

Transcrição 5ª Reunião do Grupo Técnico (GT) do  
Rol de Procedimentos, realizada em 5 de junho de  
2009

- Martha - Bom, é... tá ao contrário (está de cabeça pra baixo, eu nunca vi isso), primeiro, eu queria agradecer de novo é... a participação de todo mundo, vamos começar pra gente não atrasar muito é... daqui a 10 minutinhos já deve estar todo mundo aí, mas se a gente esperar a gente atrasa muito, né... é... hoje, a gente vai ter uma dinâmica um pouquinho diferente, então a gente vai ter três apresentações de manhã e uma apresentação de tarde, eu acho que a gente vai conseguir ouvir outras pessoas, isso vai ser muito bom pra gente também pensar um pouquinho mais né... sempre bom, então é... primeiro a gente queria agradecer a disponibilidade do dr. Marcos Bosi, é... a gente o convidou, pra fazer um pouco dessa discussão de avaliação de tecnologia, sistema de saúde, a importância disso, o envolvimento disso, como que isso está se dando é... em que grau né... então é... é bom a gente começar o dia que a gente vai falar de avaliação de tecnologia em saúde tendo todo esse panorama já um pouquinho mais mapeado, então, a gente vai é... assistir à apresentação dele, depois a gente tem como fazer um debate, depois a gente vai falar um pouquinho mais de ATS, na ANS e de tarde a gente vai discutir mais especificamente Saúde Mental, então, hoje também vai ser um dia bastante dinâmico,

né... e aí depois eu passo o cronograma pra gente se organizar, mas então a gente tem a reunião hoje, depois a gente tem a reunião dia 19, que é aquela reunião extra que a gente marcou para discutir a proposta de odonto, depois a gente tem a nossa reunião que já estava agendada 3 de julho que é a que vem a proposta que vai para a consulta pública, além disso a gente vai ter uma reunião separada na ANS no dia 20 e alguma coisa, que depois eu vou passar o "slide", que são só com os Conselhos, que também foi uma deliberação desse grupo na última reunião, então, a gente também já organizou esse cronograma, bom, é... o dr. Marcos Bosi, ele é da Escola Paulista de Medicina, acho que todo mundo já conhece né... da Economia da Saúde é... tem o diretor da AMB (risos), agora, dentro da AMB, ele está também é... na discussão de avaliação de tecnologia dentro da Câmara Técnica de Avaliação de Tecnologia da AMB e na discussão da CBHPM, então, é uma pessoa que tem tudo a ver com a discussão que a gente está fazendo aqui hoje e que a gente acha que a gente vai ter muito, muito, muito pra aproveitar da palestra dele, obrigada.

- Marcos Bosi - Bom dia, agradeço a Martha, a ANS e ao grupo aqui que lida com o "Rol" pelo convite, a ideia, se a gente conseguir endireitar aí o mundo né... das duas uma: ou ele está errado ou nós é que estamos né... ao contrário aqui seria a gente estar nesta primeira parte aqui do evento falar de avaliação tecnologia em saúde e estava agora há pouco conversando com a Martha né... do que, que a gente deveria

estar conversando talvez nessa primeira apresentação do dia, eu tinha um pouco de dúvida até por não conhecê-los bem, não conhecer, de certa forma, a representação das pessoas que acompanham o "rol" embora tivesse uma ideia e aí a discussão com a Martha foi conversa com a Martha foi no sentido de falar assim: olha de duas ou três aí que normalmente a gente acaba dentro da Universidade ou em Fórum apresentando qual você acha melhor pra este público, pra este momento já que você está acompanhando todo o processo de discussão e no final a decisão foi pra uma apresentação um pouquinho mais longa, então, eu vou demorar mais do que, talvez, era o previsto com concordância aí da Martha é... vou estar falando sim de avaliação tecnologia em saúde, mas, talvez, não tanto entrando no detalhe do que é o processo de avaliação e a decisão pra incorporação, mas sim boa parte da apresentação contextualizando a importância dela hoje no processo de decisão que envolve o sistema de saúde, então, nós vamos estar boa parte aí do texto em cada, talvez, ah... pedacinho eu vou tentar lembrar ah... a relação disso com o processo de avaliação de tecnologias em saúde ah... opa, já tem um sucesso aí que conseguimos endireitar, eu sou pra ter o "disclosure" né... eu sou professor adjunto do Departamento de Medicina da Unifesp há 10 anos nós criamos na Unifesp uma entidade, que se chama Centro Paulista de Economia da Saúde, e uma outra entidade de cunho mais acadêmico ligado a Universidade como se fosse um departamento embora seja um órgão complementar, que é o Grupo Interdepartamental de Economia da

Saúde, então tem o CPES e o Grides que vivem conjuntamente, o CPES é ligado à Fundação de Apoio à Pesquisa da Unifesp, então, uma das entidades da Fundação de Pesquisa da Unifesp, apoio à Pesquisa, e o GRIDES está diretamente ligado à Unifesp, então esse é meu vínculo acadêmico, eu também sou diretor corporativo de Relações Institucionais do Grupo Fleury, é... presente é... em algumas capitais aí com diferentes marcas principalmente na área de medicina diagnóstica, mas também com atividades hoje na área de prevenção e gestão, é... de risco de saúde ou gestão de doentes crônicos em saúde e mais recentemente, por um convite da AMB, eu to ocupando a Diretoria de Economia Médica da Associação Médica Brasileira, então, o que eu estava pensando passando aí rapidamente tem alguns "slides" que eu vou pedir desculpa eu vou ter que correr, porque a apresentação é longa, é passar um pouco por desafios do sistema de saúde, contar um pouco da realidade econômica e o dilema econômico que a gente vive hoje, entrar em alguns outros dilemas que diretamente alguns deles influenciam, dizem respeito a discussão que envolve a ATS, falar um pouquinho mais especificamente da parte econômica da avaliação de tecnologias em saúde e do processo como um todo e concluir aí com algumas considerações como eu entendo neste cenário de sistema de saúde é... são os nossos desafios ou, pelo menos, considerações, é... do ponto de vista de evolução do sistema. Primeira colocação que eu faço aqui diz respeito a esse triângulo, né... do grande desafio hoje que a gente enfrenta, que é dar acesso pra todos, ter uma qualidade

que satisfaça a necessidade ou a percepção, né... por parte de todos os participantes do sistema de saúde, inclusive do usuário, e a questão de custo que não fica fora desta equação né... é... obviamente satisfazer dois vértices desse triângulo não é muito difícil e nós temos vários exemplos aqui no Brasil, duro é satisfazer os três, e a colocação da nossa constituição com a interpretação por boa parte aí dos brasileiros é... com a saúde, sendo um direito do cidadão, dever do Estado, e a questão de limites é... muito questionáveis e eventualmente em se tratando de saúde, vida humana, a percepção, a interpretação de que, talvez, a gente deveria lutar e brigar sim e dar não sei se a gente consegue tudo para todos né... a colocação aqui que a realidade é bem distinta e hoje o que eu acredito seja ah... pelo menos um ponto aí a ser pensado e discutido é na realidade o que que nós queremos com o sistema saúde, o que a gente pode entregar com sistema saúde que nós temos, aqui um breve parênteses, né... tudo o que eu vou estar falando, indistintamente, vale para o SUS ou para o Sistema Suplementar, o processo é exatamente o mesmo, é obviamente que eles de certa forma tem obrigações ah... em posicionamento aí dentro do que a gente chama nosso sistema de saúde distinto, mas como eu acredito, pra ambos isso né, hoje eu acho que é difícil dar tudo pra todos fruto aí do tremendo desenvolvimento técnico-científico que nós tivemos aí nos últimos quatro, cinco décadas, notadamente, talvez, nestes últimos 15, 20 anos na área da saúde e fora da área da saúde, que influencia o setor

saúde, melhora ou, pelo menos, cria condições de melhoria para assistência a atenção à saúde, hoje a grande pergunta é o que nós queremos e podemos e eu acho que realmente, pelo menos, na minha concepção é muito difícil é... de fato, é ter um sistema de saúde sem restrições e aqui já tem um aspecto que ora, se nós estamos falando em alguma restrição, a gente tem que ter algum tipo de processo de avaliação e consideração, julgamento por parte de pessoas que representam o sistema, do que restringir respeitando interesse de uma maioria da sociedade, então, acredito que aqui o acesso hoje em dia ele tenha que ser com algumas restrições, que elas sejam as mínimas possíveis, qualidade que seja a minimamente desejável, né... aqui tem algumas considerações de alguma discussão, de alguma literatura já saindo até na questão do conforto, como produtor de saúde hoje em dia, né... um ambiente mais adequado dentro da área hospitalar com produtor de saúde, mas qual é o limite disso hoje em dia e conforto ele também tem um impacto do ponto de vista não só de saúde, mas do bolso, do custo, dentro do sistema saúde para aqueles que fazem a gestão do recurso, pra que que seria esse mínimo de qualidade desejável, uma questão de qualidade a ser discutida e um custo máximo suportável pela sociedade, nós vamos ver alguns números aqui do ponto de vista econômico, a gente não pode esquecer que a gente é um país em desenvolvimento com restrições econômicas e carência de recurso em inúmeras áreas, também faço um parêntese pra colocar que essa apresentação obviamente, ela perde sentido, se a gente

entrar por um caminho em consideração de atos ilícitos ou corrupção ou, eventualmente, desperdício para atender alguns interesses específicos, obviamente, em toda a minha apresentação eu vou estar considerando que isso não existe, é lógico que isso é fora desse painel porque é absolutamente é... não aceitável. Questão que eu entro na realidade econômica ou segundo o item e o nosso sistema de saúde já colocando um pouco do dilema econômico que a gente vive tem uma publicação feita em 2006 no "British Medical Journal", aonde eu coloco a questão de como conciliar né... o que eu chamei ali de tentações de consumo do século XXI com recursos e problemas do século passado e isso vale pra qualquer país em desenvolvimento e até, eventualmente, pra alguns países desenvolvidos e aqui a minha consideração é hoje graças a inovações tecnológicas que aconteceram dentro do sistema de saúde, estão acontecendo dia a dia, mas também outras inovações extremamente importante em outros setores que afetam o sistema de saúde, nós estamos, e uma mudança no mundo com processo de globalização, queda de barreiras em todos os sentidos, não só as barreiras tarifárias, alfandegárias né... permitindo uma globalização do ponto de vista comercial, mas globalização da informação do conhecimento, fruto de desenvolvimento de tecnologia de informação e comunicação, como exemplo, tem outros, é... nós estamos plugados, qualquer coisa nova potencialmente boa para o setor de saúde que surja na Holanda na África do Sul, na Tailândia, Estados Unidos, chega aqui imediatamente e viram uma

tentação de consumo para aqueles indivíduos que sofrem ou se sentem em potencial alvo desta nova tecnologia, produto ou, mesmo, serviço, eu costumo dizer tentação de consumo na área da saúde, o problema todo é que se nós formos observar o que se investe hoje em saúde quando comparado àquele país que também sofrem essas tentações, mas está lá no Hemisfério Norte a maioria deles, proporcionalmente, não estou falando em termos absoluto, estou mostrando a riqueza de cada país, a relação, a parte relativa dessa riqueza investida em saúde, corresponde ao que países desenvolvidos investiam na década de 1980 e, se nós formos observar alguns indicadores genéricos do país do ponto de vista de sistema de saúde, indicadores esses utilizados normalmente para comparar sistemas de saúde no mundo, embora não sejam dependentes unicamente de ação, desenvolvimento do sistema de saúde, infraestrutura do sistema de saúde, eles retratam um pouco o país em si, nós temos o nosso país correspondendo mais ou menos a uma década de 1960, 1970, quando comparada aos países desenvolvidos, nós vamos ver em detalhes isso daqui, hoje, esse dado é 2006, porque tem esse negocinho que é desembolso direto que foi estimado é... por esse grupo do Gilson Carvalho aqui na Fiocruz, mas já tem números parecidos né... com esse daqui pra 2007, esse daqui talvez não esteja ainda disponível, pelo menos até onde eu saiba, isso daqui é a publicação da ("Hards"14:46), que mostrou que a gente investiu em 2006, 166 bilhões de dólares em saúde, ora corrigiram o PIB, o IBGE fez algumas correções, o PIB cresceu um pouquinho, é...



2005 teve essa correção, se a gente pegar o PIB corrigido com isso que de fato foi desembolsado, nós estamos investindo hoje em termos de 7, 7,5% do nosso PIB em saúde, público e suplementar, considerando o próprio bolso do indivíduo, pouquinho mais até no sistema suplementar em torno de 40 e 55%, contra 45% e ah... no público 3,5% mantido há mais ou menos 10, 12 anos, de acordo com os dados aí da (SIOPS), Ministério da Saúde, incluindo gastos federais, estaduais e municipais da 3.5, 3.47, 3.58, tocou 3.60 em alguns desses anos, no passado, mas não sobe disso, no que diz respeito ao investimento do sistema público nas três esferas é... isso daqui, se a gente colocar junto com essa tabelinha publicada no New England... 2000, a gente tem quase que aqui o que a gente investia na média, quando comparado com países desenvolvidos investiam, em termos relativos em 1980, mas ainda interessante é que nessa tabela digno de nota né... é o crescimento percentual do investimento em PIB dos países é... desenvolvidos nessas últimas décadas né... e aqui já tem um aspecto importante a ser considerado ...por que que isso está acontecendo?... primeiro, porque alguns desses países ao longo dessas cinco décadas resolveram problemas básicos, é... tão importantes quanto saúde ou minoraram esses problemas e liberaram recurso para ser investido em saúde, aspecto importante eu vou comentar mais pra frente, saneamento básico, educação, segurança no transporte, segurança pública, que também competem por recursos e, de certa forma, desestruturação, de uma infraestrutura inadequada,

políticas públicas não adequadas nessas áreas, causam doenças que competem pelas próprias doenças por falha do nosso organismo, é... a partir do momento que você libera um pouco a necessidade de investir nestas áreas e, ao mesmo tempo, estamos falando aí em quatro, cinco décadas, que cresce a disponibilidade de conhecimento, tecnologias para o sistema de saúde, tendo tentações para os usuários e participantes desse sistema de saúde, você tem claramente uma tendência crescente, e aqui estamos falando de 4 a 5% para quase 9% em 1990, 2004 com esses países, 2007 dados recentes, 2008 se manteve estimativas extraoficiais, nós temos mais de 10, 12 países no mundo hoje investindo mais do que 10% do PIB em saúde, notadamente países desenvolvidos. Esse é o dado de indicadores, vários indicadores aqui o que que diferem as nossas barrinhas verdes e amarelas, até que estão boas com as dos outros países, semelhantes da transparência anterior ah.... o problema é que Brasil aqui é dado 2002, 2003, e os outros países são décadas de 60 ou década de 70 né... se nós formos comparar hoje os nossos indicadores atuais, talvez estejam um pouquinho melhor essa barra, mas não mudou muito em relação à década desses países ou como estavam os indicadores. Aqui tem quatro, se a gente pegar mais 10 indicadores, a imensa maioria reporta pra esta mesma diferença temporal, que que nós temos de sistemas com tendências aí no mundo e aqui no Brasil né... maior uso de sistema saúde que põe pra gente uma pressão muito grande no processo de decisão do que oferecer e como oferecer assistência

ou atenção à saúde, a questão da transição demográfica, obviamente estamos envelhecendo e saindo daquela pirâmide para virar um barrilzinho, é... queda de taxa de natalidade, felizmente, por uma série de fatores às vezes até independentes do próprio sistema de saúde, mas com a participação do sistema de saúde, estamos vivendo mais, envelhecendo, isso daqui trás consequências, o Brasil hoje, dados recentes aí da última pesquisa nacional promo... domicílio, tem cerca de 30% da sua população com, pelo menos, uma doença crônica, se a gente pegar países desenvolvidos, que têm uma média de idosos ou de idade adulta e pessoas idosas percentualmente em relação total da população maior, este número chega a 45, 47% da população com, pelo menos, uma doença crônica, doença crônica, a gente pode tentar retardar, mas de certa forma ela vai existir em algum momento, pela própria falha, de certa forma e sendo essência de ter sido usuário do próprio ser vivo nosso, tem data, tem limite, epidemiológica, transição aqui que nós estamos vivendo com uma série de novas doenças chegando, Alzheimer é um exemplo né... talvez, há 10, 15 anos atrás a gente não falava dessa doença, talvez, existisse, mas não falava, é... talvez, a gente não tivesse consciência de que era uma entidade definida, talvez, não tivesse tantas pessoas chegando tanto tempo né... vivendo tanto para demonstrar essa doença mais claramente e velhas doenças seguramente que não foram solucionadas e que afetam e consomem muito do que é produção em saúde desse país, um exemplo aqui diarreia infantil, não precisa de nenhuma

grande tecnologia pra ser evitada ou evitar a morte de quem tem em criança e hoje em dia mata muita criança em idade extremamente precoce é... obviamente aqui tem o papel de oncologia, doenças cardiovasculares como coisas que crescem, não são novas, mas para o sistema de saúde se apresentam como uma nova carga ah... de doença e atenção, questão da educação da população obviamente nós queremos extremamente favorável, estão sendo inundadas por mais informação, às vezes boas, outras ruins e o processo acontecendo por veículos de comunicação dos mais variados, a televisão aí chegando em tudo qualquer canto, a internet chegando a tudo a quanto canto e aquele camarada que vive lá no Amazonas em Parintins na beira do Rio Amazonas está hoje com as mesmas tentações de consumo, produtos e serviços do que qualquer indivíduo numa capital grande, industrializada aqui é... no Brasil. E a questão das novas tecnologias fruto desse desenvolvimento maluco, rápido, tremendo né... que por uma série de motivos, interesses, às vezes chegam até mais cedo do que deveriam para o conhecimento público, gerando tentações, prometendo coisas que, talvez, não sejam possíveis é... de serem entregues, aumento disso daqui gera obviamente, conjuntamente um aumento de expectativa dos usuários, principalmente esta questão aqui de educação, uma maior demanda e exercício do direito em saúde e aqui um exemplo muito claro é o processo aí de judicialização que nós estamos vivendo né... mas começou antes até, na realidade o código de defesa do consumidor tem já mais de 18 anos, como um outro

aspecto que ainda está timidamente presente, mas já influencia um pouco o comportamento e decisões dentro do próprio sistema de saúde, o desafio do problema é incapacidade da nossa riqueza ou da riqueza de países de modo geral crescer na mesma proporção que as nossas necessidades e querer com relação a nossa saúde, nós vamos ver um pouquinho mais pra frente que que é isso. O que é um exemplo de uma projeção que nós fizemos aí de um livro que foi lançado é... final do ano passado, chama Dilemas e Escolhas de Sistemas de Saúde, onde a gente, através de poucas variáveis, tentou projetar um pouquinho do que pode acontecer com o sistema de saúde com relação a sua necessidade de investimento para manter o sistema que temos hoje e aqui foram algumas não muitas variáveis utilizadas em diferentes modelos, uma das variáveis, foi a questão da inflação geral que nós vivemos e a inflação do setor saúde ou de gastos em saúde com dados aí os mais variados, não só aqui no Brasil, mas fora, que a gente tem quase que duas vezes mais inflação do setor saúde ou o dobro pelo menos, quando comparada a inflação geral, isso é um aspecto e obviamente, se eu tenho custos que crescem numa velocidade dentro do sistema saúde e a nação não cresce tanto quanto deveria do ponto de vista do seu crescimento econômico, nós vamos ter que aumentar esse percentual que é investido em saúde ano a ano, foi um pouco desse exercício que foi feito, se a gente tiver um crescimento médio no período aí de 20 anos de 2%, a gente sai de necessidade de investir com percentual de 8% em saúde pra quase 14% pra manter o sistema

que nós temos hoje com as mesmas deficiências ou coisas boas que ele tem hoje, nosso sistema hoje olhado mais pra frente sem nenhuma grande melhoria em relação ao que nós temos, seja no acesso, na oferta de serviço, na qualidade, nós vamos precisar investir quase que o dobro, caso o País não cresça. Se ele crescer 5% ao ano e aqui tem duas variáveis adicionais consideradas, que é o envelhecimento da população ao longo desse período e, obviamente, a questão de um incremento de certa forma de demanda que vai acontecer consequente a esse envelhecimento, ah... se a gente crescer, se nós crescermos né... 5% ao ano para manter o sistema que tem, talvez, a gente até nem precise investir mais do que 8%, embora, obviamente, hoje nós não estamos satisfeitos nem com o público nem com o suplementar e as demandas existem do ponto de vista de atendimento às nossas necessidades é... muito maior do que hoje é oferecido é... aqui tem alguns outros exemplos onde a gente mexeu com algumas variáveis, mexendo com inflação, fixando PIB, enquanto... (25:30), mas o que eu estou querendo passar aqui não é mais a riqueza da Nação, mas a riqueza das famílias né... dados também da pesquisa de orçamento familiar é... recente é... mostra pra gente que a gente tem na média no País um investimento das famílias que correspondem em torno a 5.75, mais ou menos se não me engano, o que as famílias gastam para a saúde no País na média, diferenças classes ou ganhos familiares aí, todos investem na média, independente do gradiente em torno de... entre 5 e 6% do seu orçamento familiar, ora se a gente

