e o que nós estamos discutindo aqui de incorporação é uma conta que vai ser pago por quem tem plano né... e aí é assim, qual é o

tamanho dessa conta que pode ser paga ou que é possível ser paga neste momento do que nós estamos discutindo né... então, essa não é uma discussão simples, essas contas não são fáceis de serem feitas não é... mas eu acho que a gente tem que andar, tem que avançar, tem que conseguir é... realmente é... aprimorar o máximo possível esses mecanismos que estão aqui né... é... pera aí, só pra lembrar que existe isso nesse setor né? É, por exemplo, essa questão da rede né... é... ok, a gente chega a conclusão que um desses procedimentos pra não ficar é localizando no pet scan ou na câmara, mas um desses procedimentos que a gente não tem rede ainda é no Brasil todo, o "rol" de procedimentos mínimos, ele é válido para o Brasil todo. Então, se tiver alguém internado em Manaus que precisar dum pet scan né... é... e o pet scan tiver incorporado, essa pessoa vai ter que ser colocada pela operadora num avião e aí se for avião UTI, avião UTI, mandado pra São Paulo, fazer o pet scan e voltar pra Manaus, não é isso? E quem vai pagar essa conta é a operadora, então, assim, esses custos imponderáveis eles são, eles vão é... tendo tamanhos que a gente tem que colocar na mesa essa conversa né... porque senão a gente faz um pedaço dessa conversa aqui que é aquela questão da incorporação, incorporação, incorporação. Agora isso tem um custo que tá por trás dele, que a gente tem que ver qual é o tamanho disso e o que é possível neste momento, neste momento né... o sistema, quer dizer, os consumidores aí que

é quem no final vai pagar essa conta né... é... arcar com isso né... Então aí eu acho que é o papel da agência conseguir é... é... fazer esse equilíbrio pra esse momento, daqui há dez anos, talvez, isso seja superfácil fazer né... Não, esse procedimento tá tranquilo, todo mundo faz o preço caiu, a gente consegue incorporar.

- Martha - Vamos. Desculpa.

- Ivan - Só sobre esse ponto. Por isso é que eu acho que essa outra discussão que você falou que vem mais na frente, ela precisa ser incorporada, porque é praticamente impossível incorporar tecnologia, sem também critério racional razoável é... de uso de como pode ser regulado, então, isso pode acelerar a incorporação de algumas tecnologias ou retardar porque o conjunto das tecnologias disponíveis são, são... é... é muito é extenso, então pra cada tecnologia eu acho que gente precisava, efetivamente, discutir também os critérios de usos e acessos pra onde que o pet scan é, efetivamente, é preciso eu deslocar alguém de Manaus pra São Paulo ou de onde for necessário e pra quais situações cá pra nós é uma outra alternativa, então, essa questão da incorporação tecnológica, ela precisa ser vir junto com uma racionalidade ou um conjunto de critérios de uso.

- Alfredo - É só uma observação Ivan, é... há duas reuniões atrás do "rol" eu acho que teve muita gente que tá aqui hoje presente né... é... a gente fez uma discussão que foi

o dia todo só sobre isso né... então, de manhã a gente trouxe o Prof. Marcos Bozzi, da Paulista, pra falar pra gente sobre custos, incorporação, etc., né... custo de efetividade, fez uma discussão, quem teve aqui realmente, provavelmente deve ter aproveitado muito porque foi num nível assim excelente a discussão né... e, na sequência, a gente discutiu exatamente isso que você está colocando né... é... como que no Brasil hoje, o sistema de saúde, porque aí é assim, incorporação tecnologia não é pra Suplementar, não é pro SUS, é para um sistema como um todo, tá certo? E aí não importa por onde ele tá entrando, se tá entrando pelas universidades, pelo particular, pelo suplementar ou pelo próprio financiamento público, tá entrando, então, essa discussão, ela é uma discussão extremamente pesada é... só a Agência Nacional de Saúde, é... ou só a Anvisa ou só o Ministério não dá conta disso, eu acho que o ministério tem um papel fundamental nessa é... nesse debate tem e nos últimos, eu acho, principalmente no último ano, eu acho que houve uma grande implementação nessa discussão é... no ministério, no sentido da discussão da incorporação e da avaliação tecnologia né... agora é... na nossa avaliação, assim, nossa ANS, essa discussão ela é fundamental né... se o Brasil não conseguir botar freio nisso, né, realmente planejar a saúde e dizer o que entra e o que não entra em tecnologia, né... a gente tá... a gente vira o principal