também tiver diferentes níveis de inflação geral e inflação de gastos do sistema de saúde ah... dinheiro não brota, seja através de impostos pagando para o governo para oferecer sistema único de saúde, seja complementar via operadoras de planos de saúde pagando os prêmios mensais ou seja adquirindo coisas na farmácia que também sofre o mesmo processo de inflação é... de certa forma, essa família vai sair 5.75 na dependência de ter perda real de renda que considerando e tendo, ela não estando ah... ou acima da inflação e ganho real de renda acima da inflação, nós vamos pra mais de 15% do orçamento familiar pra essa família ter o que ela tem hoje, ou seja, a questão aqui ela é séria o suficiente do ponto de vista da gente falar assim: embora a gente queira muito nós precisamos olhar um pouco qual é o limite do bolso do cidadão considerando o país que temos, a riqueza que temos e a distribuição dessa riqueza nesse país, pensando em saúde como todo ser humano com direito aí ao sistema de saúde, ora se tem muito para fazer e não há recurso suficiente, aí entra um pouco naquela história de restringir e restringir em qualquer área passa por um processo de escolha e aqui um primeiro ponto que eu chamo a atenção que é meu modo de ver crítico né ou isso é assumido e sustentado e o processo é feito de forma consciente ou a gente deixa o barco rolar e não assume as limitações que nós temos e a gente faz de conta, como a gente tem feito há algum tempo, de que a gente é capaz de dar tudo pra todos, na realidade, às vezes a gente tem algum tipo de surpresa ao

necessitar do sistema de saúde, obviamente, se a gente assume e de certa forma tenta sustentar essa decisão que politicamente não é muito simples, a gente vai comentar um pouquinho, a gente tem que ter evidências claramente observadas, conhecimento pra orientar essas decisões pra poder justificá-los perante todo mundo que depende do sistema de saúde e tem um outro aspecto, tem um aspecto que hoje não é discutido muito no País, alguns motivos pra isso, é a questão de você ter preferências dessa sociedade claramente expressas para que esse sistema ele atenda os anseios mínimos de alguns preceitos que a própria sociedade assim o define ou gostaria de definir, isto aqui é um pouquinho do início do dilema econômico ou passar para alguns outros dilemas né... esse de preferência a gente tem aqui nessa área e aqui tem um aspecto importante no processo de avaliação tecnologias é que nós estamos na área da saúde lidando com ciências biológicas, a gente costuma né... ter essas três divisões aí até pra orientar jovens hoje entrando é... pro nível superior, uma coisa que eu acho que vale a pena a gente pensar um pouco é ...o que significa e porque que elas estão agrupadas desse jeito né... e porque que eu coloco ciências biológicas aqui no meio? É... se eventos biológicos está dentro de ciências biológicas que tem alguns exemplos, existem outras áreas né... dentro do sistema de saúde, lida com incerteza e a gente não gosta muito desse "treco" de incerteza né... a gente não tolera muito a questão de incerteza ao tomar decisão do ponto de vista pessoal coletivo, a gente até aceita um pouco



mais, porque a gente nunca acredita que será conosco, talvez aconteça com alguém né... a vida do ponto de vista estatístico é muito mais fácil ser lidada do que a vida do ponto de vista de nome e sobrenomes também tem implicações e aqui a colocação... as outras ciências né... se a gente colocar as ciências exatas com o próprio nome diz, ela procura ou chega extremamente perto da certeza, se a gente pegar a matemática dois e dois ninguém questiona que é quatro como um exemplo e esse outro lado aqui ciências humanas a questão da certeza não existe né... o que caracteriza as ciências humanas é um processo que envolve julgamento e esse julgamento muitas vezes centrado em valores, princípios que essa sociedade tem ou desejos e preferências que o próprio indivíduo tem ao consumir produtos e serviços pra maximizar o seu próprio bem-estar, isso é o que acontece, aqui o exemplo que eu dou aqui é da arquitetura, onde 100 m<sup>2</sup> de um piso num prédio, tem gente que vai colocar uma sala enorme, um quarto e um banheiro e tem outro que vai falar assim, puxa, eu quero três quartos, três banheiros e uma sala minúscula, uma vez que também esse recurso, espaço físico, ele é limitado, mas as preferências do uso variam de pessoas pra pessoas, aí não tem incerteza, não tem incerteza, tem no julgamento daquilo que é mais importante pra essa pessoa num determinado momento da sua vida, hoje o que a gente vive aqui em ciências biológicas e já acontecendo isso no mundo desenvolvido deste lado há mais ou menos 30 anos é uma busca através de métodos de pesquisa pra fugir ao máximo da

incerteza ou chegar o máximo possível próximo da certeza, isso na área da saúde nós costumamos chamar de medicina baseada em evidências, como um dos exemplos aí que tem, já começou lá atrás década de 70 com outro nominho epidemiologia clínica, mudou para medicina baseada em evidência aí no meio da década de 80, mais amplamente, finalzinho da década de 80, cunhou-se o termo avaliação de tecnologias em saúde, ampliando um pouco o escopo do que é aí evidência em saúde do porquê é importante tê-la presente dentro do sistema de saúde, isto daqui é um negócio novo, talvez, países desenvolvidos angustiados aí com processo de decisão em nome do indivíduo, mas feito coletivamente, então, começando a falar: opa espera aí, mas nós precisamos respeitar aquele camarada, talvez, ele pense um pouquinho diferente e aqui a questão temporal passa a ser importante, aonde pessoas às vezes tomam decisão ao longo do tempo e se arriscam, enquanto vida, justamente pra ter prazer no presente não acreditando muito no futuro né... e, obviamente, em saúde, nós temos uma figura que aqui no meio, que é o que toma decisão em nome do paciente que é o médico, que funciona como agente desse paciente, as preferências do médico são distintas das preferências do paciente e a grande colocação é hoje, além de você ter evidências, é você tentar responsabilizar o próprio indivíduo, apesar de haver uma simetria de informação no processo de decisão que envolve a sua própria saúde, a crescente responsabilização desse indivíduo nos atos dentro do próprio sistema de saúde ou da sociedade que

envolve a sua própria saúde, em outros termos, a colocação que já acontece em alguns países desenvolvidos à luz da evidência que existe decisões estão sendo tomadas e riscos estão sendo assumidos, num ambiente como o nosso público e privado de mutualismo com repartição simples que é o que acontece no sistema público e no sistema suplementar, até que ponto um indivíduo e um cidadão, ele contribuindo para o seu plano público ou privado, ele pode ou não ser prejudicado pela irresponsabilidade de um outro indivíduo né? Então a questão aí de você tentar a diferenciar indivíduos e premiar um pouco aqueles indivíduos que são responsáveis com a sua saúde, não só pela atenção a saúde, mas, obviamente, por um risco ou um "pool" de recursos que vai ser utilizado por um todo e um respeito a essas preferências com consequências, obviamente, conforme o risco sabido, conhecido que esse indivíduo eventualmente se expõe, dilema político passando rapidamente, a gente vive num sistema onde a visão é extremamente de curto prazo e isso vale para o público e para o privado, obviamente as questões de mandato, controle, reconhecimento na orientação de decisões afetam e forçam, estimulam o olhar do sistema saúde no curto prazo, a gente sabe que o sistema saúde ele é um sistema que ele não pode ou não deveria ser olhado no curto prazo, as ações pra maturarem, trazerem ganho de saúde dependem de um médio e longo prazo, a infraestrutura necessária ao receber, por exemplo, qualquer tecnologia, ela não basta trazer um equipamento, colocar num canto e começa a produzir, você tem

uma série de outros fatores em torno, que pra esse produto ao chegar num sistema produzir, o que ele está pensando, talvez, você dependa de alguns investimentos ou políticas públicas definidas num médio ou longo prazo. A questão da visão do particular em relação ao todo, hoje nós somos craques aí em olhar o particular ah... em detrimento do todo, que estão aqui de, talvez, não definição de prioridades e respeitar perspectivas específicas nesse processo de decisão, principalmente político, macropolítico ou aí de políticas públicas e a questão do compromisso né... da decisão com ônus do pagamento ah... uma frase aí que eu escutei uma vez e é bem interessante que eu concordo e a gente precise mudar e, talvez, né... a arte aí de prometer e não cumprir está entre nós e mais do que isso, talvez pior ainda é a arte de prometer e não se preocupar o quanto custa e quem vai pagar pela decisão, que pode realmente colocar em risco uma série de decisões ao longo do tempo dentro do próprio sistema de saúde, o exemplo que eu trago e falo na escola com os alunos, a gente trabalha um pouco isso é a questão de alguns esqueletos de hospitais aonde a pessoa levanta a obra, inaugura sem se preocupar com o recheio nessa visão de investimento de médio e longo prazo, só que imobilizou capital que podia estar salvando diarreia infantil, morrendo por aí né... não se questiona a necessidade, talvez, seja até necessário esteja num lugar certo, mas se for pra fazer tem que fazer direito com compromisso de médio e longo prazo e não ter coisas inacabadas, o mesmo vale pra fechamento

de completos andares em complexos equipamentos públicos e privados aí pelo Brasil. Questão do dilema político né... o de alocação de recurso, a questão aqui do crescimento econômico e do percentual investido em saúde, nós temos aqui 7.5 do PIB vai para a saúde, uma coisa que a gente esquece né... como profissional da saúde e é válida a discussão e a luta por mais recurso em saúde, mas é uma visão um pouquinho assim fechada né... ah... se a gente assumir aquele preceito, obviamente não tem corrupção e atos ilícitos em tese, boa parte do restante dessa pizza está indo para outros setores igualmente prioritários na sociedade que produzem também saúde e bem-estar, minha colocação é eu acho que o crescimento de recurso deveria estar muito mais centrado no crescimento econômico e esse é o grande desafio, onde a pizza aumenta e todos têm um pouco mais de recurso do que propriamente é... numa discussão de um aumento de recurso destinado à área da saúde em detrimento dessas outras, muito interessante têm poucos estudos mas já existem publicados aonde países que passaram pelo mesmo momento que nós estamos passando, hoje países desenvolvidos pode-se observar que, de certa forma, neste momento que nós estamos, por incrível que pareça, investir em educação, saneamento básico, talvez produza mais saúde do que investimento direto em saúde, isso se a gente considerar que todo este dinheiro tivesse sendo investido, tira a corrupção, tira atos ilícitos, sem o desperdício que temos pela desorganização em parte por uma carência ou uma diversidade do

ponto de vista de infraestrutura disponível no País e aqui a infraestrutura disponível claramente eu chamo a atenção para o pessoal qualificado para tomar decisões no consumo desses recursos na ponta, obviamente isso daqui é uma discussão, tá aí rolando na nossa, no parlamento nosso né... com a emenda constitucional e tem uma discussão muito séria mesmo né... do ponto de vista do que fazer, nós dentro do sistema de saúde, eu advogo aqui como participante do sistema de saúde aumentar, mas eu acho que a gente não pode ter uma visão tão restrita, é uma decisão que não é simples, é um pouquinho delicada. Dilema clínico chama aqui a atenção que também tem um pouco a ver com questão de avaliação de tecnologias ou ações em saúde, dois exemplos, um é esse melanoma incito, aonde a gente tem uma chance de intervenção na história natural da doença precoce, onde produz-se muito saúde, quase você cura o indivíduo aqui nessa janela de intervenção a um custo extremamente baixo né... num ambiente de restrição de recurso, o que a gente deveria estar maximizando era isso, isso daqui chama-se intervenção precoce, antes disso é prevenção, promoção de saúde ah... o que a gente vê normalmente são casos, infelizmente, como este aqui, aonde, talvez, a gente tem ganho de saúde extremamente pequeno com avançar da doença com um custo brutal para o sistema num ambiente de recurso finito, obviamente aqui é ser humano tem nome e sobrenome, quando este indivíduo chega para o sistema é muito difícil dizer não e ele vai consumir boa parte do recurso, nós vamos ver um pouquinho de números ali na frente,

intervenção, um outro aspecto para pensar, sem julgamento de valor, mas eu acho que precisa ser discutido, tem sido já discutido em sociedades mais desenvolvidas, o caso da pneumonia lombária que eu estou considerando idade do paciente, pegar um indivíduo com 18 anos com uma pneumonia lombar adquirida na comunidade com 18 anos trata-se rapidamente, ganha-se saúde bastante, esse indivíduo tem uma vida produtiva tremenda, importante para o País também pela frente ah... a um custo extremamente baixo, na hora que a gente vai para um camarada, somos qualquer um de nós aqui nessa sala com 90 anos com um, eventualmente, algumas duas ou três doenças crônicas, vai tratar esse indivíduo falência de alguns tecidos já presente pelo próprio envelhecimento além de doenças, tem um ganho de saúde extremamente pequeno, obviamente tem um limite para esse ser humano e um custo brutal também de tratamento, são dois seres humanos, a questão é justamente a questão da priorização do ponto de vista de recurso e um olhar para esse sistema de saúde e aqui tem um julgamento de valor tremendo, porque esse camarada que está aqui fez o País acontecer até então, uma discussão muito séria, mas isso tem acontecido em países desenvolvidos, talvez não em casos dramáticos como este, mas em outros muito simples, onde essa decisão ela pode ser tomada em benefício de um todo em detrimento de grupos, porém, favorecendo a sociedade como um todo, esse é o exemplo que eu trago né... que também é sem julgamento de valor, mas que retrata o que eu coloquei são os custos de saúde nos quatro

últimos anos de vida num plano de saúde aqui do Brasil ah... foi feito mais ou menos acho que em 2002, 2003 a coleta de dados de todos os pacientes que morreram por três anos consecutivos, que foram 280 quase óbitos, e a gente foi para trás pra ver consumo de recurso e custo para essa operadora de plano de saúde, ao longo deste tempo, então, assumindo que esse paciente custou 100% em quatro anos, como é que foi a distribuição destes custos e uso de recursos no período pré-morte e o que a gente tem é... que 72% dos custos, aqui vamos pensar custos como um indicador de uso de recursos aconteceu no último ano de vida e eu trago um outro dado que é 50% do que se gasta nos quatro últimos anos de vida acontecem nos últimos três meses de vida do paciente, um monte de atos heróicos que interessam a partes dentro do sistema, além obviamente da questão esperança que existe em todos nós quando a gente tem algum tipo de problema, não estou questionando, mas a pergunta é, do ponto de vista nosso, enquanto sociedade, o que que é mais lógico, ir para o desespero e gastar tudo aqui no finzinho? Ou, talvez, trazer um pouco este custo diluído, esses indivíduos no quarto ano antes do evento e aqui tem crianças, como tem muitos idosos, gastaram na média menos do que meio por cento em saúde, a grande questão é, vamos trabalhar num processo curativo ou vamos investir um pouco mais pra tentar prolongar a vida desse indivíduo, enquanto é possível aqueles exemplos que eu citei anteriormente ilustram um pouco isso. Outro aspecto do ponto de vista clínico, os dois mundos e o



ritmo de crescimento que a gente vive, tecnologia está sendo desenvolvida num ritmo muito maior do que o crescimento e enriquecimento das nações, notadamente a partir da metade do século passado, tem várias razões para isso e nós somos como cidadãos maiores demandadores desse desenvolvimento técnico-científico e de produtos e serviços, a gente quer que isso aconteça e está muito certo, grande problema é o que é desenvolvido, até pela área de certa forma não ser exata, ela vem embutido com o que a gente chama na ciência da área da saúde de verdades transitórias, no processo de desenvolvimento de qualquer produto e serviço, em média, no mundo, talvez você teste este produto e serviço, considerando segurança, eficácia e até hoje algumas considerações do ponto de vista econômico e não mais do que 3, 4 mil casos muitas vezes, na dependência da doença em si, nós estamos falando em testes que envolvem menos do que mil pacientes, principalmente em doenças mais raras ou pouco incidentes ou prevalentes, obviamente é um número muito pequeno pra gente conhecer a real potencialidade deste produto, dessa tecnologia, desse conhecimento, existe evidentemente frustração, quando uma vez aprovado entra pro mercado e é utilizado com as mazelas do sistema de saúde erroneamente e impropriamente ou até adequadamente num número maior de indivíduos, a gente tem uma frustração e aí tem inúmeros exemplos de produtos que chegaram, potencialmente para produzir mais ganhos de saúde, passados dois, três, quatro anos foram recolhidos e retirados, registro cassado ou algumas indústrias,

até conscientemente antevendo risco de sua marca no futuro, preferem retirar o próprio produto do mercado com as agências ainda de certa forma ah... disponibilizando o mesmo, tendo o mesmo aprovado, tem uma frustração, mas mesmo com isso... essas curvas que têm um ritmo de crescimento maior e aqui obviamente é um pouco do "stratech" do recurso em si da nação pra gente aí com sabedoria, talvez alocar da melhor forma possível para poder aproximar essas duas e diminuir a frustração que existe em qualquer canto do mundo de diferentes formas ah... e não ter tudo para todos né... se a gente pegar Estados Unidos, a gente está vendo que está acontecendo com plataforma Presidente Obama, tem quase 52 bilhões, últimos números, de pessoas que não estão incluídas nem dentro do sistema público, financiado pelo governo, e parte das famílias e do sistema suplementar até com alguma é... semelhança com o nosso. Se nós formos para o Canadá, um sistema socializado, a restrição se dá de outra forma, hoje em dia, você tem uma briga tremenda dentro do Canadá, eu conheço bem o sistema canadense, onde para fazer uma mamografia demora seis a oito meses, em algumas províncias ou regiões de algumas províncias, e mamografias para paciente que às vezes que necessitam, que têm indicação, até para ter algumas ações curativas já na fase que já está pelo menos o exame clínico ou exames progressos, restrições que acontecem um grande fluxo desses pacientes ah... pra borda mais próximo que é os Estados Unidos pagando do próprio bolso, além do sistema ah... que ele já contribui. Médico profissional da saúde, aqui

a questão dilema né... do compromisso que o indivíduo ou compromisso com o coletivo, o médico está sempre apostando nesse compromisso com o indivíduo e quanto mais frouxas, menos presentes forem as políticas públicas, mais a razão desse médico ou mais justificativa para ele ter o compromisso com o indivíduo pelo fato de que decisões têm que ser tomadas no momento aonde você já tem o indivíduo sofrendo, com risco de vida e com nome e sobrenome identificado, quanto mais forte forem as políticas públicas e mais justificadas, mais poder tem para influenciar e eventualmente restringir de certa forma a atuação de profissionais de um modo em geral olhando o coletivo em detrimento do indivíduo, isso tem acontecido em alguns países desenvolvidos, em decisões que envolvem dilemas como os que já foram citados, a questão aqui de mix ideal de especialistas e generalistas, uma discussão muito boa, mas obviamente hoje predomina e tem incentivos dentro da sociedade como um todo pra ter muito mais especialistas do que generalistas, isto traz repercussões muito sérias do ponto de vista de consumo de recurso e demanda por adoção de novas tecnologias dentro do sistema de saúde e aqui a questão de limites de atuação ou não limites de atuação, isso daqui tudo passa, obviamente, isso daqui é um processo quanto antes começar essa discussão melhor, mas começar de forma séria, por educação do profissional, educação do próprio cidadão aqui do paciente, são dois indivíduos diferentes, um está em pé o outro está deitado e muda completamente o que ele pensa, deseja e

quer do sistema de saúde ah... e ambos né... sociedade como um todo, como profissionais da área da saúde, como outros agentes partes interessadas, eles respondem a incentivos, infelizmente, a gente tem falhado de alinhar os incentivos que interessam para o sistema de saúde como um todo ah... nessas últimas décadas, processo aqui da efetividade né... da escolha, esse é o médico, esse é o paciente, a questão aqui de benefício de riscos, efeitos colaterais com qualquer tecnologia e uma nova dimensão de custo onde esse indivíduo, mesmo estando num sistema de mutualismo, ele precisa estar atento porque, obviamente, ele vai sofrer consequência de um sistema com maior desperdício ou com maior demanda justa, ele é que vai acabar pagando, obviamente, a conta no final, questão de interesses de diferentes participantes incentivos, às vezes perversos, atendendo interesses específicos em detrimento do interesse coletivo, aqui eu dou o exemplo como pensar no que hoje a gente faz e vale bastante isso daqui para o processo de avaliação de tecnologia, eu vou voltar nesse ponto no final chamando a atenção a esse "slide" ah... questão né... de que, se a gente tiver mil pacientes, vamos pensar numa doença infecciosa que fica mais fácil que é Tuberculose, por exemplo, mas que poderia ser qualquer outra passível de cura pra gente entender o exemplo, se eu tiver uma droga que chega, vamos pensar que na tecnologia droga para ficar mais fácil, tratamento e que tem uma efetividade no laboratório de 50 a 80% de cura dos pacientes, em tese, nós podemos pensar aí muita gente pensa que

metade ou a imensa maioria dos pacientes por um efeito chance vai ser curado, na realidade, isso é verdade, se você tiver as melhores condições do mundo que envolvem esses outros fatores, o acesso desse paciente até ao sistema, uma que assumir que 100% todo mundo tem doença ou algum tipo de sintoma chega no sistema e procura assistência, se ele tiver um diagnóstico correto feito, identificar a causa, se for prescrito esse medicamento com essa chance de cura e que é uma incerteza, uma probabilidade, se esse prestador prescrever exatamente como é proposto na melhor forma possível em termos de tempo, posologia, condições, características do paciente mais gordinho, mais magrinho, mais idoso, mais jovem, esse medicamento para ter os ganhos potenciais de cura, vamos dizer que ele tem uma aderência e se o paciente, especialmente nessa doença que ela demora um pouquinho para curar, tiver aderência a este tratamento de 80% de mil que você trata, 500 você consegue curar, veja o tremendo desperdício que acontece ao longo de um processo que aqui nesse caso é maravilhoso e espelha os melhores países do mundo, talvez numa condição que a gente conhece muito há muito tempo, na hora que a gente vai para uma realidade um pouco mais presente em países em desenvolvimento aqui os números são hipotéticos, obviamente, de cada mil a gente cura apenas 10% e eu não estou falando da tecnologia em si, eu estou falando um pouco de infraestrutura como um todo, de educação como um todo dentro desse sistema para propiciar que esta coisa boa alcance o seu objetivo final,

então, aqui entra um pouco o aspecto e a lembrança da infraestrutura e do processo de avaliação tecnologias, que ele não se restringe de certa forma à pesquisa ou ao "paper" publicado em um, dois ou três países de quanto ele potencialmente pode curar de doenças ou aliviar de sofrimento, em tese isso não vale nada, se você não tiver uma infraestrutura adequada dentro desse sistema para propiciar que este produto alcance o seu objetivo, aqui um outro exemplo, que eu chamo a atenção de fenômenos muito interessantes num sistema que é muito complexo e extremamente dinâmico e hábil e reage rapidamente é um exemplo que foi publicado já há dois, três anos atrás na Província de Ontário e Colúmbia Britânica no Canadá como uma questão que envolve também uma tecnologia que também no caso a doação dentro das listagens para a distribuição gratuita de um antiinflamatório do que a gente chama aí protetor do estômago "cookies" dois, inibidor de "cookies" dois e substituindo alguns anti-inflamatórios habituais, a grande vantagem de produtos como esse, via de regra, a gente não pode generalizar, é produzir o mesmo ganho de saúde com um risco menor de efeitos colaterais sérios, para o sistema se caracterizam basicamente sangramento, perfuração e potencial obstrução que arriscam vida do indivíduo, levam a vida desse indivíduo a um certo risco e consomem muito recurso porque necessitam de intervenções cirúrgicas e clínicas com duração prolongada, preocupação do Governo Canadense Provincial aqui no caso foi falar assim: puxa, já que ela é melhor e evita

alguns custos futuros e evita risco de vida, mortes claramente a plus da evidência, vamos substituir pra uma outra droga, embora ela seja mais cara, ela é melhor, que que aconteceu aqui nessas duas províncias? Olha que coisa interessante, isso daqui era o que acontecia em termos do ponto de vista de prescrição pré-troca dentro do formulário para a distribuição gratuita e não foi pra toda população, foram para alguns grupos específicos do uso prevalência de prescrição com percentual da população, vinha num ritmo, a hora que você traz um produto que é melhor, aquele indivíduo que se sentia arriscado, ele preferia não tomar o anti-inflamatório, são doenças crônicas essas usualmente da área da reumatologia a minha especialidade lá de trás, ele não tomava porque tinha medo, a partir do momento que você traz um medicamento aqui no caso que é mais seguro, cresce o percentual de uso desse produto, é lógico isso? No meu modo de ver é lógico, a prescrição, ela fica um pouco mais liberal, a tendência desse indivíduo usar é um pouco maior num ambiente um pouco mais educado que o nosso, aonde existe um pouco esse diálogo entre médico e paciente no sentido de compartilhar risco, o que era esperado era a isto o que aconteceu com o uso é uma subida, todas as estimativas neste caso na Província de Ontário, eu estive conversando com o pessoal, tanto que toma decisões para listar drogas quanto com o pessoal do Governo Provincial da Província, era de uma redução de custo no sistema pré-introdução da droga, com ganho de saúde, que era superior ao anti-inflamatório não hormonal,

com esse fenômeno já esta redução foi para o espaço, aumentou-se em torno de 7 a 8% o custo do sistema ao trazer um produto novo, melhor, mas com consequências e o outro aqui né... entre 4 a 6% que é nessa coisa tinha uma taxa de 4 a 6% por 10 mil de internações hospitalares, devido a sangramento gastrointestinal por antiinflamatório, obviamente, na hora que eu aumento a frequência o que era esperado também aqui de certa forma de uma redução e proteção, eu exponho o indivíduo potencialmente com risco maior por ter uma droga mais segura e, obviamente, a frequência de eventos nesse risco, nesse grupo de maior risco, ela cresce em relação a população que vinha normalmente tomando e preventivamente não tomando a medicação, ou seja, o que era esperado era isso, você tem mais internações percentuais por 10 mil de eventos sérios em hospitais, ou seja, vejam um processo exatamente o "night the book" feito de um processo de avaliação tecnologia que envolvia revisão da literatura do ponto de vista de segurança, revisão da literatura do ponto de vista de efetividade, revisão da literatura e alguns estudos, ainda não muitos, mas presentes do ponto de vista econômico, considerações éticas, sociais, legais que compõem esse processo de avaliação tecnologia em saúde de certa forma, foram pro espaço em relação ao pré ah... pensado justamente pra uma mudança de comportamento de uso na população que ela não foi antecipada, uma vez decidida pela incorporação e listagem dessa droga. Dilema temporal, estou um pouquinho atrasado, vou correr aqui há um outro dilema importante, prevenção ao tratamento, eu



quero só dizer que investir em prevenção e depende políticas públicas, quero dizer tratar hoje, desculpa, quer dizer gastar hoje pra ter um ganho futuro, tratar significa que quem está doente com nome e sobrenome, que também merece obviamente muita essa atenção, significa tratar hoje, gastar hoje ou gastar hoje e tratar hoje e aqui nós temos um dilema muito grande, quanto maior for a carga de doença, maior vai ser a pressão social pra não ter investimentos grandes na área de prevenção, justamente porque eu tenho que fazer escolhas pra aliviar a saúde e o sofrimento daqueles que estão sofrendo hoje, só que esse é um ciclo vicioso, a gente sabe né... e aí entra um pouquinho a questão de escolhas sérias, difíceis, alguns, não os dentro do processo de restrição que envolvem políticas públicas que afetam tanto o sistema público, quanto ao sistema suplementar no sentido desta balança prender para o que nós queremos de sistema de saúde, tratar hoje e gastar hoje significa estar olhando pro hoje, se a gente quer um sistema saúde mais sustentável no futuro, essa balança precisa inverter, a gente precisa ter um investimento muito maior em prevenção, promoção de saúde, responsabilização, educação desse indivíduo e, obviamente, isso vai consumir recurso de tratamento, que impõe restrições no hoje, novamente aqui, seriamente definida ou influenciada pelo nível de evidência e maturidade da sociedade em aceitar essas restrições, principalmente aquelas, eventualmente, que não tragam ganho de saúde, sejam desperdícios de fato e que envolvam até a infraestrutura de

sistema. O que nós queremos e o que é possível, grande dilema aí no mundo, todo mundo falando em reduzir custo, eu acho que é uma besteira isso, isso aqui acho que a gente não consegue, infelizmente, eu esqueci já essa palavra, controlar custo, dependendo do que a gente usa como controle, talvez a gente até possa ter ah... o grande negócio é lutar para ter um aumento de eficiência do sistema, todo mundo individualmente está querendo gastar mais, mas todo mundo está querendo ter muito mais do que o sistema oferece no mundo inteiro né... e eu acho que o grande desafio de todos nós é justamente a gente fazer uso melhor do recurso disponível, isso passa por esse conceito de eficiência. Nova tecnologia é uma prioridade, acho que é a primeira pergunta aqui que tem, acrescenta valor, vale a pena do ponto de vista social, podemos pagar, que é uma outra consideração e aqui o podemos pagar é muito sério né... eu critico muito algumas decisões e falas hoje do poder público os mais diversos, aonde trazem tentações de consumo desnecessariamente sem a responsabilidade do efeito disso dentro do sistema de saúde, eu vou dar um exemplo muito claro recente, que foi até motivo de debate na OAB que eu acabei participando, que é a questão de cirurgia para mudança de sexo no SUS, por exemplo, eu não tô fazendo julgamento de valor, mas se é pra dar e trazer, que isso seja disponibilizado pra todo mundo e não pode ter um centro que faça um ou dois e se tem 89, 88% ai né... 98% que gostariam de ter e não têm condição de fazer no próprio país, se estiver pensando no coletivo, não to falando em

ambiente de pesquisa, onde pode restringir, deve restringir centro pra fazer isso num ambiente de laboratório todo especial, não é pratica clínica usual ou assistência à saúde, a questão é, na hora que você estende isso pra todo mundo, independente da discussão de prioridade, que é um julgamento da sociedade, a grande questão é justamente assumir o ônus do pagamento pra que todos aqueles que, eventualmente, se sentem no direito de ter e aqui volto pra questão do processo hoje que nós vivemos com a judicialização, aonde a fala favorece o próprio processo em curso né... ou as nossas atitudes e comportamento favorecem esse processo em curso numa interpretação não clara ainda da sociedade de ter que ter prioridades, é... conforme a gente lê aos nossos artigos aí destinados à área da saúde e aqui a questão considere respeitar valores individuais e coletivos, que é uma questão, vou correr um pouquinho nesse daqui, eu acho que vai ser abordado nos próximos, né... o que a gente tá querendo é... dentro aí do componente econômico, que é o que pesa, é avaliar a eficiência e equidade, duas coisas aqui é como eu tiro mais desses produtos que vêm pra área da saúde, tecnologias gastando menos possível e equidade é como é que eu distribuo entre todos aqueles que tem direito ao uso, aqui entra tanto a equidade horizontal, quanto a equidade vertical, é tratar os iguais de forma igual e tratar os desiguais de forma desigual, quem necessitar mais deve ter mais dentro do sistema de saúde do mesmo ponto de vista das suas carências aí de saúde, aqui um

exemplo que eu dou, que ou vou passar rápido, normalmente o que a gente tem é isso, uma droga B que tá já disponível, um procedimento que cura 90% e aqui eu tô dando exato, mas ele não é, ele é incerto é uma probabilidade e tem uns limites de confiança aqui do lado, mas vamos assumir que seja 90%, chega alguma coisa novo, tentador que cura 95, qual que escolhe? Hoje, do jeito que tá olhando essa quadra, e o nosso sistema como tá orientado, pelo paciente, pelos interesses de demais participantes, esse camarada aqui droga A ganha, mas brutalmente, né... ninguém tem dúvida, o paciente quer ela, o doutor tá me prescrevendo uma droga que eu já conheço ela faz 10 anos, não é essa que eu quero, me dê a nova aí, qual que foi a nova que chegou, e o médico, obviamente que, pra se diferenciar naquele quadro predominantemente que valoriza especialistas, ele também quer utilizar essa que potencialmente tem aqui algum ganho de produção de saúde, o problema é isso daqui né... essa coisa nova que chega assim como qualquer outro produto tentador que agrega valor e bem-estar de um modo geral custa muito mais, aqui no caso, exemplo hipotético 15 vezes, qual escolher? Minha colocação aqui só pra trazer um aspecto é, se a gente vai falando dermatofitose, todo mundo acho que conhece, um exemplo aqui, vamos falar de frieira no pé, tinha apêndice, eu acho que, independente de quem seja a pessoa, em qual sistema ela esteja, esse, essa probabilidade de ganho de saúde pra gastar 15 vezes mais, ela não se justifica, a não ser, eventualmente, em casos excepcionais, onde esse indivíduo,

talvez, seja imunodeprimido ou tem uma série de outras complicações, aonde, talvez, se justifique se dar uma proteção maior, não pensando na doença, mas nas consequências que essa afecção pode ter, esse outro aqui, voltando naquele exemplo, eu não tenho dúvida que, talvez, na janela de intervenção que existe que é muito pequena esse pequeno ganho se justifica, hoje em dia, talvez, a gente não só não considera isso na prática e aqui eu tô falando de produtos eventualmente registrados, intervenções aceitas pelas diferentes especialidades e que podem até ter passado por um processo completo de avaliação em tecnologia em saúde, o julgamento na ponta favorece isso com toda infraestrutura que, para essas duas condições, este seja o preferido de todos, o campeão e nós temos vários incentivos externos e dentro do próprio sistema de saúde com interesses dos mais variados pra fazer com que essa migração aconteça tão logo quanto possível, o que a gente fez aqui nessa brincadeirinha rápida né... foi nada mais comparar duas estratégias ou intervenções considerando consequência e custo, isso é o que a gente chama de uma avaliação econômica em saúde, vamos passar aqui rápido que nós estamos atrasados, tem quatro tipos dessa avaliação, é... que é um dos componentes hoje mais em moda aí e tá sendo dado um destaque todo especial dentro do processo de avaliação de tecnologias em saúde ah... quatro tipos aqui basicamente, há sempre a mensuração de uso de recursos quantificados em termos monetários e o denominador desta, é... relação, na realidade, é o ganho de saúde, aqui

ganho de saúde, muitas vezes expresso de forma variadas, sendo especialidade específico ou doença específica ou até, então, como é que eu meço um ganho de saúde quem tem hipertensão arterial? Redução de pressão por um signo, uma mão, então o meu parâmetro de avaliação é redução de pressão e milímetro de mercúrio, como é que eu avalio a intervenção para enxaqueca, evitar crise de enxaqueca, crises evitadas, como é que avalio, enfim, as mais diversas condições com seus parâmetros mais adequados pra avaliar se a intervenção funcionou ou não e isso daqui não me permite comparar entre intervenções, a relação de custo e de ganho de saúde, não dá pra comparar laranja com banana, uma intervenção pra hipertensão não pode ser comparada com intervenção pra enxaqueca, o meu parâmetro de avaliação é diferente, essa daqui já dá, essa daqui é uma evolução que aconteceu ou, talvez, aí nesses últimos 15 anos dentro do método de pesquisa que envolve a avaliação econômica em saúde, aonde a minha avaliação aqui é qualidade de vida, que é comum a quase todas as doenças e pode e deve ser mensurada com parâmetro mais amplo, eu consigo qualificar indivíduos considerando efeitos colaterais e benéficos de qualquer intervenção, ter o julgamento né... lembro daquela história de preferência do indivíduo do que ele mais valoriza nesse composto de ganhos e perdas que qualquer intervenção traz como risco e, eventualmente, avalie o indivíduo como um todo, mais ainda nesse termo não é só a qualidade de vida, eu trago a dimensão, tempo presente também, eu posso ter um indivíduo que

com uma intervenção viva maravilhosamente dois anos e morra ou eu posso ter uma intervenção pra mesma doença que esse indivíduo vai melhorar pouquinho só e que vai viver 10 anos, hoje nós temos intervenções na área da saúde, talvez, não com uma diferença tão grande, de tempo que eu estou maximizando pra provocar o mesmo pensamento, mas ela existe, de quem é a decisão, se quer viver mais com pior qualidade de vida ou viver menos com melhor qualidade de vida, é do médico, ou é do paciente que vai sofrer a consequência? Em tese, no mundo desenvolvido, tá jogando essa decisão e compartilhando com paciente voltando aquele primeiro "slide", é... trazendo a preferência desse indivíduo com relação a sua própria vida, né... ambientes como o nosso, só um parênteses, e aí a gente vê a complexidade do sistema de saúde, pegar o exemplo de segurança pública incerta faz com que os indivíduos e a pressão econômica, distribuição de renda, questão social, como tensionadores aí da sociedade, faz com que indivíduos pensem muito mais no curto prazo em detrimento do longo prazo, eu falo assim, puxa eu vou me arriscar tanto, quem me diz que vou tá vivo daqui 10 anos, porque que vou tomar decisões pensando lá na frente, deixa eu viver tudo e arriscar tudo que eu tenho na minha vida, é... mesmo que eu perca a saúde neste período, não tá explícito, mas tá implícito dentro do considerar a decisão do ponto de vista individual e mesmo coletivo, algumas das políticas públicas nossas também padecem desse pensamento, aqui análise de custo, só pra lembrar, não é o custo da droga, mas é

do processo cuidar paciente, aqui é um outro problema né... que às vezes a gente incorre ao tomar algumas decisões não conhecendo as mazelas e infraestrutura, a gente faz alguns cálculos no processo de avaliação, não analisando o impacto fruto do sistema que nós temos, mas fruto do custo de um processo que é o do livro, como ele deveria acontecer e não reconhecendo essa realidade não dá pra ter análise de impacto no orçamento, que é um outro ponto no processo de avaliação e tecnologia, que ele depende claramente das características mazelas, infraestrutura do sistema de saúde, vou passar aqui rápido porque nós estamos, isto daqui é só pra voltar, é uma forma representativa né... do quali que é o "Quality Just Life Years" em termos de inglês ou a sobrevida, a qualidade de vida ajustada sobrevida, desculpa, sobrevida ajustada a qualidade de vida, onde tem qualidade de vida que de zero a um, zero é morte e um é a saúde perfeita, diferentes instrumentos hoje do ponto de vista metodológicos são capazes de avaliar e reconhecidos e bem respeitados pela comunidade científica internacional, aqui no Brasil a gente já faz bastante estudo utilizando esse desde quase da década de 90, tem uma série de trabalhos aí publicados usando qualidade de vida comparando e mensuração de saúde ou de bem, parte de bem-estar, mas saúde e aqui quantidade de vida, o garotinho que nasceu, quebrou um braço, perdeu qualidade de vida, se a gente estivesse avaliando por questionário ou por técnicas, recuperou total, teve uma apendicite depois dos seus 22 anos, ficou internado, quase morreu, infeccioso voltou, aí



com 54 anos enfartou e aqui tem um ponto né... ele não recupera mais plenamente, ele não recuperando plenamente ele tem a chance de eventualmente não chegou no tempo hábil pro serviço, perdeu a janela de intervenção por mazelas do sistema, ele vai ter uma parte estabilidade, infelizmente, ou essa ou outras doenças vão acontecer e ele morre, não, não, o camarada aqui tem duas opções, ele vai fazer, chegou no tempo certo e faz alguma intervenção nova que chegou, a tecnologia nova, ele ganha qualidade de vida e ganha anos de vida, isso daqui é o que a gente chama de ganho de quali né... que é a questão de qualidade de vida no tempo que é um dos parâmetros de mensuração de ganho de saúde em algumas das avaliações ou nas avaliações econômicas do tipo custo "utility", a gente fala custo "utility" que não significa utilidade em português, utilidade do conceito econômico, é um pouco mais de maximização de bem-estar e não de ser útil né... aqui o grande desafio hoje que envolve o processo de avaliação de tecnologias em saúde, como que em seu componente econômico eixo aqui de custo, eixo de saúde, nós temos aí imensa maioria das coisas que estão chegando, pretensamente nesse quadrante aqui, produzem mais saúde, só que quem desenvolve o produtor desta tecnologia vê o valor agregado e, obviamente, sobe de preço porque tem um valor agregado, é história de igual que acontece em qualquer outro sistema, ninguém vai trazer uma televisão de plasma mais barata do que uma televisão de tubo pelos atributos que ela tem, saúde é igualzinho, eles respeitam exatamente, pelas regras aí de