campo de prova do mundo pra tecnologias né... por quê? Porque a gente tem uma "expertise" gigantesca aqui do ponto de vista de pessoas né... de formação de gente, de capacidade técnica, tá certo? Tem um mercado monstruoso e tem um governo que paga tudo né... de uma forma ou de outra paga tudo, então, aqui é o maior campo de prova de tecnologias do mundo afora, seja de medicamento de procedimento, do que for, então, assim, tem realmente que fazer isso e todo mundo faz isso, não tem nenhum país no mundo que não tem uma discussão pesadíssima de como fazer isso. Agora no dia 15 é... se não me falha a memória é... semana que vem. dia 15, a gente faz um seminário internacional sobre avaliação e incorporação de tecnologia aqui na agência né... a agência que tá promovendo isso, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial é... no dia 14, tem uma oficina pré-congresso com os convidados internacionais venham, esqueci o nome dele, vem da, é do "Nice" em inglês né? É... vem falar sobre a experiência inglesa e faz uma oficina interna, no dia é... 15 é aberto, várias pessoas convidadas tá certo, prá tá falando, inclusive o Ministério da Saúde né... é... e o objetivo é esse né... que é uma preocupação grande de como trabalhar com essa história né...

- Martha - Só fala no microfone, por favor.

- (?) - É... complementando isso mesmo que você estava falando, é... eu entendo que quando se faz avaliação,

quando eu falo é... dessa questão da cirurgia, a competitividade quem vai pagar é realmente é o consumidor que tá pagando pelo plano, isso vai gerar mais competitividade entre as operadoras, mas o que a gente não pode deixar de lado é o tratamento integral. É... e a gente vê vários pontos na análise que a gente tá fazendo hoje que o tratamento ele fica solto, ele tem, falta alguns, eu entendi que a gente vai trabalhar a questão das diretrizes, mas eu acho que a competitividade de mercado, essa questão toda, quem tem que fazer isso é o consumidor, ele é que tem que analisar qual o plano que ele quer e vai ter melhor serviço aquele que melhor oferecer ao consumidor, essa é a lei do mercado, eu entendo assim, então dentro da avaliação, eu vejo alguns pontos nas avaliações que eles não contemplam, inclusive quando só bota assim: não acatado - não tem análise, não tem, até por que a gente tem essa questão da cirurgia é da lipoaspiração que eu to falando isso é no mundo inteiro, a gente até, hoje nos Estados Unidos, a obesidade é uma coisa faraônica, você tá tendo isso aqui e a questão da atenção básica que eu falei ontem. Ontem eu falei isso na ANS, não tá contemplado procedimentos pra questão da atenção pra prevenção, atenção básica, então, a gente vai continuar tratando doença e o conceito de saúde, ele vai começar a ficar exclusivamente para as pessoas que procurarem um plano melhor, um sistema de saúde melhor.

- Martha - Sérgio e Roberto.

- Sérgio - Ah... eu queria voltar aquele tema do que a gente tá aqui pensando numa situação e que a situação eu acho que não é só essa, acho que a gente tem que pensar também no custo social disso. Veja bem, tá lá o paciente que é diabético, ou seja, quantas pernas são amputadas, né? O custo dessa amputação vai sair de alguém, né... somos nós que pagamos o custo da amputação. Agora, esse é um custo e o custo social disso? O custo dessa pessoa que de repente não tem a perna e que poderia estar lá com a perna né... então, a gente tem que analisar é sobre esse aspecto. Quanto ao problema da rede, eu até entendo, agora, se você incrementa essa possibilidade é claro que eu acho que essa rede também vai se ampliar em função do interesse econômico, o empresário não tá lá hoje por quê? Porque não existe um incremento pra que ele esteja lá e há um momento que a gente faz isso acontecer, a gente tá disseminando também essa possibilidade, agora a minha maior preocupação é realmente é com custo social disso né... ou seja, quantas pessoas tem a perna amputada em consequência disso, quantas famílias tem um problema a mais pra ser resolvido no aspecto social, no aspecto emocional e que também precisa ser observado é claro porque quem vai pagar é a aposentadoria dele, por uma série de razões, ou seja, é a sociedade como um todo e que esse custo é efetivo e que a gente não pode descontar, ele existe.

- Martha - Roberto.

- Roberto - Olha Martha, eu concordo plenamente com todos os argumentos do Sérgio, eu acho que foram incluídos aí nos procedimentos, muitos procedimentos, eu não vou dizer quais, não interessa, que são muito menos importante do que a câmara hiperbárica, não só pela recuperação o que ela proporciona, como também pelos custos todos que estão ligados à recuperação desse paciente. Concordo também que a falta de estímulo para que esse serviço seja oferecido, contribua para que os planos, os empresários não tenham esse tipo de atendimento, mas uma vez isso colocado como mínimo é óbvio que o número de serviço deve aumentar e não se restringe só o diabético, a câmara hiperbárica tem várias outras indicações sem ser o diabético, essas úlceras angiodérmicas, esses processos todos vasculares periféricos e o resultado é realmente um resultado excepcional, então, em comparação com outros procedimentos que foram colocados, eu acho que não dá pra entender a exclusão da câmara hiperbárica.

- Marta - ok. É... a gente pode voltar a discutir isso, eu só queria lembrar uma coisa, assim, na última revisão, acho que o maior problema que sobrou foi o pet scan né... e aí a gente tinha ao contrário do que a gente tem hoje, uma avaliação positiva, que a gente tinha já na época, essa avaliação de tecnologia positiva já com diretriz, tudo pronto, ela é de 2004, ela é antiga e a gente tava com uma

rede muito pior do que a gente tem hoje, então, é... e aí parecia que o mundo ia acabar, assim, que nunca mais a gente ia poder discutir pet scan. Quando a gente veio pra essa discussão, pet scan não apareceu de nenhum de vocês, a gente recebeu contribuição solicitando pet scan da AMB e de uma pessoa física, ninguém mais pediu pet scan, por quê? Por que já é pago? Não sei. Acho que não. Pois é... e aí por que que na época era tão importante pet scan, saiu em todos os jornais? A ANS não vai cobrir pet scan e o pet scan não apareceu na nossa discussão. Por outro lado, a gente manteve a avaliação durante todo esse período, a gente buscou rede, tentou estudar pet scan, viu aonde tinha, viu quais seriam as consequências e a gente continuou botando pet scan na nossa pauta e ele apareceu aqui né... o que a gente tá dizendo é o seguinte, hoje a gente não tem segurança é... não é uma decisão única de uma gerência ou de uma diretoria, por isso que na ANS as coisas são compartilhadas também, a diretoria que faz a avaliação de tecnologia fica em outra diretoria pra não ter nem muita interferência, hoje a situação é outra, a gente tem uma avaliação de tecnologia negativa pra uma tecnologia com uma dificuldade de rede, o que não quer dizer que quando a gente tiver sentado aqui em 2010 isso não vai estar totalmente diferente, a gente vai tá com uma avaliação da mesma maneira que você vai me dizer várias pessoas morreram, centenas, porque não fizeram pet scan, pode ser

né... então, assim a gente pode estar vivendo um outro mundo e daqui a dois anos tá discutindo isso de uma maneira totalmente diferente, o que e tô dizendo é o seguinte, é... tudo que sobra de uma revisão, a gente mantém essa avaliação, essa pesquisa, o monitoramento de rede, o monitoramento da tecnologia durante esses dois anos né... é... não é uma coisa que a gente esqueça e deixa guardada na gaveta, uma vez que já não passou de uma vez, não vai passar nunca mais. É... o que eu tô dizendo é que as coisas avançam, tanto avaliação de tecnologia quanto a própria rede, quanto tudo, então, o que a gente tá falando é um momento atual e o momento atual que a gente precisa se basear é isso né e aí o que a gente recolheu de instrumentos foi isso.