mercado, princípios deste mercado que valem pra qualquer outro setor, é... obviamente custa mais e produz mais saúde, num sistema de mutualismo de repartição simples aonde predomina o pensar na saúde quando tá doente, obviamente, esta questão aqui é muito mais valorizada do que essa, que é o que o cidadão, nós consumidores fazemos, enquanto nós estamos em pé, racionalmente talvez a gente pensasse é, neste lado aqui muito mais neste quadrante, quando tá doente obviamente vem pra cá, a importância aí de ter políticas públicas novamente, seriamente orientadas, olhando a médio e longo prazo e justificadas por evidências e preferências aí dessa sociedade enquanto os indivíduos estão sadios e sem ter nomes e sobrenomes identificado, nós vamos ter três grupos de intervenções que estão chegando, raríssimas hoje estão nesse quadrante, produzem mais saúde e poupam recurso, liberam recurso do orçamento, que a gente chama aí de custo econômicas né... outras gastam mais e produzem muito mais saúde, algumas que são custo efetivas aí que a gente, fala, puxa, realmente melhora bastante o nível de entrega de saúde para aquele indivíduo que sofre com uma determinada doença ou condição ou previne muito e, ao longo do tempo, ah... de certa forma reduz carga de doença a um custo relativamente pequeno por caso tratado ou evitado e tem algumas que são muitas hoje chegam neste quadrante aqui tocando é um pouquinho só de ganho de saúde com custo extremamente brutal, em tese, quanto mais for o desenvolvimento científico, maior for o desenvolvimento científico e melhor for a estruturação do

sistema de saúde, maior a tendência e decisões difíceis, é... pra termos custos proibitivos, presentes e prontas pra entrar, obviamente porque, porque ganhar um ano de vida em quem tem 85 anos, custa muito mais naturalmente do que ganhar um ano de vida a mais na média numa população de pessoas que tem 50, 55 anos de vida, vocês concordam? Quer dizer esse é um esforço que tem que o degrau pra viver vai crescer cada vez mais, o esforço vai ter que ser muito maior, conseqüentemente um custo muito maior, hoje, o grande embate de algumas sociedades desenvolvidas é como lidar com isso daqui, pra outras, como a nossa, a grande questão é que estamos sofrendo e padecendo das mesmas tentações que se misturam e que por uma série de fator nos direcionam pra olhar estas aqui, mas sem prestar atenção de inúmeras outras que estão aqui ou de muitas por carência do próprio sistema do ponto de vista de infraestrutura que não estão aqui, dou um exemplo discutindo até na AMB com um colega esses dias né... questão de mamografia aonde um embate que houve, parece que a AMB foi consultada, pra compra de novos mamógrafos e o pessoal falando assim, espera aí, mas, que nós vamos comprar se hoje o SUS libera de guias o número de exames que cabe e sobra dentro dos equipamentos já existentes, porque que você não libera mais guia e faz com que os equipamentos que tem né... esse é um exemplo muito claro de um investimento absolutamente desnecessário de uma tecnologia que pode até ser um pouquinho melhor do que a que existe hoje, mas que do ponto de vista de FIM, é... considerando a realidade do sistema não

se aplica, você pode ter problema de distribuição que é outra questão, então mexe-se na distribuição, né... um exemplo aí pra gente eventualmente discutir, ah... cuidados né... que também ia ser um outro aspecto extremamente importante que eu tenho chamado atenção e o ministério tem dado uma atenção toda a essa avaliação econômica em saúde como salvadora talvez das decisões né... puxa, vamos fazer o processo que todo país está fazendo, que eu acho que nós vamos ter a respostas melhores pra orientar decisões dentro do sistema de saúde, desde 2006 aí com criação, pelo menos assim de algumas portarias, estruturação pra fazer o processo de avaliação e tecnologias em saúde, é... utilizando e pedindo né... obviamente pra aqueles produtores fornecerem evidências ou documentação do lado econômico, que é o que a gente ta dizendo, da avaliação econômica em saúde, a questão é que ela não avalia ou contribui plenamente pra eficiência locativa, isso daqui é um ponto que obviamente, do jeito hoje como essas avaliações são feitas, isso vale pro mundo inteiro e o mundo tá começando a perceber isso agora, ela deveria ser um pedacinho muito pequeno no processo de decisão pra chegada do produto até o sistema, você tem que olhar o teu sistema de fato, você tem que ver mais amplamente quais são as necessidades mais importantes pra esse sistema como um todo, atendendo à coletividade desse sistema em detrimento, muitas vezes do indivíduo, mas, se for sem nome e sobrenome, talvez todos ganhem né... a tempo, informa o recurso adicional necessário pra um ganho de saúde adicional, mas, obviamente,

quando se está falando que algo novo que chega pela avaliação que custa R\$10,00 a mais por ter, vamos dizer, é... seis meses de vida, é um valor extremamente pequeno, essa é daquelas que eu chamaria extremamente custo efetiva, a questão é ao olhar isso nós estamos falando que tá custando mais pro sistema ou nós colocamos bolso, do bolso o dinheiro lá dentro, alguém tem que pagar essa conta ou sai de outras áreas ou, eventualmente, nós vamos ter algum desassistidos no sistema e não vamos entregar ela pra todo mundo ou vamos ter que tirar alguns outros dos programas que hoje existem, diminuindo a sua própria cobertura, não tem mágica né..., o cobertor é o mesmo, é... além desse precisa ter a avaliação do impacto, mas com essa outra conotação dada naquele exemplo, é... aqui você tem um monte de modelos com premissas que são utilizadas, eles são absolutamente imperfeitos né... o cuidado muito grande é que se tem interesses dos mais diversos indivíduos, setores participantes aí dentro do setor saúde que quer que a sua tecnologia seja demonstrada superior e, apesar do método crescendo em termos de rigor, aqui a gente usa na área econômica, como lida com uso de recursos futuros, a gente desenha modelos e papel, aceita qualquer coisa, né... a gente pode tornar qualquer tecnologia maravilhosa do ponto de vista econômico, desde que ela tenha, de certa forma, algum tipo potencial de ganho de saúde, demonstrado, se eu fizer um modelo um pouco bizarro, sem sustentação e aí entra o lado que eu chamo a atenção, quem faz e quem avalia criticamente estas

intervenções, tecnologias que estão chegando pro sistema, elas não são autoavaliadas, ou autoproduzidas, pra isso você precisa de pessoas capacitadas, se quer ter o processo você precisa investir em educação e capacitar pessoas pra fazer o processo adequado e crítico em nome do sistema de saúde e depende da qualidade dos dados e informações, aqui outro aspecto né... uma tendência muito grande é a gente, isso acontece na área de segurança e efetividade tá correto, aceito internacionalmente, é você importar dados de segurança e efetividade, grandes ensaios clínicos pensando em drogas ou estudos com (Orth 1:20:55) ou eventualmente em doenças muito raras até séries de casos feitas nos mais diversos cantos aí do mundo, segurança e efetividade, respeitadas algumas características da população e do ambiente aonde você está, transita entre países a questão de uso de recursos e custos, não dá pra transitar uma droga custo efetiva, que custou esses 10 dólares por seis meses a mais de vida nos Estados Unidos, seguramente vai ter uma relação extremamente diferente aqui no Brasil, que o nosso sistema de saúde o valor dos insumos são diferentes, a prática clínica varia muito, é... não no que diz respeito àqueles 80% que foi o ganho de saúde com esta intervenção, mas todo o resto que compõe a, o curar mesmo aquele indivíduo que é o objetivo final, o processo de avaliação então ele é amplo, extremamente complexo né... a gente precisa, assim estar fazendo, precisa tá pensando nele, mas precisa reconhecer um pouco esta complexidade e algumas limitações que ele ainda nos impõe, ele

envolve segurança, efetividade e eficácia, efetividade a gente não teve condição de falar, mas tem a importante diferença entre essas duas, questão de avaliação econômica, questão do impacto econômico, a questão de infraestrutura ou como o sistema tá organizado, algumas implicações éticas, né... presentes aí com a adoção de tecnologias, hoje muito pouco discutidas em algumas áreas, algumas implicações sociais presentes aí e obviamente as questões legais que envolve a adoção de qualquer tipo de produto ou serviço aí na área da saúde, respeitando a própria legislação vigente no País. Principais limitações né... que eu considero é que fazer o processo por um processo, uma demanda que venha de mercado é começar errado, começar errado porque esse mercado é muito ágil, nós não vamos ter braço pra isso e isso hoje é o que está acontecendo, é o que já aconteceu em alguns países, ainda está acontecendo em alguns países desenvolvidos e eles estão começando a rever isso e discutir um pouco né... eu acho que esse processo, ele depende, primeiro de uma discussão de priorização de ações pra esse país e não considerando absoluto curto prazo, é saber onde que nós estamos querendo chegar de fato com esse sistema e quais são as áreas que devem ser eleitas como prioritárias e ter uma atenção maior e um estímulo vocacionado para a produção de conhecimento ou de adaptação de conhecimento de fora pra dentro, considerando as restrições que nós temos, é... pra orientar o próprio processo de avaliação, reconhecer que esses métodos ainda estão no berço, né... tem

muita coisa aqui do ponto de vista de técnica que é passível de crítica, ainda não tá pronto, a maioria das ferramentas ainda tem coisas que não permitem o uso como até vem sendo utilizado nos... mesmos países desenvolvidos, depende claramente da disponibilidade de dados e informação confiável aqui do Brasil, né... isto daqui é uma carência brutal hoje, a gente que trabalha, trabalha na universidade, fazer pesquisa dentro dessa área é um brutal desafio, porque você não encontra na imensa maioria das vezes os dados que precisa, você precisa buscar ele em pequenos estudos que quiser transitar um pouco pra essa área e isso implica em estudos prospectivos que também custam recursos, também consomem recursos, custam e obviamente demoram pra frutificar, trazer algum tipo de resultado, e principalmente, este aqui é o mais crítico que eu acho de todos, ele depende de um pessoal qualificado né... depende de pessoas que tenham capacidade de fazer essas avaliações é em todo o seu processo e depende de um outro grupo, independente desse que fez, que vai analisar criticamente e ponderar se o que foi feito tá pelo menos aceito com alguns padrões que são aceitos aí, já que existe muito modelo, existe muita incerteza no processo de avaliação e tecnologia, isto daqui não acontece de uma hora pra outra, a minha colocação é que o processo tem que existir, é uma necessidade, mas, obviamente, isso daqui devia ser muito mais do ponto de vista de estímulo e atenção e formação de recurso humano qualificado até pra uma adaptação desse processo à nossa realidade e necessidade. Vou passar aqui



alguma coisa de interesse que eu falo pelo tempo, essa aqui é importante né... é a questão é processo de escolha, é... tem diversos interesses em jogo, é óbvio que qualquer produtor de insumo, qualquer prestador de serviço, ele quer ter mais paciente que quer usar o produto dele mais vezes, ele investiu na sua atividade, ele quer ter um retorno pra esse investimento, ah... mas e os sem-fins lucrativos? Também, esse camarada que tá num ambiente sem-fins lucrativos, ele também quer atender e quer entregar muito, segundo seus próprios interesses, ele depende um pouco, ele não faz lucro, mas ele depende de sobra pra crescer e conquistar mercado dentro desse ambiente sem-fins lucrativos, pensando no equipamento público ou nas parcerias pública e privada que existem e ele tem a responsabilidade em reinvestir, seja em educação do seu pessoal, se ele quiser ser melhor prestador ou eventualmente em ampliação do ponto de vista de spectrum de atuação dentro de sistema de saúde ou até a atualização de parque do ponto de vista tecnológico, então, interesses todos têm né... e cada um com seu e é lícito, desde que tratados em cima da mesa, o que não dá é pra brincar com as coisas debaixo da mesa dentro do sistema de saúde porque obviamente nós estamos entrando pra aquele outro caminho, o mercado de saúde, por outro lado, ele responde a estímulos e responde a incentivos, né... e ele necessita regras absolutamente claras e duradouras, né... ontem, eu vou até depois disponibilizar pra Martha, acabou saindo num jornal um artigo que eu escrevi no Valor Econômico

que trata um pouco da necessidade a que um "rol" né..., um grupo do "rol" que está dentro de uma agência do papel absolutamente crítico do processo de regulação do sistema de saúde pra atender os interesses de uma coletividade. Sistema de saúde é um, um sistema extremamente complexo, dinâmico e extremamente criativo né... e o processo de regulamentação, ele tem que ser muito, muito hábil e muito, muito atento e ele precisa acontecer né... e essas regras criadas, se a gente tiver pensando na construção, ou se quiser pensar na construção de um sistema que olha o longo prazo, elas precisam ser claras e minimamente estáveis pra permitir que investimentos, tanto do ponto de vista público quanto privado aconteçam de forma sustentável, esse é um outro problema é, que existe e aí, nesse artigo até coloco um pouquinho a semelhança né... da crise que a gente vive já cronicamente no sistema saúde com indefinições e não respostas absolutamente críticas pra dar um direcionamento de longo prazo comparado com a crise global econômica e financeira e eu trago à discussão, o nome do artigo é; a Teoria Keynesiana, e o sistema de saúde onde esse autor aí, John Maynard Keynes, economista aí do início do século passado, ele vinha com uma teoria de via intermediária, ele caracteriza uma palavra, um termo né... que eu acho muito pertinente pro sistema de saúde que é o espírito animal do ser humano que vive muito fundamentado em pensar no futuro, eventualmente olhando sempre pra um futuro segundo as suas convicções e fazendo apostas e, obviamente, a gente tem pessoas

com diferentes ambições. Quanto maior a intangibilidade dos ativos que queremos adquirir no futuro e, portanto, a maior desigualdade de conhecimento de informações ou do próprio conhecimento em relação a esse futuro, maior é o risco que nós corremos e mais presente tá esse espírito animal, o que tô querendo dizer é o que aconteceu com a crise econômica global entre outros fatores, foi de você ter, eventualmente, um ativo financeiro que todos nós de alguma forma apostamos direta ou indiretamente, é... só que a gente não conseguia tangibilizar o valor disso e o que isso significava e o quão irreal ele era e de repente alguém abriu os olhos e falou pô, mas, pera aí... Essa coisa que você está dizendo que vale alguns milhões é impossível de valer e o mundo desmoronou, a mesma coisa como sinal aconteceu há 10 anos atrás com a bolha da internet, foi uma outra, um olhar de futuro, um ativo intangível que foi supervalorizado, muitos ganharam, poucos ganharam, obviamente, muitos perderam, na área da saúde é igualzinho o processo que eu chamo a atenção aqui que o espírito animal tá voltado que a área da saúde vende esperança e interesses específicos, quando tem o argumento de esperança num ambiente pouco educado e pouco regulado, ele faz miséria né... ele é o principal, vamos dizer assim agente de ganhos de curto prazo, então só pra ressaltar um pouco a importância de um processo regulatório claro e duradouro, ah... pra esse sistema de saúde, obviamente, ele precisa estar ancorado, no meu modo de ver, em políticas públicas que não olhem o amanhã, mas que tem que olhar,

especialmente o sistema de saúde, um médio e longo prazo. Ah... aqui vamos voltar só esse daqui eu passo rapidamente, aqui é um como eu considero, então o processo em si né... um monte de tecnologias aí de avaliação né... aqui tecnologia pode ser conhecimento do processo produtivo, não precisa ser, ah... que a gente está acostumado a falar tecnologia o equipamento, um teste diagnóstico, uma droga né... pode ser um processo só dentro ou fora do sistema de saúde, mas, obviamente, o funil é uma definição inicial de prioridades do sistema de saúde, quais são as coisas que nós queremos e devemos prestar atenção, visa visco, uma carga de doenças que tem com a infraestrutura atual desse sistema, com a percepção de necessidade dos representantes dessa sociedade, uma vez que é muito difícil a gente falar com todos, mas tem órgãos né... aí presentes que podem tá trazendo, se tratado seriamente, essa representação do que hoje é prioridade em saúde em nome da sociedade. Obviamente, tem um nível aqui no processo de avaliação dessas tecnologias que é a busca de evidencia que nós estamos falando em segurança, efetividade da droga e segurança, eficácia e efetividade, aqui isso aqui é uma liderança política que conduz, porque tem que dizer alguns não e obviamente tem um ônus político para os não, aqui é uma liderança clínica né... que tem um conhecimento muito mais dos profissionais pra julgar tecnicamente o que é evidência e o que é potencial ganho de saúde, aqui tem uma liderança que eu tinha inicialmente colocado econômico e hoje em dia eu coloco clínico-econômica

que é essa área dos aspectos econômicos em saúde pra uma decisão final do que incorporar ou não, do que listar ou não pra dentro do sistema, que novamente depende de uma liderança política, quanto mais fraca é a liderança e menos de certa forma substanciada ela tá pelo conhecimento existente, tanto do problema hoje do sistema, desafio do sistema, os limites desse sistema, quanto do impacto de alguns não, ah... obviamente, mais frágil será essa decisão de disponibilizar essa tecnologia e obviamente, é... maior o risco dela atender a muito poucos e desigualmente dentro do sistema, o que eu chamo a atenção aqui pra acabar, né... a questão de reconhecimento de limitações e interesse é um artigo também publicado recentemente na revista São Paulo Medical Journal onde eu faço alusão a um produto uma tecnologia que todo mundo, não questiona com relação a sua qualidade e analogia que é daqui da área de transporte em relação ao sistema de saúde, uma tentação de consumo, né... se tivesse um mutualismo de repartição simples, como é o nosso sistema, todos nós queríamos demandar pra uma Ferrari amanhã como um aspecto de conforto pra dar bem-estar e ganhar saúde, segurança pelo atributos que tem, pelo tempo e economia futura de chegar pra um lugar ou outro, segurança de não parar em qualquer via aí num ambiente que estamos e a gente quisesse podia até blindar ela pra ter ganhos de saúde reais aí e bem-estar real pra andar dentro de São Paulo ou dentro do Rio de Janeiro, mas o grande problema é ninguém questiona efetividade dela, né... ninguém questiona este aspecto, a questão é que num

ambiente de recurso escasso, nós temos um sistema de transporte que talvez não esteja preparado pra recebê-la, e a hora que gente coloca esse produto e esta tecnologia dentro de uma realidade, de certa forma, obviamente, a gente não vai ter todos os ganhos que ela pode trazer potencialmente demonstradas num mundo desenvolvido, aliás, ela impõe riscos até né... se a gente começar com ela aqui, eu acho que o grande desafio do ponto de vista de fazer funcionar de fato esse processo ser completo, é a gente tem uma visão crítica, além de fazer tudo, é de reconhecer e aqui entra os aspectos de infraestrutura do social, do ético, do legal, é... de evitar colocar algumas das Ferraris existentes hoje, elas são muitas aí na área da saúde, pra fazer um "off-road" né... e esse é o grande desafio, talvez, desse processo, queria agradecer todos aí, passei já Martha até do que eu estava pensando, mas agradeço vocês, espero aí que estimule um pouco das discussões aí no restante do dia. (palmas)

- Martha - Bom gente, assim, é... eu acho que a gente ficaria a manhã inteira ouvindo, acho que todo mundo estava adorando, foi ótima, acho que a gente tem discutido isso, né... muito, é... a gente tem perpassado vários dos assuntos que você colocou aqui e eu acho que é muito legal a gente conseguir ver uma apresentação que tenha desencadeado isso como uma coisa mais linear né... assim, a gente acompanhou a linha de raciocínio, acho que foi ótimo, eu fiz várias colocações assim pra gente discutir, eu acho que a gente ainda tem uns 15 minutinhos antes

do "coffee" pra gente abrir para as pessoas falarem e tal e, enquanto você foi falando, várias coisas vieram na minha cabeça, assim uma que essa semana a gente fez uma visita ao Einstein e aí no meio da reunião alguém colocou que, como que era né... a avaliação de tecnologia lá, como que isso se fazia e tal, e algumas coisas chamaram muita atenção da gente, então, assim, mesmo naquele ambiente, hoje as pessoas já tem preocupação com isso, então assim, é... tudo é assim, o meio que a gente vive já consegue perceber isso mesmo naquele ambiente, então, a pessoa colocava que antes é... todo mundo punha a cestinha de compras embaixo do braço e ia pras feiras né... de tecnologias pra Frankfurt e tal e escolhia, eu quero essa não quero aquela, eu quero essa, não quero aquela e isso era a avaliação de tecnologia que se fazia, né... no olhar e aí essa é bonita, mudou o botão já amarelo pra azul que era, enfim, isso era uma coisa real, todo ano as pessoas faziam isso, então, hoje as pessoas já entendem que não pode ser assim, você não pode jogar uma tecnologia pra dentro do teu país ou pra dentro do teu hospital sem a mínima avaliação do que vai fazer, com aquilo como que vai fazer pra quantos pacientes, enfim, então é... o momento hoje já é totalmente diferente mesmo no nosso país. A gente sabe que tem países que isso já é uma cultura, que isso já é totalmente diferente, que tem uma porta de entrada pra tecnologia, que isso é uma coisa que não existe no nosso país, mas eu acho que gente já vive um ambiente muito diferente do que a gente vivia há cinco anos

atrás, por exemplo, e aí você falar de como estabelecer um ideal pra esse sistema né... qual é essa linha que percorre o "quali" que me distingue do que vai entrar agora do que dá pra entrar amanhã, do que tá economicamente viável, enfim, e a gente tem tentado nesse grupo aqui fazer um pouquinho da discussão de priorização em saúde, mas, a gente sabe que isso ainda é totalmente embrionário no país, assim, se a ATS está começando e a coisa está ganhando forma, priorização e saúde ainda não existe, né... então assim, é... e aí vem uma pergunta, existe alguma coisa já monitorada por vocês em termo de priorização em saúde que tenha sido semelhante com processo que a gente possa viver aqui, a gente tem alguns critérios de priorização que a gente usa pra Saúde Suplementar na hora de, de fazer a evolução do "rol", mas que também são muito embrionários, né... também são muito do nosso dia a dia, enfim, como que a gente pode caminhar nesse sentido, bom, promoção e prevenção sempre tem sido nosso discurso e o nosso monte e tal e aí se imagina tentar juntar esse assunto com incorporação no momento que a gente ainda vive uma coisa totalmente voltada pro procedimento e aí eu estava em algum evento e alguém disse que é assim, não adianta você ficar falando de promoção e prevenção, é um discurso muito bonito, se hoje a realidade que a gente tem ainda é pagamento por procedimento e incorporação já é outra tecnologia sem nenhum critério, então, como que você convive com esse mundo, onde você paga por procedimento, onde você não tem avaliação de qualidade nem de performance e você



ainda incorpora o que tá na tua mão, né... então, como é que você vive isso, e a gente tem tentado lidar com isso dentro do "rol" e dentro da Saúde Suplementar, mas ainda de uma forma muito indutora, então, a gente pretende também nesse "rol" ter um pouquinho mais dessa discussão, é... o gasto em saúde, ele é muito, é... complexo porque você sabe que o país que mais gasta, os resultados deles, talvez, sejam um dos piores do mundo, então só gastar, mas como gastar é que é o "tchan" da coisa e como que você gasta e aí a gente fica pensando no nosso sistema isso também é bem complicado né... a gente tem tentado discutir isso é... tentado trazer experiências internacionais e tal, a gente vive uma especificidade que é nossa de ter dois sistemas, onde um não é... não impede que você utilize o outro, então de verdade você tem direito a dois sistemas, mas uma parcela grande da população só tem direito a um, enfim, como é que essa característica nossa se dá nesse ambiente, e... é... eu acho que é... a gente tem tentado muito discutir aqui a coisa do modelo assistencial, que também perpassa por tudo isso que a gente tá falando e que é uma discussão muito difícil, mas que eu acho que a gente tem que começar a trilhar esse caminho e é... nunca esquecer disso tudo que a gente tá dizendo né... é... eu acho que a gente tem que começar a construir uma coisa mais palpável e que a gente possa tá se apoiando e tá levando isso pra todos os foruns e principalmente, que a gente sempre utilize a mesma metodologia, eu acho que é importante também, porque senão você começa a incorporar um discurso, a criar

critérios de priorização e tal e aquela interface política em algum momento se quebra e você começa o processo tudo de novo, então, como criar isso como uma base forte, lancei um monte de coisa, não sei se alguém que fazer pergunta, tá aberto, tão tímidos.

- Dr. Marcos Bosi - A Martha fez um monte de perguntas, respondeu algumas até no meio do caminho do que eu ia falar e... todas são muito difíceis né... quer dizer, eu acho que a gente tem uma, um desafio brutal aí de tentar encontrar e... eu costumo dizer, principalmente lá no ambiente de pós-graduação que nós temos é que construir a parede colocando cada tijolinho bem sólido senão ela rui em algum momento né..., então acho que esse é o principal aspecto e, talvez, a gente vá ter que é, começar construindo numa direção e ver que tá meio torta, destruir toda, começar outra, erros vão acontecer sem dúvida nenhuma porque o problema ele não é simples né... tem uma jornalista americana até que coloca, chama "Macklin", que fala assim, olha quando você está em ambientes complexos né... ah... respostas rápidas e maravilhosas normalmente elas estão erradas, cuidado né... e aqui é um exemplo muito claro quer dizer ah... eu acho que o processo de discussão como, eventualmente, tanto ministério, quanto a agência, como outras entidades estão fazendo de tornar e explicitar um pouco mais claramente os problemas que a gente vive, ele é muito construtivo, a gente não pode saber, a gente pode ainda não saber o caminho ou, de certa forma, em qual rota vai entrar,

mas pelo menos nós já estamos falando, opa, alguma delas, em algum momento a gente precisa ir porque do jeito que tá não dá, então, esse é um ponto é... talvez eu não tenha resposta para nenhuma das perguntas nesse sentido, o que eu queria comentar, talvez, é... você citou o Einstein, eu falo também pelo Fleury e eu acho que acontece também em uma série de outros prestadores da área da saúde, a gente precisa, assim, é... também olhar um pouquinho com mais cuidado o que que é feito por empresa prestadora via de regra e não confundir esse processo que é feito dentro da empresa com um processo de avaliação de tecnologia como aqui apresentado, porque não é responsabilidade da empresa fazer essa avaliação como essa que nós discutimos, normalmente isso tem melhorado cada vez mais até pela qualificação de profissionais que compõem e tomam decisões em empresas, ah... isso vale tanto pra prestadores, mas vale pra fornecedores, também como vale também para operadoras de planos de saúde, depende de pessoas qualificadas, o que tem sido feito mais do que uma avaliação de tecnologia é a avaliação do investimento nesta tecnologia, né... e aí um olhar sim, dentro deste processo para um mercado, mas que atenda ao interesse da empresa né... então, isso é muito claramente, mudou muito porque, porque antigamente, questão de 10, 15 anos atrás ah... você tinha uma coisa que era muito frequente, né... que era pessoa que era pouco capacitada de conhecer o sistema como um todo até de olhar o mercado, ele estava tão preocupado com a novidade tecnológica que ele ia

para uma feira e era exatamente o que você falou ia pra lá e trás do mais novo eu assumo o ônus se não der certo, mas eu preciso ser o primeiro prestador a ter esse serviço aqui no País, se depois eu não tiver pessoa qualificada para colocar ou se as evidências demonstrarem daqui dois, três anos, que talvez tenha sido um investimento ruim porque não, assim, entrega tudo aquilo que promete eu valorizei minha marca, né... esse era um exemplo, coisas que eu vivenciei dentro de equipamentos público né... setor público e dentro do Hospital Universitário eram coisas muito piores também né... que não olhavam o mercado, é... não olhavam de certa forma a infraestrutura e de repente caia porque alguém deu e alguém deu e nós pagando, obviamente, não tem ninguém, saúde alguém paga por tudo né... ah... chegava uma tomografia pra não contar coisas maiores ah... e falava assim: onde que a gente põe agora? Não, não, não tem onde por, então, mas espera aí e você sabe que você precisa disso, disso, você sabe que isso tem uma manutenção, que é necessária, como um avião que você tem que fazer e tal e tal, senão ela não funciona, você sabe que, ah... não sabia, mas como é que você lidou com isso? Ah... eu lidei porque precisa ter. Tudo bem, mas e o resto? Ah... o resto não tem recurso e ficava um ano, um ano e meio no corredor deteriorando, obviamente em condições que não eram das melhores e o investimento ia para o espaço e alguém pagou, nós pagamos isso né... então, mudou e evoluiu muito, obviamente isso em boas instituições não acontecem, o processo hoje já até considera um pouco olhado do usuário final

em termos de agregação de valor, mas ele nem de perto trás a conotação de uma avaliação de interesse para o sistema, ele trás do interesse específico de um participante desse sistema, indo para um extremo você também citou, momentos diferentes, eu nem sei se cabe hoje em dia mais, né... algumas regulações ou imposições até porque a gente está num, obviamente, a sociedade ela também quer participar desse processo de escolha e cada vez menos tolera limitações ou a interferência do ponto de vista estatal em algumas áreas, né... ah... via de regra, mas você tem alguns países que definem, olha, grandes equipamentos você precisa pedir para o governo provincial te autorizar entrar ou não, ah... mas eu preciso, cara pálida, você precisa, mas não é você que vai decidir né... se aqui tiver três ou quatro e eu conseguir com essas três ou quatro dar conta da demanda já que eu sou o grande pagador, sistemas muitas vezes onde o governo não é o único, mas é o principal pagador, esse governo se dá ao luxo de reter a oferta de serviço, justamente porque ele está preocupado com a questão de prioridade do onde, quando investir né... então, acho que são questões aí que são difíceis né, mas, é... o importante eu acho que a gente ter a discussão né... essa questão do público e privado eu queria só trazer um, agora que eu estava lembrando, você fez uma pergunta de uma pesquisa, eu até trouxe, peguei hoje de manhã, vou levar, porque pode ser que surja alguma questão, tem coisas muito interessantes que a gente precisa refletir, que eu não apresentei aqui e que a gente tem utilizado num simpósio anual que a gente faz na

Unifesp, cujo tema principal tem sido avaliação de tecnologia nos três, quatro últimos anos ah... esse ano por um acaso a gente resolveu não fazer por uma série de incertezas aí de mercado e nós vamos estar fazendo em abril do ano que vem em São Paulo esse evento, mas a gente faz durante três anos perguntas, eu vou trazer de dois anos pra vocês, que foram as mesmas para um público em torno de 200 a 300 pessoas extremamente diferenciadas, interessadas no tema do sistema público, do sistema privado, de operadoras de plano de saúde, prestadores, fornecedores de insumos, representantes de associações de pacientes, gestores dos sistemas, eventualmente um ou outro tomadores de decisão ou formulador de política, não eram muitos mas estavam lá e a gente fez algum, eu vou falar três, quatro questões só para dar um pouco da ideia da percepção de um grupo que sabe o que é isto, porque está indo para um evento de uma especialidade ou dentro aí de uma especialidades que não têm um termo específico, pergunta em dois anos, eu vou dar a ideia dos dois anos que foram públicos distintos porque o temário não foi o mesmo, mas mais ou menos com esse numero de respondentes. Na sua opinião, de um modo geral a mídia e a opinião pública, atualmente, favorecem a incorporação de uma nova tecnologia?... de forma aí tinham várias opções, quatro ou cinco opções, ah... em torno de 71% em 2006 e um público diferente, nós estamos dando agora mandando para fora esse artigo, 70.6% em 2008 colocou como precoce e inadequada. Quer dizer o público respondeu que a incorporação

hoje de tecnologias em mais de 70%, avaliada por um grupo misto de pessoas com interesses distintos, ela é precoce e inadequada. Tem uma outra pergunta aqui. Na sua opinião, o atual processo de avaliação e tecnologias em nosso sistema de saúde público e suplementar é? E aí tinham diferentes opções, 2006 - 77.9%, 2008 cresceu 86.8%, incompleto metodologicamente, não abrangente só para algumas tecnologias e não atende as atuais necessidades dos sistemas de saúde, ou seja, quase quatro em cinco insatisfeitos com o processo atual que é muito novo, natural até né... ah... deixa eu ver que tem mais uma aqui, não e depois a gente fez algumas perguntas, ela não está nesse, acho que eu peguei o papel errado, mas coisas como é... o que você acha, deveria existir um único processo de avaliação de tecnologias para o todo o País reconhecendo que existem necessidades, infraestrutura distinta nesse País? E, obviamente, teve uma divisão de alguns falando que sim e uma única para todo o País, mas tinha um bom número que eu acho que era o 45, 47% esse de uma única acho que de 38, 39% dizendo que deveriam ter ah... decisões que fossem regionalizadas de acordo com as prioridades e necessidades expressas por cada uma dessas grandes regiões e depois a mesma pergunta, a gente fez. Será que o sistema público e o sistema suplementar devem seguir a mesma lógica no processo de avaliação ou uma e ou outra devem seguir a mesma lógica? E aí também uma grande divisão, muita gente dizendo que sim, deveria ser o único para os dois sistemas, mas muita gente falando não, espera aí, são sistemas,

que embora obedecem em tese aos mesmos preceitos constitucionais que têm características e propósitos muito distintos né... então, eu estou trazendo aqui três, quatro temas, também no âmbito aí de concepção e de inserção daquilo que nós estamos discutindo e querendo fazer que eu acho que são perguntas que elas precisam ser respondidas antes né... porque senão a gente falou, opa, espera aí do que que nós estamos falando né... e insere-se um pouco nesta questão de prioridades, mas, obviamente, países desenvolvidos ah... já passaram um pouco por essa fase, né, e a gente fala de países desenvolvidos, mas têm muitos que ainda também estão fazendo sem a definição de prioridades à priori e a minha expectativa, pelo menos acompanhando um pouco esse processo nesses países, é que existe uma frustração crescente ah... do ponto de vista de agregar valor com o processo ao próprio sistema de saúde. O sistema está melhorando? Tá, não tem dúvida, porque ele está se educando, ele está ficando é... muito mais orientado nas decisões, o usuário está sendo muito mais crítico e isso é fantástico para o sistema de saúde, ele demandar coisas é muito bom, ah... e alguns sistemas olhando um pouco o coletivo muito mais do que o indivíduo uma discussão grande hoje, dentro do Canadá, por exemplo, é a manutenção do sistema único Canadense, né... e algumas iniciativas grandes lá da sociedade, falando: eu não tolero mais filas né... se eu tenho o direito, exemplo, a Alberta que está sentada lá nas montanhas rochosas em cima do petróleo, uma província rica dentro do Canadá, ela fala assim:



por que que eu tenho que atender ao meu "Canadá Health Act", que a constituição deles lá na área da saúde ah... se pra fazer aqui uma tomografia eu espero quatro meses, se tiver que trocar uma prótese de coxa femoral e eu tô sofrendo, eu tenho 60 anos e tô de certa forma muito bem de vida do ponto de vista econômico, eu quero viver esses meus 15, 20 anos pra frente bem, por que que eu tenho que esperar oito meses, né?... Eu vou para os Estados Unidos e pago essa prótese lá e volto, aí a sociedade em si começando a questionar e falar assim: espera aí, mas qual é o limite num mundo globalizado como hoje, será que não é melhor esse recurso ficar aqui dentro? Sociedade médica, por um lado se mobilizando e querendo um outro pagador, né... e o exemplo mais claro é a Província de Quebec já com a corte suprema deles autorizando a iniciativa privada oferecendo serviço com pagamento direto do usuário, um risco e uma briga de braço brutal no parlamento canadense e falar assim: vamos deixar isso acontecer e caminhar na direção de um Brasil e um Estados Unidos ou vamos tentar, heroicamente, redefinir prioridades e, ao invés de, da mamografia do jeito que a sociedade especializada pede, nós vamos colocar critérios e limitar e priorizar aqueles que vão ser preteridos ou não numa fila, né... o único aspecto que eu queria chamar a atenção Martha, eu paro de falar pra pergunta é você comentou dos Estados Unidos como um sistema ineficiente, a gente tem feito algumas continhas né... e aí a gente precisa tomar um pouco de cuidado quando a gente compara com os Estados Unidos no meu

modo de ver, do ponto de vista econômico, né... se você for observar hoje o quanto que a gente gasta em assistência à saúde no sistema suplementar, nós estamos falando em torno de 4,5% considerando o bolso do paciente, né... é... vamos dizer que seja 4%, quatro pouquinho por cento, tirando um pouco daqueles é... menos favorecidos que estão no SUS e que, obviamente, gastam menos do próprio bolso quando necessitam de alguma assistência, pagar uma consulta por fora e comprar um esparadrapo, fazer um exame, pagando do próprio bolso em algum laboratório, porque o SUS, eventualmente, infelizmente talvez não atenda a sua expectativa, é... hora, hoje o sistema suplementar e a ANS têm esses dados né... do ponto de vista de assistência médica da DEZEM tem 40,9 milhões de beneficiários, tem talvez uma pequena duplicaçãozinha ali, muito, muito pequena, só médico-hospitalar, hoje nós somos 190 milhões, né... continha simples, boba, se a gente quisesse e se pudesse estender o sistema que nós temos hoje suplementar pra toda população, nós estaríamos gastando em torno de 16 a 17% do PIB, tirando o efeito aí, ganho de eficiência em escala, mas nós estamos gastando quase a mesma coisa que os Estados Unidos gasta, só que numa população muito menor, por isso que percentual é menor né... se a gente fosse hoje estender o sistema e, obviamente, vai crescer o uso nessa população que é menos favorecida porque seguramente tem uma carga de doença maior, fruto da falência né... de outros setores da economia,

inclusive a educação, é... nós vamos estar também ineficiente quanto eles como país né...

- Martha - Eu não tenho a menor dúvida por isso que nem comparo o suplementar com os Estados Unidos, eu acho que assim, é ineficiente e é ineficiente da pior maneira, porque lá eles são ineficientes talvez como organização menor do que que a gente possa ter, então, é gravíssimo, não tenho a menor dúvida.

- Marcos Bosi - outro dia uma conversa e discussão num evento, né... colocando, puxa, mas gasta muito e vai diminuir esse custo, num vai né... o que também o pessoal precisa entender, a gente tem discutido um pouco isso é que Estados Unidos tá usando setor saúde com o fator de desenvolvimento socioeconômico, coisa que o Brasil precisaria fazer com a política do complexo industrial da saúde, a exemplo até dele, não precisaria ter o mesmo sistema que os mesmos desperdícios que tem esse é um trabalho que a gente tem que fazer, mas exige um olhar de longo prazo porque hoje aqui nós já somos, tem números aí que diz que é mais de, talvez 8 milhões de trabalhadores na área da saúde e ele faz isso bem, hoje em dia os Estados Unidos não só, não diminui o investimento em saúde e a tendência é crescer, esse ano deve tá indo pra 17.4% algumas estimativas saíram esse mês, justamente que o PIB diminui, mas o gasto vai ser mantido até nesse momento é... onde o governo assume um pouco mais para fortalecer a economia, é então esse é um lado, ele é um motriz do crescimento econômico americano, e um outro aspecto que nos difere e essa é a briga também que sai

da nossa discussão, entra pra uma outra, que é de fortalecimento do complexo industrial da saúde como é... vamos dizer assim setor ou fonte de desenvolvimento socioeconômico do país, olhando a médio e longo prazo, é a questão onde que ele exporta, né... então pra ele exportar toda essa tecnologia que está gerando emprego, obviamente, ele precisa ser um entre aspas, mal-educador ou bom educador conforme a gente queira no uso dessas maravilhas tecnológicas né... então nós temos uma outra lógica que está fora do sistema de saúde, envolve o lado político-social, mas que não dá pra gente falar só que essa ineficiência é à toa, o problema é de distribuição também lá deles né... mas que vai gastar mais vai, e aqui nós também vamos gastar mais né...

- Martha - Eu acho que tem uma outra coisa que assim, quando você olha o que é ineficiente, o nosso é muito pior, porque lá eles pelo menos tem um alto gasto com uma tecnologia né... x, aqui a gente tem um alto gasto e a pessoa nem tem acesso aquela tecnologia, ela fica aqui na base rodando e fazendo 50 vezes a mesma coisa, enfim, então assistencialmente essa iniquidade e ineficiência, ela é muito maior, então não tenho a menor dúvida disso, eu só queria resgatar uma pergunta ali que você falou e que a gente tem discutido muito aqui, que é... é... a pressão que se tem quando alguma tecnologia ou algum procedimento, enfim, entra no País direto por um prestador que foi aonde começou a minha fala ou é... tem um registro e entra no país sem nenhuma triagem, como a que você falou que em Portugal,

enfim, Canadá, Holanda, Alemanha fazem e a gente não faz, e a pressão que essa tecnologia depois de ter o registro, depois de entrar dentro de um hospital, ela faz em cima do sistema de saúde pra ter a sua utilização, enfim, até que ponto é... a incorporação pelo sistema de saúde se dá na colocação de uma tabela ou no simples registro ou na simples entrada para dentro de um hospital? Então, é... isso é tão importante ou quanto que a gente tá fazendo aqui, né... então, a gente também tem discutido muito isso, né... a pressão que, que isso faz em cima do sistema pra subutilizar aquilo, eu acho que gente já falou pra caramba, ninguém levantou a mãozinha, Sérgio.

- Sérgio - É... parabéns dr. Marcos, é... eu gostaria de fazer só, pedir uma outra ponderação tendo em vista que a gente já verificou o senhor entende extremamente do assunto, é... qual é o retrato é... da gente poder ter aqui uma informação de como funciona ou de como é o lobby da introdução dessa nova tecnologia perante as nossas lideranças políticas? Ou seja, como é que elas reagem, como é que... se existe isso, como é que isso funciona? É... tendo em vista que o congresso tem uma omissão de saúde e a gente acho que precisa saber, como é que isso acaba acontecendo frente aos nossos políticos.

- Martha - Marcos só se apresenta que a gente tá gravando, eu acabei falando o nome do Sérgio.