- (?) - Eu queria fazer uma contribuição nessa discussão porque, assim, se do lado daqui da ANS vocês tem esta "batata quente", né... é uma "batata quente", tanto a câmara hiperbárica como a pet scan, são técnicas que têm evidências científicas comprovadas, existe aí é uma avaliação em tecnologia e saúde que á aponta um benefício no custo-benefício, no custo econômico, custo utilitário né... há estudos de custo-efetividade em andamento com relação as essas tecnologias e a gente no SUS também é... existe a solicitação, a demanda de incorporação dessas tecnologias né... e é um processo que tem que se reconsiderar organização da rede, por isso que eu fiz

aquela pergunta anterior né... tem que se considerar custo-benefício, tem que se considerar, enfim, é... todos os outros elementos que contextualizam né... essa questão, não é uma decisão fácil, é... a minha fala é no sentido de que assim, de que eu como membro né... do grupo assessor técnico da CITEC que também tô com essa demanda pra avaliar e que a gente também não tem segurança de dizer não isso deve se constar em rede e trazer um ônus pra toda a sociedade executora e a sociedade pagante dessas tecnologias, mas que, ao mesmo tempo, traz um benefício, então, é uma questão mesmo que eu acho que pode ser mais tarde ou, talvez, discutida...

- Martha - Isso é uma outra coisa que a gente se baliza, então a gente vê rede, a gente vê avaliação de tecnologias e a gente compara com as outras tabelas, as duas tecnologias são na CBHPM e nenhuma das duas estão na tabela do SUS, né... então é... eu tenho certeza que se agente, de verdade, incorporar pet scan, eu vou aumentar enormemente a pressão em cima do SUS de uma maneira inacreditável, então, tudo tem consequência, né... tudo o que a gente faz tem consequência e eu tenho certeza que a Cláudia vai encontrar uma distribuição de rede diferente, talvez, pra ela apareça mais hiperbárica do que pet scan, não sei né... então, cada sistema convive com isso de uma maneira diferente. A gente pode seguir em frente? Então, vamos, é... pode ir passando devagarzinho que eu acho que

as pessoas vão lendo. Ah... a gente chegou nas radioterapias, as radioterapias também são uma discussão muito importante que a gente tá tendo e aí a gente tá é..., paralelamente, tentando discutir com algumas pessoas, a gente fez um grupo técnico pra discussão disso com o ministério, com o INCA enfim, é... algumas é radioterapias, elas já tem uma utilização tão ampla que a gente acha importante incorporar, então, duas delas a gente tem discutido muito fortemente, uma que é o IMRT e a outra a ampliação da radioterapia 3 D, porque hoje ela já é... tem muito mais usos do que ela consta no "rol" e a gente acha que é um assunto importante, que se a gente tiver que priorizar alguma coisa, obviamente, a gente vai priorizar um tratamento né, então, é... a gente acha que a radioterapia tem um papel importante e a gente tá analisando como que a gente vai conformar isso, mas que a gente acha que vai mudar sim e que a gente vai ampliar as radioterapias. Pode, pode ir passando, pode ir passando, é tudo de genéticas, se vocês puderem contribuir, a gente aceita muito contribuições é... tem coisas que a gente acha complicado, tipo fragmentar os procedimentos de genética, isso é complicado, mas a gente tem que estudar isso um pouco melhor. Sim, sim, demais, profundamente (risos), pode ir passando. Eu acho que são muitos procedimentos, com muitas justificativas, acho que todo mundo vai ter que pegar a listinha e dar uma boa olhada. Ok. Ah..., na