- Marcos Manfredini - É... eu represento a Coordenação de Saúde bucal do Ministério da Saúde, é... basicamente são duas

questões, a primeira é com relação a questão de que com esse custo crescente dos gastos em saúde esse debate sendo feito amplamente, se há uma perspectiva do ponto de vista dos estudos acadêmicos? ah... sobre qual porcentagem de PIB que a gente poderia trabalhar em cima do que seria o ideal? ah... Porque, por exemplo, a gente vê o gasto da Grã Bretanha que tem... o do Reino Unido, que tem um sistema público que é uma referência né... durante muito tempo no Health Self Service que tá com gasto de PIB aí por volta de 8% pelo que eu vi numa transparência que foi apresentada, que se aproxima muito da soma do nosso gasto público e privado e, segundo, dentro dessa linha de avaliação de tecnologias em saúde, que... experiências internacionais, tanto de serviços públicos como de serviços privados que a gente pode ter como referência que nos últimos anos vem adotando esse sistema e vem conseguindo obter uma eficiência na alocação dos recursos? Porque, na, realidade a gente observa uma crítica muito grande, ah... ao fato de que a gente gasta pouco e mal mas aparece muito pouco onde a gente gasta bem, né... então, que referência isso poderia tá passando para o nosso conhecimento? - Martha - Gente eu só queria pedir desculpas já são 11 e meia, a gente ta atrasado para o coffee, o Marcos responde essas duas perguntas e aí depois a gente volta, pode ser? - Marcos Bosi - Então, a primeira pergunta no meu modo de ver, ela é assim, simples e rápida, infelizmente, eu acho que o mundo político é um, o mundo da realidade do sistema daqueles

que cuidam mesmo do sistema de um determinado escalão, seja governamental ou dentro do sistema privado, ele é outro, né... eu acho que as coisas, a sensibilização de que o problema existe, eu acho que é, é percebida, mas de fato querer tratar do problema como ele deve ser tratado eu acho que ele é absolutamente, vamos dizer, negligenciado, e aí eu entendo e isso na minha cabeça tá muito centrado um pouco na mentalidade política vigente, né... porque ao assumir esses dilemas implica em você fazer alguma coisa e dizer alguns não, e eu acho que a gente ainda não tem uma, vamos dizer, uma estrutura política aqui no País é... pra assumir alguns desses não né... e isso depende de liderança, obviamente, é... opinião minha, mas vendo um pouco do que tá rolando aí, de falar, foi falado acho que sabe que o problema existe, a grande questão é dar o passo seguinte e falar, espera aí vamos fazer alguma coisa né, é... com relação ao PIB necessário né... esse estudo ele não existe né... na realidade, é... é... até demandas né... como outras que também são importantes, eu vou da uma outra que a gente já tem discutido na AMB, é qual é o número de médicos necessários para um país como o nosso? Que também é uma outra pergunta muito parecida com essa e costumo colocar aqui, que uma implica na outra né... e é difícil porque novamente depende daquilo que nós estávamos discutindo, é... que tipo de sistema nós queremos e em que tempo nós queremos, né?... é... porque esse investimento ele vai ser tanto maior quanto maior o esforço que a gente queira dar de atenção à saúde em detrimento das outras

áreas que também são importantes, é... e depende um pouco também do que nós estamos querendo fazer e em que tempo, porque alguns desses investimentos vão implicar numas ações, no hoje né... e isso exige recurso, então, é difícil, que tem hoje sido feito por outro lado é uma comparação entre países como uma ideia do que existe alocação de recursos na área da saúde, então, por exemplo, é... essa história de um percentual de PIB, ela serve como um, vamos dizer assim um balizador do que países estão investindo, mas com realidades muito distintas né... do seu sistema em si, é... acho que não dá pra ir muito além disso não, acho que é, é... se a gente tiver que caminhar mais na discussão de que sistema nós queremos e de que forma nós queremos, talvez a gente consiga ter um pouco mais de definição é... desse número mágico aí, o que eu sei é que e costumo dizer, eu não acredito que nós vamos ter redução de custos, é... em saúde, nós estamos numa espiral aí, eu acho que ela é absolutamente é... saudável por um lado e ameaçadora do outro que é estar investindo sociedades de um modo geral cada vez mais do seu PIB em saúde, assim que ela começa a resolver alguns problemas mais elementares, eu falei aqui na apresentação de que, é... a gente gasta em média, por família brasileira 6% do seu orçamento familiar em saúde, na média, nessa mesma pesquisa de orçamento familiar o brasileiro gasta 70% do seu orçamento familiar em habitação, alimentação e transporte, né... isso mostra um pouco o retrato do País né... é como é que esse camarada vai pensar em investir mais em



saúde, se ele precisa comer todo dia, sobreviver ao dia coberto em algum canto e pra poder ganhar um pouquinho pra pagar esses dois ele precisa ir trabalhar e aí ele precisa de transporte? Então, não dá né... quer dizer... a questão aí também da distribuição do desenvolvimento socioeconômico é um outro fator extremamente importante e não dá pra olhar o hoje, esse é um processo que a gente tem que olhar a longo prazo, é... você me desculpa a segunda parte eu anotei mas eu perdi a tua segunda pergunta, ah... então, isso é uma, eu acho que existem exemplos muito bons no país né... é... do ponto de vista de prestação de serviço, tanto no público quanto privado, é... e eu diria assim, é... alguns muito orientados e tentando se valer muito da questão da efetividade, naquele conceito de levar o melhor que tem do ponto de vista de procedimentos, assistência, corpo de profissionais pra prestar esse atendimento, agora, a gente não pode esquecer que esse sistema ele depende de políticas públicas, o pública ou privado que vão ser os incentivos e direcionadores do mesmo sistema né... então, é aquela história, hoje, vou dar um exemplo do "Fleury" no caso, não querendo dizer que seja um desses, mas uma das preocupações que a gente tem bastante, com essa questão de tecnologia, tirar as coisas antigas que seguramente não agregam o valor à luz de outras que existem e não duplicar e, eventualmente, tem um crivo muito grande no que trazer de novo, em que momento, e de que forma oferecer, até as vezes restringindo um pouco a oferta, é lógico que isso é muito cuidadoso, aí eu entro um pouco do papel de

política pública, porque o ambiente não tá preparado pra restrição, e eu dou um exemplo, dois exemplos recentes e que o "rol" de procedimentos que esse grupo trata, provavelmente, vai enfrentar também num país tão diverso quanto o nosso e com a cultura vigente do sistema é, na hora que você tenta tirar alguns produtos que sabidamente não tem mais sentido, vou dar um exemplo, na área de diagnóstico células LE, que hoje em dia se duplica com um monte de outras coisas que já tão dentro é... do próprio sistema e você retira e o Fleury fez isso deliberadamente, tirou e falou não, não tem sentido mais esse negócio aí é... maluco né... ou um outro teste, teste de coagulação, TC, por exemplo, você nem imagina a quantidade de reclamações que nós tivemos com prestadores de profissionais que falaram vocês não têm o direito de retirar isso, eu uso isso, quero isso no meu paciente, vocês têm que fazer, então, esse é um exemplo muito claro, o outro é um outro exemplo que até a Martha colocou né... eu citei aqui da mídia, basta parecer domingo a noite alguma coisa na televisão nosso call center lá, que é grande, ele recebe aí em torno de 100, 120 mil ligações por mês, ele seguramente segunda e terça e hoje nós já estamos descolado um pouco, já tem um, até um roteirinho pra dizer, ele falou assim, minha senhora, meu senhor, médico, olha, esse exame não existe disponível ainda, não, não, mas vocês não mandam pra fora, ah... sim, a gente manda, o problema é que esse exame, ele ainda está com rótulo que existe nessa área diagnóstica "for resort use only", só pra uso dentro da

pesquisa porque são países que têm uma regulamentação, não, não, mas nós queremos, me ajuda, me fala onde que tem porque eu quero mandar, minha senhora, esse não é o nosso papel, a gente tá oferecendo aqui, a gente até manda coisa pra fora quando é uma nova tecnologia que tá testada, mas essa não dá, não, mas aí novamente briga porque entende que é direito ter o acesso a esse exame, mesmo que você fale, olha, veja não tem evidências de que isso vá ser bom e que vai agregar qualquer valor, alguns pacientes ficam muito bravo, pior, alguns profissionais da área da saúde ficam mais bravos ainda né... então, esse é um outro é... exemplo aí presente que novamente, iniciativas existem, mas é um braço de ferro muito grande porque depende dessa complexidade que o sistema tem.

- Martha - Bom gente, é... a gente pode ir pro intervalo, deixa só ver que horas são, é eu acho que 15 minutinhos a gente volta e aí gente, a gente vai fazer uma apresentação da gerência de avaliação de tecnologia sobre as avaliações que a ANS está fazendo, é... depois do almoço a gente volta e faz a discussão de Saúde Mental, só pra gente não ficar maluco e juntar as duas discussões tá? Obrigada.

- Martha - Vamos sentar? Carlinha! Bom gente, agora a gente vai ter a apresentação da Isabela, ela é gerente da GAT, que é a gerência dentro da ANS responsável pela avaliação de tecnologia e ela vai contar um pouquinho pra gente sobre o que que eles

estão fazendo na avaliação de tecnologia, como está sendo esse caminho e tal e depois a gente abre pra discussão também, tá?

- Isabela Santos - Bom dia, meu nome é Isabela, alguns já me conhecem aqui, uns de São Paulo, uns do Desage, quando era, se bem que hoje a Cristiane não veio, outros da ANS, eu hoje estou gerente da área de avaliação e tecnologia em saúde na ANS e... bom eu, a gente é, assim, eu fiquei com algumas dúvidas sobre qual, como trazer o conteúdo né... e a gente já foi muito..., o Bosi já saiu? A gente foi muito feliz porque o Bosi, ele acabou que ele ajudou e trouxe uma introdução que vai ajudar muito, eu pra entrar no assunto vou pedir diretamente pra vocês, ai meu Deus, eu não sou muito boa com essas coisas, mas vamos lá, não tem que apontar, isso aqui o Bosi já mostrou gente essa, eu vou passar rapidamente essa introdução porque a gente, vocês já tiveram essa introdução com o Bosi e eu acho que, essa era mais contar a história de cada um, onde vem a ATS né... ela não vem, não vem do nada né... uma das questões é o aumento de custos em saúde, aqui você tem os países, alguns países da CDE, que são, peguei os mais expressivos né... que a gente está mais acostumado a olhar os dados e aqui é a variação percentual em cada década de quanto aumentou o gasto com saúde, gasto total, que é o gasto público mais o gasto privado, então você vê que são aumentos o que a gente passa no Brasil de aumento de gasto com saúde é uma coisa absolutamente natural a palavra, mas acontece em todos os países, são fatos e é um problema para o mundo inteiro, então, você tem desde a década de 60 e começa a

ter incrementos altíssimos né, de 10% na Áustria, Canadá, Japão 20% né... Espanha 25% e você continua tendo incrementos grandes nas outras décadas até chegar (eu com essas máquinas, eu gosto laptop, aqui você aperta um page down e ele vai, ele anda, responde...), aqui, esse aqui é o mais recente de 95 era o 2004, que o gasto total em relação ao PIB, esse é interessante pra gente comparar um pouco com que o Bosi falou e pensar o caso Brasil, também, que além de mostrar que a variação é muito alta, né... nos anos 60, esse é dado que saiu agora em 2006 do CDE, tive que cruzar da base de dados deles lá e... mas é uma variação muito alta nos países, mas, se você olhar o gasto total em relação ao PIB, em grandes países importantes você que é em torno de 10%, não é os 7% da gente, alguns são 8%, né... oito, nove, se o Reino Unido lá embaixo que é oito por cento, que o Manfredini tinha falado, agora esses países o gasto deles é majoritariamente a público, 90% geralmente, 80% no mínimo, mas, assim, em torno de 90% pra mais é gasto público, então, isso muda muito também o, o poder que o estado desses países tem de definir as políticas de saúde pra onde que vai os fundos dos sistema de saúde né... isso é muito diferente no caso do Brasil que a gente tem, a composição do gasto verde é público e as outras cores é privado, esse dado ele é exatamente esse, 2006 o Bosi também mostrou que a gente, o poder de decisão e o poder de influência do estado é muito menor né... a gente porque o setor privado não é uma única empresa né... um monte de indivíduos e empresas e um monte de interesses é muito

diverso, então, é mais difícil o estado se impor e falar, não o sistema de saúde tem que caminhar pra tal rumo né... e aqui eu fiz uma conta aqui que é polêmica, porque tem gente que diz que está certo ou errado, pegando esses dados que o Bosi mostrou, eu botei num denominador a população do IBGE para pegar todo o que seria o gasto per capita do SUS e aí seria R\$ 422,00 per capita pra gastar no ano de 2006 no Brasil, nos planos de seguros, eu botei a população com plano médico hospitalar naquele ano e aí você tem uma diferença né... você vê né... R\$ 1.000,00, uma diferença muito grande, você olha os dados per capita que o Bosi mostrou era de 2 mil dólares em alguns casos né... daqueles países, sendo que é majoritário público, então, eu acho que a gente tem que trazer essa discussão também, a gente gasta em muitas vezes mal, mas a gente também ainda gasta pouco no Brasil né... sobretudo o gasto público e eu acho que essa é uma responsabilidade de todos nós como cidadãos e empresários, profissionais de saúde, para os que são da ANS que estamos aqui trabalhando no governo, a gente também tem essa obrigação de participar dessa discussão política pra pensar isso, é só esse gasto, vai dar, mesmo se gastar melhor né...? De qualquer forma o que nos cabe nesse momento na ANS é tentar gastar melhor né... na minha área, aqui é mais um dado complementar que é a pirâmide etária, o... todas essas, o fundo azul e o fundo escuro pra cá é homem e prá lá é mulher, o fundo escuro é o Brasil e o que está tracejadinho é a população de planos e saúde, o que que isso mostra, isso mostra que a gente,

a nossa pirâmide no Brasil ainda é na forma triangular né... que nem foi há muitos anos atrás os países desenvolvidos, a população tem plano, que é a população mais rica também né, que é outra questão importante, é uma população que já está mais envelhecida, que você vê que aqui já é menor, a composição nas faixas etárias até 20, gente vou ficando sem ar, a gravidez me fez esse efeito viu vocês (risos) se ficar difícil vocês entenderem, vocês me avisem que eu paro para (respirou fundo) depois eu paro e a população vai envelhecendo, vai aumentando a população com plano, a medida que vai envelhecendo, isso também e essa é a tendência do Brasil inteiro e provavelmente a população tem plano e vai mais rápido nessa tendência né... então, isso implica em que, implica em mais custos em saúde né... isso, então, era o contexto de onde entra a questão da ATS, além disso em todas as discussões que o Bosi falou de melhorar a qualidade, melhorar a possibilidade de você ter tecnologias mais avançadas, mais eficientes, rediscutir as que existem para serem mais efetivas né... junta todas aquelas questões, aqui assim, a minha ideia não é dar aula gente, mas é que a gente queria passar esse "slide" que a gente tem como homogeneizar um pouco os conceitos que a gente tem aqui de ATS, eu peguei, tem uma instrução da DIDES, uma instrução normativa nº 32, que ela é interna da ANS, mas ela tem alguns conceitos que quem estiver interessado pode ver, um deles é isso, o que que é a ATS, então, ela é um processo contínuo de análise e síntese, dos benefícios e das consequências do uso de

tecnologias saúde né... isso é uma coisa geral né... isso é um processo lento, complicado, complexo, que eu vou explicar mais a frente, aqui o que é tecnologia, todo mundo sabe né... gente, é qualquer conhecimento que pode ser aplicado para a solução ou redução de problemas de saúde, seja de indivíduo ou de população, aí pode ser equipamento, medicamento, insumos e procedimentos e também tudo o que você pode fazer de infraestrutura para poder fazer e organizar pra poder prestar ao serviço, então, não é só uma tecnologia, ela envolve analisar uma tecnologia, envolve também você sinalizar a organização de um serviço, por exemplo, e como que esse organismo consegue prestar e enxergar aquela tecnologia né... você, simplesmente, um procedimento, você só olhar como que é aquela ressonância, tudo o que tem por trás disso como que ela é feita, como o sistema se organiza, como que se dá ao acesso, tem outras questões mais que aí faz parte das dimensões que o Bosi também já apresentou né... eficácia, efetividade, segurança, eficiência e os impactos que essas tecnologias têm, que pode ser impacto social, da sociedade, impacto ético das questões né... dos comportamentos e valores da sociedade e o organizacional do ponto de vista da organização do sistema. Aqui que eu acho começa a ficar um pouco mais interessante pra vocês que é assim, para que que serve a ATS, na realidade? Assim, como que, porque que a gente usa de fato, né, então? Uma das coisas para dar mais sazonalidade científica, né... as decisões e eu acho que aí, talvez, seja a maior contribuição



que a área de ATS na ANS pode dar nesse momento, porque a gente... um dos elementos de subsídios para decisão de incorporação (10:07 - falha no som) de tecnologia, como vocês todos estão participando do "rol" desde o início, eu estou aqui com a minha equipe também, desde o início, vocês já perceberam que tem muitos elementos, além dos elementos políticos, mas existem muitos, uma infinidade de elementos, um deles é a ATS, então, aonde que a gente chega pra tentar ajudar a racionalizar esse processo? Essa decisão que sempre tende a ser uma decisão muito permeada de interesses e de pressões, então, a ATS tem tentado cada vez mais ter mais interesses e questões que você não consegue palpar né... que não são 'tactíveis' né... 'descritíveis', assim, pra questões que estão em cima da mesa, escritas, decisões que subsidiam uma decisão de uma forma racional. Esse acho que é o principal ponto, então, o que é mais e com isso você conseguiria contribuir para um sistema de saúde mais eficiente, com má qualidade na assistência, né... (.....11:03) nas decisões, a gente conseguiria assumindo o que os interesses são diferentes, essa é uma discussão que a gente teve muito aqui nas GTS do "rol" né... que assim, como que você concilia todos esses interesses, são diferentes mas isso faz parte da função da ANS, conciliar esses interesses, tentar encontrar em que ponto de equilíbrio nisso, isso em relação não só em incorporação, que é o que a gente mais tem discutido, mas a retirada de tecnologia, se uma tecnologia não está sendo efetiva ou não está sendo eficiente tem que ser discutido e

monitorar as que estão em uso também, além disso, que não parece que não é importante, mas que é extremamente importante, que é uma dos nossos maiores desafios e que eu acho que até serve também, disseminar o conhecimento e conscientizar a sociedade não só para os prestadores, mas os usuários da ATS e dos resultados da ATS das pessoas que deveriam estar cada vez mais conscientes, não chegarem num médico e falar: doutor eu li um, meu marido que é médico, outro dia chegou pra mim e falou, ah... eu li um artigo sobre aspirina, dizendo que estão sendo questionada a aspirina, o uso da aspirina por problemas de saúde coronarianos, aí eu falei vem cá, é um artigo de uma revisão sistemática, um ensaio, ele é um artigo, é um ensaio que fizeram num hospital, e eu falei: com quantas pessoas mais ou menos? Ele, ah... eu acho que tinha 80 pessoas, mas eu falei - mas e aí o que você faz com esse resultado, entendeu? Assim isso é uma pessoa absolutamente estudiosa, então, a ATS é uma área muito nova, então são poucas pessoas que conseguem entender que não é um artigo, não é uma experiência individual, essas coisas são importantes, mas não podem sozinhas definir um decisão, então tem que disseminar um pouco essa coisa do que como uma ATS pode ajudar melhorar o cuidado da saúde, acho, eu vou ter que falar mais devagar gente (risos) é porque a gente está com pouco tempo, mas não tem como, não tenho esse fôlego. A outra coisa que estão para contribuir para a sociedade com as questões éticas dos valores sociais, isso parece aquele "bla, bla, bla", mas e talvez a meu ver esse é a eu gostaria de

iniciar essa discussão lá dentro da GEAT dentro de uma forma mais sistemática, antes de eu sair para este parto, porque eu acho que é a única forma da gente fazer uma discussão não do impacto econômico de uma tecnologia, mas do impacto de quais são todas as tecnologias que um sistema de saúde incorporam, não, é pra onde vai rumar o sistema de saúde com isso, isso não pode, a gente estava até conversando agora eu e a Carla né... a partir dos dados que o Bosi mostrou, isso não pode ser só em função de uma tecnologia ou de um ator, isso tem que ser em função de todas as tecnologias e tem que ser discutido junto com a sociedade, a sociedade brasileira, se tiver que escolher, por exemplo entre cirurgia estética e cirurgia bariátrica, só para casos não estéticos, que que a nossa sociedade vai escolher?... né... essa decisão não dá pra fazer sem a sociedade, então, como que você consegue fazer isso, incorporar os valores sociais e os éticos pra dentro desta discussão, é um superdesafio, na academia estão conseguindo fazer já isso em livros europeus né... mas no governo e na prática é muito difícil, aqui retomando um pouquinho né... assim a gente tem a área de ATS, ela a gente não vem de uma ideia, ah... vamos fazer a ATS na ANS né... isso está dentro de uma política, dentro de uma política definida e de forma legal das competências da ANS, né... na lei de criação da ANS, que tem uma das questões elaborar "rol" de procedimentos que todos aqui já sabemos de que se trata, em relação a tecnologias tá nas competências da ANS, estabelecer normas de adequação e