verdade, tem um monte que é em análise, vocês vão poder contar porque vai tá no Excel, total..., não sei, não sei mesmo, (risos) ah... tem ali oh, os meninos fizeram, pode mostrar, já acabou a tabela, nossa! Eu não tinha visto, primeira mão, agora tem que ver também que é, o que tá não acatada, quase 100% dela é o que já constava no "rol", então, assim, a gente tem que dá uma boa olhada nisso também antes de... gente vocês vão ter toda tabela na mão, vocês vão poder reclassificar de uma maneira, eu acho que isso não é importante, eu acho que o que é importante é a gente vê o que foi acatado e o que não foi e por que não foi e por foi né... que esse é o nosso trabalho né gente. Esse daí é o trabalho dos jornalistas que a gente deixou pra depois. É... eu acho que principalmente das exclusões isso vai mudar muito, quando a gente receber as contribuições de vocês, porque eu acho que da pra excluir bem mais, ok? Então, é... gente, tá ali, as pastinhas estão ali atrás, pra vocês salvarem, quem quiser salvar hoje e já levar pode levar, a gente manda segunda feira por aquele "mailing", quem não tá no "mailing", por favor deixe o e-mail ali fora pra gente juntar é... a gente combinou aqueles prazos, então, até, já perdi o meu papelzinho, até o dia 17 a gente manda já as diretrizes prontas do que tá faltando e tal, até o dia 31 vocês mandam as de vocês e dia 14 a gente devolve, 14 de agosto a gente devolve pra vocês a proposta já que vai pra consulta pública, tá bom? É...,

na verdade, isso quando for pra consulta pública vai gerar um monte mais de demanda, é uma proposta que eu acho que foi construída de uma maneira muito nova, né..., eu não consigo lembrar de nada parecido que a gente tenha feito, eu acho que foi uma experiência bacana pra todo mundo, né, pra gente, principalmente, meninos? Tá todo mundo nervoso! É... pra gente, principalmente, poder compartilhar isso e dividir, fazer uma proposta mais consolidada é... acho que a gente ainda vai ter algumas indas e vindas, principalmente em exclusão e exclusão não tem como, mas eu acho que a gente já chega muito mais maduro e muito mais discutido pra uma consulta pública, o que é muito importante, né... e a gente vai fazer uma reunião ou, pelo menos, duas com esse grupo antes de publicar, então, quando acabar a consulta pública a gente marca reunião de novo e quando tiver a proposta final a gente marca de novo e esse vai ser o grupo que a gente vai continuar em contato pra discutir as coisas do "rol" e a gente vai trocando tudo por e-mail, ok? Obrigada gente e a gente vai mandando material, provavelmente, a gente vai ter que mandar 4 e-mails, porque vai ficar muito pesado e não vai dar pra por em um só, tá? Aí gente! É... só um minuto, o "rol" odontológico, bota lá Felipe, só pra eu mostrar como é que a gente fez, desculpa! Vocês não pediram, eu esqueci, ah... porque já tá fechado, o que é que a gente fez, pra dar menos trabalho pra quem for analisar? Da última reunião prá cá, a gente pintou em

azul o que chegou e o que a gente alterou, então, o que chegou de contribuição e o que a gente mudou da última reunião pra cá, a gente pintou em azul, então, na hora de vocês lerem vai ficar mais fácil, tá vendo? E aí tá um embaixo do outro, o que é inclusão, o que é exclusão e o que é adequação. E no outro arquivo estão as diretrizes de utilização, então, tá mais fácil de entender, tá bom? Espera aí que ela quer falar, você ia fazer uma pergunta? Não, acho que tá junto, tá junto na pastinha que o pessoal copiou, não tá Felipe no "pen drive"? Deu pra entender? O que há de odonto? Ok Ricardo? Então tá bom gente, isso também está nos arquivos, é esse aí oh... GT "rol" odonto reunião 7, esse daí apresentação 3 de julho é o tabelão, tá bom? Ok? obrigada gente, até a próxima.