utilização de tecnologia no mercado de Saúde Suplementar, em relação à qualidade estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade, avaliar e zelar pela qualidade da assistência, o que que isso tem a ver com a ATS? Tudo, porque isso interfere nas decisões por incorporação e na qualidade de assistência, então, a ATS pode subsidiar toda essa discussão. Agora, um pouco pra vocês entenderem no meio desse processo inicial que o Bosi estava falando, que é recente da ATS, é obvio que a gente vai falar que a gente é um centro de excelência de ATS, mas a gente tá, tem uma experiência aqui, perto da criação das áreas de ATS no Brasil não é mais tão recente, é recente em termos de data, mas não mas tão recente comparativamente no Brasil e vem nesse contexto de criação de áreas de ATS no governo e empresas e na academia também, então, em 2005, foi revisto o regimento interno da ANS e a área de incorporação né... botei se fico com a GGTAP/DIPRO, porque essa área do "rol", que já era essa área responsável por isso, em 2005, foi criada essa área de ATS, acho que foi mais recentemente foi o "rol" né... acho que foi 2006 ou 2007 e aí, olha como é recente os trabalhos institucionais da ATS começaram a ser feitos, em 2006, que isso saiu, que está numa versão inicial ainda, da política nacional de gestão tecnologias em saúde, que ainda é o norte que a gente tem para essa área de ATS, dali foi feito o GT o grupo de trabalho da ATS dentro da Secretaria de Ciência e Tecnologia, insumos estratégicos, ministério, que é composto pela coordenação geral de ATS do ministério, tudo isso em 2006,

depois né... do que da nossa criação pela ANS e pela Anvisa, aqui onde a gente define a grande parte da, a formulação de políticas, de estratégias de ATS são feitas nesse grupo, na verdade, e depois disso ainda, um pouquinho depois foi criado a Sete, que ela ficava na SAS, hoje está na Jequiti, e a Rebrats depois ainda que a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde, eu vou explicar mais na frente o que que é isso, é que as nossas competências pra quem não tiver conhecimento tem isso numa resolução da ANS, não dois, um, que é levantar e analisar, propor instrumento de regulação de ATS no âmbito da Saúde Suplementar, coordenar também na Saúde Suplementar formulações de diretrizes para ATS, acompanhar e propor medidas pra reduzir a resistência, ainda existe junto a resistência né... essa área de regulação de ATS, organizar bases de dados de ATS, isso é fundamental, a gente está trabalhando seriamente nisso nesse momento junto com a Rebrats também, a gente vai conseguir também uma base de dados não se sobrepõe a outras, a ideia é que no futuro você tem um portal que todo mundo possa acessar e isso possa subsidiar até decisões judiciais, coordenar iniciativas de ATS no da ANS, aqui não é pra assustar não gente, é só para vocês terem ideia, qual é a nossa, aonde estamos né? Pra entender um pouco assim é... porque tão complexo ATS né?... E onde que a gente está se relacionando no Brasil? Pensando a área da Geats lá em cima, ela tem a relação com a Rebrats, com essa Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde, tem relação com a Citec, que é a área de

incorporação do ministério, que é a comissão de cooperação, tem relação com o GTTS, que também tem relação, o GTTS também tem relação com a coordenação geral de ATS da também tudo isso dentro da Secretaria de Ciência e Tecnologia né... o Conass que nós

vemos, ou seja, gestores públicos também participam do GTTS, agência em relação também com a Anvisa, tanto no GTTS como para fazer o Brats, que a gente faz participar da elaboração do Brats trimestralmente, que é um Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia, que aí é uma outra questão que eu vou explicar mais a frente... como que a gente define? O que que vai avaliar? O que que é para o SUS, o que que é para o setor Suplementar? A gente relaciona aquilo com o GT do "rol" e com pecuária do "rol" diretamente também lá na ANS, tem relação com consultores que a gente tem que contratar para fazer as ATS mais complexas e completas, que não dá tempo da gente fazer as com, tem ATS que demora um ou dois anos, né... e tem a nossa produção própria, isso aqui eu trouxe mais pra responder uma demanda que surgiu na primeira reunião do "rol", não sei se vocês estão lembrados, teve uma, alguém que perguntou, não lembro mais quem, como que faz para pedir pra a ANS fazer uma avaliação do GTS, isso, então eu trouxe só para vocês terem conhecimento de como que é, não é por esse caminho, esse caminho é demanda interna, que é essa instrução normativa que eu falei que tem da nossa área GTS, quem quiser ler pra conhecer os conceitos e vê como a gente funciona lá dentro é

interessante, mas não é aí que vai se basear, tanto que vocês olharem no artigo segundo, vai ver que solicitante é qualquer órgão da ANS, tá, então, aonde que entra a demanda externa? O caminho é um, oficialmente o caminho é um, mas a gente tá trabalhando de outras formas também, que é a Citec, isso aqui é portaria da Citec quem quiser anotar para saber como vou fazer a demanda, essa portaria número 2587 é a mais recente e nesse anexo um tem o fluxo para a incorporação que diz o que?... que as solicitações, aí tanto no SUS, quando no sistema suplementar serão protocolizadas nas secretarias de ciência e tecnologia e ela vai registrar e vai encaminhar para a Citec e a Citec vai encaminhar ou para o Decite ou pra a ANS analisar, depois tem também é interessante olhar o que tem também que mandar e enviar de informação, por exemplo, uma pessoa que demande um estudo de determinada tecnologia não pode só chegar e falar, ah... eu gostaria que o Ministério da Saúde estudasse a gente vai deixar o "powerpoint" depois pra anotar, não precisa anotar correndo não, o... se alguém falar assim tem tal tecnologia, eu gostaria que avaliasse, não é só gostaria, tem que chegar e apresentar um pouco né... do que que você sabe sobre essa tecnologia e tem as informações lá né... do... de quem está propondo, se já tem, se for medicamento tem algumas sessões específicas como o preço que teria sido aprovado, relatório, com evidências de efetividades e segurança, estudos de avaliação que houverem, estimativas de impacto econômico, ou seja, assim, também pra demandar uma avaliação de tecnologia

para o Ministério da Saúde, tem que ah... tem que ter algum conhecimento sobre se a tecnologia e esse é mais um dos motivos pelo qual toda essa discussão de ATS tem que ser desenvolvida cada vez mais em cada instituição, não é que cada área tem que avaliar, mas tem que ter sempre um profissional que conheça isso, que saiba acompanhar, saiba entender quais são os problemas, quais são as complexidades, aqui é um pouco como a gente faz, afinal, o que que é né... essa ATS? Aqui, a gente fala ATS, ATS, que que é avaliação da tecnologia? Como que a gente faz? Aqui é uma forma bem resumida e eu boto um esboço bem bonitinho, esse desenho é o Eduardo quem fez para parecer um drops para não parecer que não é tão complexo né... parece uma balinha, mas, na verdade, é complexo gente, primeiro de tudo, assim, tem uma demanda para analisar uma tecnologia... que que você vai ver? É possível analisar ela né?... Então, você vai ver assim, o que que a gente quer analisar? É só ah... vamos analisar este assistente, mas assistente pra quê? Em que caso? E aí você vai ter que começar a fechar a pergunta dessa avaliação, isso já é extremamente complexo e difícil, quem já escreveu qualquer projeto na vida sabe como fechar a pergunta e delimitar é difícil, aí você tem que ir atrás se existem evidências disponíveis sobre isso? Sobre esse tema, se há urgência para avaliar essa tecnologia? Qual a relevância dessa avaliação né?... Aí, a gente vai estudar um pouco do problema de saúde hoje. Quais são as questões que envolvem os problemas de saúde relacionado ao uso da tecnologia? E aí vai ver os



aspectos epidemiológicos, quais são as outras tecnologias que existem alternativas que sejam aprovadas ou não, que seriam os comparadores né... para poder fazer a avaliação e aí entra a parte pesada, a gente tá trabalhando com protocolo feito com base num protocolo que existe do Ministério da Saúde, que tem o "site" do ministério, chama parecer técnico e científico, que aí tem as regras para fazer o parecer, a gente tentou fazer de uma forma mais resumida, mas mantendo a qualidade, que aí vai discutir como toda a parte metodológica, quais as margens de dados que você vai buscar?... os textos... quais os filtros que vão ser usados, critério, seleção? Como vai analisar a qualidade dos textos para ver se dá para usar ou não?... que as vezes você olha um texto um editorial de um artigo, isso, infelizmente, não dá para usar né... ou, felizmente, porque não dá para você confiar num editorial é uma opinião né... não é uma prova científica, isso é um exemplo né... e aí fecha o estudo, você conseguir a partir desse material e da pergunta elaborada do problema de saúde estudado, aí vê o que interessa. Qual a síntese do que você tem? De tudo o que você olhou, quais os sínteses de evidências? O que você pode concluir disso? O que dá pra falar em relação a essa técnica né?... E tem toda a discussão de como que é o uso disso seria viável ou não dentro de uma realidade prática e aí entra em cada sistema de saúde, em cada, às vezes até em questões regionais, que nem o Bosi comentou hoje né... de você às vezes tem tecnologia que podem ser mais interessantes em algum lugar e não em outro né... ou

às vezes é viável ou não, o "pet scan", por exemplo, existe uma grande discussão, vamos incorporar o "pet scan", mas como incorporar? Disse assim, a produção do fluído que você usa é impossível, ela tem um tempo de duração muito curto, então, como que você vai colocar isso no meio da Amazônia? Entendeu! Assim, é muito complexa essa discussão de como você vai viabilizar e fazer com que use de fato essa tecnologia e qual o impacto teria isso de fato pra qualidade e a custo de que né?... E aí é algo que eu estava falando da coisa de surgir do trabalho que é com um consultor e trabalho que produção própria, a gente tem quando uma ATS é mais completa, existem casos que é muito complexo. se você sabe que ainda uma tecnologia pouco usada no país. aí você vai precisar fazer uma avaliação completa mesmo, assim, o máximo possível de evidência. com buscas completíssimas em tudo o que é fonte, se é possível uma avaliação econômica também né... de um custo benefício e dos custos econômicos, as tecnologias, isso a gente tende a contratar pra consultores externos né... da ANS, a gente coordena o processo e internamente a gente faz avaliações rápidas né... que, geralmente, assim, por que que, a gente toma essa decisão? Sobretudo porque a decisão vai ser tomada, entendeu, então, se chega uma demanda para a GGTAP, a GGTAP tem que falar, a gente tem que saber se vai incorporar ou não tal procedimento no "rol" você incorporar ou não, se não incorporar é uma decisão também, não é... você pode até avaliar e falar que não incorporou, agora se não avaliar e não incorporar foi

uma decisão, então a gente tem que subsidiar isso, essa discussão não pode ser feita sem um subsídio racional né... essa é a grande questão, então, no centro que é necessário, se a gente não der conta de uma avaliação tradicional, a gente vai para uma avaliação rápida, o que mais, então, você tem que fazer uma busca limitada né... com... não dá para sair buscando em todas as bases, aqui eu botei o exemplo só para vocês verem, isso a gente não inventou da nossa cabeça não viu gente, você tem exemplos que nem a agência Canadense a "CADET eles fazem assim também e tem as avaliações rápidas deles, tem desde, cinco dias assim a avaliação de cinco dias que só faz uma listagem de referência e tem avaliações que eles fazem de seis semanas, então, chega a fazer uma avaliação, uma revisão sistemática só que de uma forma mais rápida nosso caso pela equipe da Geats. E o que que a gente produz com isso? A gente quem que subsidiar, então, as decisões da ANS sobre incorporação ou não, então a gente faz notas técnicas internas e que acho que algumas foram disseminadas, mas geralmente são internas, a gente faz em torno de dois meses, a ideia é tentar diminuir o tempo disso para poder ser mais ágil, tem os informes de ATS desde 2008, que aí são, é uma avaliação um pouquinho mais demorada, a gente faz em três meses, às vezes quatro meses e aí a gente dissemina publicamente tá lá, tem o endereço aqui na ANS, no "site", depois eu vou mostrar também, é trimestral, é revisada por especialista extra, então, já começa ter elementos que vai transformando numa avaliação mais

complexa, a gente participa do Brats junto com a Anvisa e com o Ministério também com avaliações, aí já são também trimestral, mas aí já é a tecnologia em questão tem que ser discutida junto com o Ministério da Saúde, qual técnica que vai ser avaliada? Enquanto os nossos informes são técnicos e geralmente que interessam é o que estão em debates na ANS, aqui é só a página do Brats pra quem quiser poder saber como acessar né... o endereço, fica o registro no "PowerPoint" depois para pegar, aqui do informe ATS e a gente criou agora aqui esse link, acho não dá pra ler daí né gente, nem eu direito leio aqui, carta do leitor e resposta do informe ATS, isso aqui é uma a gente teve um evento recente, que foram uma sociedade médica pedindo e um deputado pedindo para ter uma audiência com a ANS e foi muito interessante porque a gente se sentiu cumprindo o nosso papel assim, é conversar com a sociedade sobre os problemas e sobre as questões e os resultados, então, isso fez com que a gente tivesse essa ideia de botar isso no "site" para as pessoas lerem, se incentivarem, mandem as cartas, mandem, tem lá no informe o e-mail, a partir disso que a gente vai poder ter, saber como se comunicar com todo o público e ter sugestões da parte crítica, pode ter sugestões comentários também né... aqui, algumas ATS que a gente realizou, eu trouxe só algumas é... mais recentemente a gente fez ah... informe de nota técnica, a oxigenoterapia hiperbárica pra queimaduras, separei por problemas de saúde e aquela coluna interessante, motivações, mas ela está um tanto incompleta porque eu estou

gerente de GEATS desde janeiro e então, tem um pouco do processo que eu não tenho conhecimento, que a gente, nem tudo consegue resgatar né... uma parte consegue, outra parte não, mas do que a gente conseguiu resgatar, assim, as motivações pra oxigenoterapia e vieram tantos de beneficiários como de operadoras, como de prestadores para ser avaliada, a gente avaliou, tá no informe a ATS também, a oxigenoterapia mais para usar para úlceras dos pés em diabéticos, avaliamos, fizemos duas análises de testes moleculares, um para doenças neurodegenerativas hereditárias, outros para transtornos hereditários diversos, por demanda da sociedade brasileira de genética médica, estão disponíveis publicamente informe, fizemos avaliação das cirurgia bariátrica pra a obesidade mórbida né...essa faz sentido, por demanda do Ministério da Saúde, a Anvisa, a ANS estão no Brats, fizemos avaliação pra cirurgia foto refrativa por "laser", isso a ANS tinha recebido um questionamento de entidades médicas sobre até onde, até que limite de grau deveria ser coberta, isso está no informe ATS também, tomografia computadorizada para múltiplos detectores para doença arterial coronariana, tinha tido solicitação de inclusão no "rol" isso está público também, no Brats, a gente fez também é... é melhor falar o que está entre parêntese, que vocês vão entender e eu também, porque o nome é muito complexo, é neurocirurgia para transtornos mentais, que é a capsulotomia anterior e cingulotomia anterior para toc, isso foi, isso mostra também um pouco da complexidade do trabalho, essa

demanda nem apareceu aqui nesse tipo de ambiente, que nem o GT do "rol" foi uma demanda do Ministério Público, a gente fez uma nota técnica para o Ministério Público, depois aprimoramos essas notas técnicas e transformamos num informe, tem a injeção intravítrea de Pegaptanib, Ranibizumab, nem sei falar esses nomes Bevacizumabe, para DMRI né... degeneração emacular relacionada à idade, também por solicitação de inclusão no "rol", tem os testes de amplificação de ácidos nucléicos também, isso foi interessante também para infecção para HIV, para HCV, demanda do Ministério da Saúde, da Anvisa, isso são alguns exemplos né... nem todas... que mais que a Geats faz? A gente encomenda é... a ATS que eu falei para a consultoria, isso está em licitação pública, tanto em licitação pública, como por meio de centro colaborador, que tem até uma resolução normativa nova de março, as áreas de ensino e pesquisa técnica, tem que se cadastrar e se transformar, sendo colaborador para poder realizar um trabalho para a ANS de estudo, estamos em fase de homologação, terminando o sistema de formação que eu comentei agora há pouco que pra gente é a base do trabalho, a ideia que ele venha a ser público muito breve que com todos os resultados de todas, desde as demandas até o que está em fase de elaboração, até o que estiver realizados, estiver pronto e também com a ideia que tenha links, a gente está, a ideia fica bem interessante, vai ter links para os textos utilizados a ideia é fazer, mas óbvio que é pra isso, para um uso mais especializado e tem o comitê de ATS que a partir da experiência

que já existiu do Getec que era um grupo técnico, a gente está tentando criar, ainda estamos montando, pensando como seria isso, formulando isso junto com o resto da ANS, está em fase de análise ainda, a ideia é o que, é não esperar que o nosso contato e a nossa discussão com a sociedade seja só após avaliada a tecnologia, a ideia é fazer não seja só através de um e-mail que vocês mandem pra gente após o informa ATS, a ideia é que essa discussão sejam feita durante, antes da definição da pergunta e durante a realização da ATS, é óbvio que quem vai elaborar mesmo o estudo e que vai concluir vai ser a ANS, mas a ideia é que todos os problemas, as questões afins sejam discutidas ao longo da elaboração de cada ATS junto com todos os representantes de todas as entidades que participam daqui e outras mais, queria trazer a academia também pra discussão e uma das questões interessantes que é assim, uma das ideias seriam o que, que esse comitê se manifestaria em papel mesmo, quer dizer, para depois no final poderia na tese ter até um anexo caso as pessoas concordem com... sobre os documentos de ATS feitos pela ANS, isso seria muito interessante, isso ampliaria o debate, faria com que as diferentes posições e visões sobre cada tecnologia estariam sendo contempladas e discutidas, acho que elevaria o nível e a racionalização do processo de uma forma, talvez, que eu imagino que a gente nem saiba até aonde esse processo vai, acho que vai crescer muito o processo, vai aprimorar o debate, vamos ver se a gente consegue, a ideia é que seja para julho, a Rebrats, a Rebrats é

a rede brasileira de ATS né... que, pra quem não conhece, ela é composta por instituições de ensino e pesquisa, por gestores e é muito recente, está em fase de conclusão de regimento interno, mas também está sendo montada um sistema de formação, a ideia é que a gente, já está montando os campos com os nossos sistemas da ATS com os da Rebrats de forma que eles venham a se conversar num mesmo sistema no futuro, essa discussão que o Marcos Bosi estava colocando né... como se discute priorização? Com que critérios? Isso tem grupos técnicos dentro da Rebrats, tem um para discutir priorização, outro para metodologia, que é a parte mais difícil de uma ATS, outro para monitoramento do horizonte tecnológico né... quais são as novas tecnologias que estão chegando?... como o Brasil vai se manifestar em relação a isso?... vai se posicionar, vai estudar, não vai? A outra questão formação, educação continuada que é assim, essa é uma área muito difícil gente, é muito muito específica, então você tem que ter uma constante formação e capacitação nesse momento tem uma parte da minha equipe que está em Brasília, junto com o Ministério da Saúde, junto com a Anvisa, fazendo curso de avaliação econômica com Instituto, com o IS, com o instituto da Argentina, assim, o tempo inteiro você está se capacitando, assim, é uma área complexa mesmo. Isso é um dos pontos importantes da Rebrats no ..... profissional do Brasil inteiro para essas instituições e os eventos futuros a gente está organizando o seminário internacional agora pra discutir o papel da ATS na qualidade da assistência, vai ser em julho,



vocês estão convidados, aqui no Rio de Janeiro, e vai ser um seminário técnico especializado, não é pra, não é geralzão, é bem técnico específico mesmo, então, quem não for especialista no tema é melhor indicar uma outra pessoa que seja especialista, tem as reuniões do GTTS, que é aquele órgão que eu falei que é onde define toda a formulação de política né... você vai consensuar todas as diretrizes governamentais, é dali que vai sair pra onde, muito do que a gente faz hoje lá na ANS foi decidido dois anos atrás ali, entendeu, vai conseguindo implementar e hoje, quando a gente se dá conta, foi uma questão que foi discutida antes nesse grupo, a gente vai fazer uma oficina de ATS pra tentar, poder é... tentar conversar mais com a academia que é quem faz a ATS mesmo na prática né...é... num pré-congresso, a Associação Brasileira de Economia da Saúde, isso no final do ano, e aqui eu trouxe um pouco dos desafios que tá vivendo hoje, assim em relação a isso né... sendo uma área tão nova e tão complexa né... onde avalia, onde estamos, pra onde vamos né... o que que, então, uma das questões é isso, como que você vai transformar isso que a ATS é uma coisa tão complexa uma linguagem tão complexa, numa linguagem que as pessoas consigam entender, as pessoas tem que conseguir ler aquilo e entender do que se trata, então, a gente tem que conseguir aprender a dialogar, fazer com os nossos resultados, as nossas questões dialoguem com os diferentes atores né... com os clínicos, com os usuários, com a academia é mais fácil porque a academia está acostumada a linguagem científica, mas

com os tomadores de decisão, imagina se a gente põe um resultado científico vai achar que um juiz que não entende do assunto vai conseguir tomar uma decisão a partir de uma linguagem científica, é impossível né... estabelecer a encanagem da discussão com a sociedade em geral que a gente acha que vai conseguir fazer mais com o comitê né... tentar fazer com que exista cada vez mais aceitação de usar as recomendações da ATS pra poder tomar decisões, difundir essa cultura desse processo de decisão com critérios predefinidos e racionais, isso no Brasil a gente ainda está muito, muito incipiente nesse processo né... na hora do vamos ver as decisões são ou políticas ou de rompantes ou do que é possível né... então, tentar difundir essa cultura de um processo de decisão racional, capacitação de gestores e reguladores e profissionais de saúde de ATS, não só na ANS, nas operadoras também é necessário nos prestadores é necessário, aprimorar o processo de trabalho em ações gesticuladas com o Ministério da Saúde, com a Anvisa, com outras Secretarias de Estado, que têm procurado a gente, os municípios e com operadoras também, agora, sobretudo, com prestador, que onde é realizada a técnica né...isso a gente tem que começar a aprimorar e contribuir ao máximo possível né... acho que a principal missão aí da área de ATS pra um sistema de saúde mais efetivo e mais eficiente e eu acho que aí o efetivo, é o mais importante né... que o que que seja feito funcione de verdade né... essa é que é a ideia da efetividade né... porque a gente está é muito incipiente nosso

processo, muito do que a gente faz muitas técnicas que a gente faz a gente nem sabe se de fato são efetivas né... tá falando, a discussão do início da manhã foi muito em cima de custo e de análise econômica, mas eu acho que antes disso acho que você tem que olhar se efetivo e depois vai ver se tem um custo que compense e é isso gente, aqui tem o e-mail que eu estava devendo da primeira reunião do "rol" que a Martha estava me perguntando se eu sabia decor do ..... quem quiser mandar sugestões, dúvidas, comentários, reclamações, estamos abertos, tá bom? Obrigada (palmas)

- Martha - Gente, olha só, aumenta, Samuel, pode?... Eu vou só continuar a apresentação rapidinho, porque aí a gente encerra essa parte para começar outro assunto que não tem nada a ver é... pode passar, cadê o negocinho Bela, cadê o negocinho, tá com você? Bom, é... só para rever o cronograma isso é importante e aí todo mundo sai daqui com isso anotadinho, a gente tá nessa reunião de 5 de junho, obrigada, que a gente vai fazer a ATS de manhã e de tarde Saúde Mental, 3 de julho é a nossa última reunião do GT antes da consulta pública, então nessa reunião vai ser uma reunião bem pesada, que a gente vai tentar trazer a proposta toda já da consulta pública, vai ser uma reunião cansativa, então, a gente vai tentar reforçar o "coffee" é... o dia 19 é aquela reunião extra que a gente tinha combinado que ia fazer tentando focar no odontológico, todo mundo daqui tá convidado é uma reunião do GT, então, é pra todo mundo participar, vai ser aqui também, dia 19 a gente tentou

alterar mas tá difícil, tem algumas pessoas com problema, mas a gente resolveu manter essa data porque é importante que ela aconteça um pouquinho antes do dia 3, senão a gente não consegue preparar a proposta para a consulta pública, mas a gente vai focar um pouco mais na discussão de odontologia. No dia 22, a gente vai fazer aquela reunião que também foi combinada aqui que é com os conselhos, vai ser uma reunião menor, só com os conselhos e profissionais estão CFM, CFO, Psicologia, Fono, Nutrição, Fisioterapia e vai ser na ANS, então, só uma conversa entre a gente pra gente vê se ainda tem alguma dúvida, se ainda aparece alguma proposta diferente, enfim, é... essa reunião vai ser menor, no dia 15/6 já tem um GT de Saúde Mental que já vai para a terceira reunião, é um outro grupo, a gente também vai fazer uma reunião com eles pra discutir um pouquinho, a... inclusive que a gente vai discutir aqui hoje e aí isso tudo a gente fecha para no dia 3 de julho ter a proposta final, então a gente está no final, a gente está apertado, a gente está recebendo um monte de coisa, estamos trabalhando até altas horas, mas, enfim, eu acho que a gente vai conseguir construir uma proposta bacana, eu queria deixar essas é... agenda aqui com todo mundo e dizer que está tendo algum problema com "mailing", então, a gente acaba mandando os e-mails, algumas pessoas recebem, outras não, eu não sei qual é a lista que está na comunicação, está uma coisa meio confusa, a gente está refazendo essa lista e aí a gente vai colocar o e-mail de todo mundo que veio desde a primeira é... reunião,

então, o pessoal está confirmando os e-mails, se vocês puderem confirmar hoje pra gente ter, e a gente vai começar a mandar e-mail da gente pra vocês, então além do e-mail da comunicação, vocês vão começar a receber e-mail da minha gerência pra gente ter certeza que está todo mundo recebendo, tá bom? É... como sempre, tudo da reunião anterior está no "site", apresentação, ata, transcrição... é... ah... tá contribuições recebidas a gente recebeu uma contribuição grande ontem da AMB que a gente não conseguiu consolidar pra hoje, mas pra a próxima reunião a gente consolida é... além disso, a gente recebeu outras é... contribuições é... de pessoas físicas e aí a gente tá recebendo muito, muito, muito e-mail de pessoas físicas e aí as pessoas estão entrando no "site" e estão mandando, que é uma coisa bem interessante é... inclusive pra pedir para participar desse grupo, então, a gente tenta explicar o que que é esse grupo, como é que é a participação e tal, então, isso também vai estar na apresentação para vocês poderem criticar até a próxima semana, a gente não vai se apegar muito a isso hoje é... contribuições da Fenasaúde é... do CFO, enfim, a gente vai consolidar isso tudo, está na apresentação junto com as de ontem. Bom, é... o que eu queria trazer pra hoje um pouquinho aqui da diretriz, é na... aqui né... é que a Fenasaude mandou algumas é... sugestões de diretrizes de utilização e aí a gente só colocou o tema aqui, mas veio a proposta da redação da diretriz, que a gente achou interessante, a gente está estudando e isso foi o tema da nossa última reunião, então, se

alguém também tiver contribuições desse tipo para enviar, é a última coisa que a gente está consolidando porque foi a nossa última reunião, é...alguém também mandou sugestão de diretrizes de utilização pra odontologia, acho que foi a Fenasaúde e o CFO, a gente também está consolidando. Bom, é... eu queria só é... depois da fala do Bosi e da Bela, tentar consolidar um pouquinho oh... ele falou como isso se dá no sistema de saúde? né... qual é a preocupação que o sistema de saúde tem que ter e tá tendo na hora de incorporar ou não o procedimento? A Isabela falou um pouquinho de como que é feita a avaliação de tecnologia dentro da ANS e aí a gente faz avaliação de tecnologia, a gente já tem esse "background" de preocupações com o sistema de saúde, mas, efetivamente, o que que a gente faz na hora que a gente tá pensando ou não em incorporar ou excluir? Então, em algum momento a gente já passou por isso aqui, talvez, na primeira reunião, mas eu quis trazer, só pra gente relembrar um pouco todo o caminho que a gente percorre antes de colocar uma posposta ou não é... numa RN ou numa consulta pública, então, é óbvio que a avaliação de tecnologia é parte integrante, parte muito importante disso, mas algumas coisas que estão aqui o Bosi também falou assim, têm outras coisas que também são importantes, então, é... como é que ele entrou no País? Ela tem registro, não tem registro?... que é uma grande etapa da incorporação, a gente já viu, ela está em outras tabelas? Então, assim, o mercado já está praticando, de que maneira, tá na CBHPM, tá no SUS, ela já foi avaliada e

aprovada por outras instâncias né... pelo Citec?... enfim, quais os dados epidemiológicos disso, qual a prevalência disso na população, aonde é que ela vai atingir né?...tanto pra você calcular o impacto quanto pra você ver a real necessidade daquilo né...pro sistema como um todo, que é o que o Bosi estava colocando entre indivíduo e coletivo né... é... qual a abrangência da aplicação? Ela serve pra uma patologia ou ela vai conseguir dar conta de mais de uma coisa? Ela substitui ou ela se agrega a uma tecnologia existente? Ela é de fácil manuseio ou você vai ter que ter pessoas muito especializadas, que mesmo você colocando aquela tecnologia numa tabela de procedimentos obrigatórios você não vai encontrar pessoas pra fazer aquilo? É... ela tem uma obtenção de insumos de matéria-prima fácil? Isso aqui foi um grande problema para o "pet scan" né... que você tem um insumo de uma maneira muito desorganizada. Qual é a facilidade de acesso só tem em São Paulo, ou tem no Rio, tem em São Paulo, tem no Nordeste, tem no Sul? Qual é a interface com as políticas? Como é que ela está integrada com o que a gente acredita como de bom cuidado pra saúde como um todo? Qual é a interface com as nossas prioridades enquanto o sistema de Saúde Suplementar? É... você precisa fazer algum tipo de diretriz ou não só o fato de você incorporar aquela tecnologia já é suficiente? É... como que isso chegou dos diversos solicitantes? Isso veio só de uma demanda de uma sociedade ou isso veio de uma sociedade, mas também veio de uma pessoa física, não, isso veio contra ou a

favor? É...de um órgão de defesa do consumidor, de uma operadora, enfim, como é que chegou isso organizadamente? É... qual o potencial pra afetar um desfecho clínico? É... qual o impacto dessa incorporação, no gasto, no uso e no uso de tecnologia de alta complexidade? Ela já está em algum protocolo ou diretrizes da AMB, por exemplo, a tecnologia apresenta um número relevante de publicações com evidência de eficácia e segurança? Existem outras é... evidências que se contrapõem ao, por exemplo, o estudo que foi realizado pela GEATS ou que foi realizado por uma academia? Enfim, existe algum contraponto que a gente tenha recebido? Porque a gente às vezes recebe avaliações diferentes né... como que a gente lida com isso? Então, é... a gente tenta neste "check list" que a gente faz pra cada coisa que a gente traz como sugestão de incorporação ou de exclusão passar por cada uma delas, então, é... meio que apresentar pra vocês o que que a gente tem como plano de fundo também lá na gerência na hora que a gente está discutindo isso, da avaliação de tecnologia, é... isso daí é a ideia que a gente começa com isso pra tarde, eu acho que a gente podia abrir rapidinho para ver se alguém tem alguma pergunta pra Isabela ou para esse que eu apresentei e aí vem uma pergunta, vocês vão querer parar para almoçar ou a gente continua e aí faz o "coffee" um pouquinho mais cedo e a gente sai mais cedo, isto também está na mesa, porque a gente comeu pra caramba agora né... vem Bela, Ana Júlia, é a música né... (risos)

- Maria Júlia - mas eu já estou acostumada.



- Maria Júlia - Bom, Maria Júlia, eu trabalho na diretoria de fiscalização, eu queria só, na realidade, uma dúvida é... a gente tem um instrumento lá na fiscalização que é a notificação de investigação preliminar e a gente tem um contato muito direto com os consumidores e o que eu percebi é o seguinte: quando a gente informa ao consumidor que não há essa cobertura pelo "rol" aí eles vem com uma série de questionamentos... por que?... como é que eu faço pra solicitar essa inclusão?... por que que não há essa inclusão e tal?... Então, o que eu queria para orientar os consumidores era só ficar esclarecer melhor qual é o canal que eu devo indicar para ele fazer a sua solicitação e a outra questão é a seguinte, é... o exemplo que foi dado aqui de "pet scan" e de outra cirurgia bariátrica, enfim, onde ele pode olhar para entender porque que não houve a inclusão e entender melhor, se isso está disponível no "site" da agência, essa conclusão, desse trabalho.

- Martha - Tá... isso aí a Isabela vai responder, eu só vou falar a primeira pergunta, então, a primeira pergunta, pra onde ele tem que ir sugerir a inclusão, existem várias formas, então, assim, se ele está sugerindo a inclusão é pra mim, GGTAP, né... e aí por diversas vezes isso pode chegar, pode ser por você, enfim, se ele está sugerindo a avaliação, Geats, né... então, assim, existem várias maneiras, pode ser pelo Citec, se isso for uma coisa mais global para o sistema de saúde

- Maria Júlia - É aqui no caso o consumidor não vai ser né...

- Martha - Enfim, então, assim é... agora uma simples palavra, também fica difícil né... eu quero o "pet scan" isso né... pra que, como, onde, então, é... a gente vai ter que organizar um pouco melhor esse fluxo e esse fluxo vindo de beneficiários, a gente precisa treinar um pouco mais, dar mais instrumento pra eles também conseguirem questionar e aí a Isabela vai falar de onde ele acha um pouco esses instrumentos.

- Isabela Santos - Como eu tinha mostrado a portaria da Citec, legalmente teria que ser pela Citec, mas por que que a gente abre? Porque a gente sabe que é impossível ser justamente pedir para um beneficiário mandar lá para a Citec com todas as características da tecnologia, teria que mandar né...

- Martha - Só pra lembrar, assim, vai ter consulta pública né Maria Júlia, então, é... acho que assim, agora uma grande sinalização é olha, perto de agosto isso vai ser divulgado e tal vai ter consulta pública, é assim que entra na consulta pública, você acessa o "site" dentro da página tal, ahahahah, então, acho que hoje o grande instrumento que a gente tem que fornecer para as pessoas eu acho que é a consulta pública, não tenho a menor dúvida.

- Maria Júlia - Eu penso também numa orientação também pós esse período né... que a gente fica em contato constante com o consumidor.

- Isabela Santos - Então, recentemente a gente recebeu, eu acho que foi na semana passada ou retrasada, de um usuário pedindo, sugerindo que isso fosse feita uma avaliação, aí que que a

gente fez? A gente falou, oh... o caminho legal, oficial é pela Citec, a gente explicou, portaria tal nananananan, mas estamos tomando ciência e estamos encaminhando também, encaminhamos informalmente para a Citec para eles saberem que ia chegar essa demanda, encaminhamos para a GGTAP também, então, encaminhar pelo e-mail pra gente, a gente também, não vai formalizar a demanda, mas faz com que a gente tome conhecimento pra quando ela chegar a gente saber de onde que veio a demanda, né... e às vezes até apressar é perguntar para a Citec, já chegou aí tal demanda, também pra gente acompanhar, então, mas tem que explicar quais são os dois caminhos, aí eu te passo depois a portaria da Citec direitinho. Em relação a como que o usuário, aí qualquer tipo de usuário de conhecimento sobre uma tecnologia, então, não é só o usuário de serviço né... não é só paciente, então, seja uma operadora, seja um prestador, um curioso, um acadêmico ou um paciente ou mesmo o beneficiário apenas, o... quem quiser analisar aí, ter o conhecimento e analisar qualquer resultado de uma avaliação de tecnologia por enquanto é pelo informe ATS, é o que está público e tem pelo Brats também que também é do Ministério da Saúde feito em conjunto com a gente, agora aquilo...

- Maria Júlia - Pedir para acessar ao "site" do Ministério da Saúde

- Isabela Santos - Aqueles que eu passei os dois "sites" que eu mostrei aqui.

- Martha - Maria Julia eu acho que é sempre importante assim, as pessoas estão sabendo dessa coisa do GT, do que a gente está fazendo aqui, isso está saindo em jornal ta saindo em revista, assim, é... e, talvez, isso gere uma demanda, então, assim, sempre remeter para a consulta pública e a consulta pública ela, no final, sempre dá um resultado e, da outra vez, a gente fez isso, a gente coloca uma planilha com o que que não foi incorporado e por, que e aí numa linguagem muito, muito básica né... e aí isso também tem um resultado, por isso que é importante que as coisas cheguem pela consulta pública, pela consulta pública também vai ter uma resposta pública numa linguagem acessível, então, acho que esse é o grande mecanismo. Dr. Amílcar, microfone.

- Dr. Amílcar - da Associação Médica Brasileira - Eu queria colocar o seguinte, eu começaria assim, em Portugal né... tem a Ordem dos Médicos, eles são diretamente integrados sim com o ministério e com o Governo, então, tudo, tudo parte da academia né... então, há alguns anos, a Associação Médica Brasileira, nós temos assim, as várias câmaras técnicas baseadas assim em evidências científicas e elas vão bem, agora a ANS né... se juntou e nós estamos trabalhando junto nesse sentido, eu acho que, pra fazer um trabalho desse aí, é preciso uma diretriz, sabe ela é fundamental, mas nós temos que chegar nisso, por exemplo, eu não entendo essas informações técnicas, isso cria muitos problemas às vezes e eu recebo muita, muito o médico sabe. ele falou: olha por.que que eu não posso usar porque que

que não existe esse código na AMB? Então, é porque ele tem um parente que está precisando, esses são aquela demanda pública sabe, ele quer que coloca aquilo porque ele tem um parente mas não tem evidência nenhuma científica né... então, eu acho que isso aí tem que partir um dia das academias e qualquer que seja a especialidade nós temos que ter um respaldo assim científico pra não começar outra vez depois né, tem que começar bem agora no começo, então, o que eu queria colocar era isso. Por exemplo, vou dar um exemplo técnico, numa câmara técnica nossa, tem uma sociedade de endoscopia que sugeriu o uso da câmara da cápsula entérica, a cápsula entérica é uma capsulazinha que a pessoa engole e demora seis, oito horas para eliminar né... ela é recuperada e ela dá milhões de fotografias, vocês vejam que é uma tecnologia, sei lá, não é acessível pra todo mundo, mas o que que nós fizemos? Eles vieram com uma argumentação assim, sabe, científica, muito papel e falaram, oh vocês vão fazer uma diretriz né... pra isso, então, eles foram fazer uma diretriz, assim como um outro, uma densitometria óssea feita de uma maneira muito rápida e eficaz tudo no tornozelo, aí nós fomos ver quem queria era um grupo de médico, que eles eram os donos da fábrica, então, lá nós não temos assim conflitos de interesses, a gente procura tirar e foram fazer a diretriz e a diretriz deles não tinha como argumentos, era só eles fazer aquilo, então, não passou, então, eu acho que nós temos que continuar aquele trabalho que vocês começaram, o Alfredo e a Martha, né... e a Carla, pra baseada em evidência médica ou

evidência odontológica ou evidência de qualquer e academia tem que participar disso, não tenha dúvida.

- Cláudia - Alô, oi, eu sou Cláudia (Uraovisky 58:37), eu sou da Citec e eu queria, eu fiz um esclarecimento aqui pra colega, mas eu acho que é interessante para todos é... a gente tá organizando um "site" que vai estar dentro do Portal da Saúde que vai atender as, enfim, prestar esclarecimentos sobre o procedimento da CITEC, fluxo, portarias e outras, o que foi incorporado já e para profissional de saúde, gestores de estabelecimentos, então, acredito que a partir do segundo semestre de 2009, esse "site" já vai estar disponível no Portal da Saúde.

- Martha - ok, então, o que que vocês acham, a gente dá um intervalo para o almoço para quem não comeu ou a gente continua? O chefe não comeu, é um voto de peso né... gente vamos combinar (risos) continua ou para gente, só tem um voto, continua, então vamos, continua, então, assim (risos), o que que a gente vai fazer agora? A gente vai apresentar um pouco é... o que que a gente decidiu? Por sugestão desse grupo também, na primeira reunião, a gente vai tentar revogar o maior número de Consus que a gente puder e jogar tudo dentro de uma RN só, então, é... a gente viu que uma Consul que é importante, que a gente já tinha começado a discutir tal, era a Consul de Saúde Mental, então, a gente fez uma revisão dessa Consul, a gente tem um Grupo Técnico que está discutindo essa Consul é... esse Grupo Técnico já vai para a terceira reunião, então, já é

um caminho bastante andado, como isso vai ser incorporado na RN do "rol"? A gente achou de bom tom, gente podemos... a gente achou de bom tom, trazer isso para esse grupo para não chegar na hora de apresentar a proposta que vai para a consulta pública de repente aparece uma revisão de Saúde Mental no meio e aí a gente combinou que não ia ter "kinder ovo", então, essa é a nossa proposta, a gente apresentar o que que aquele grupo já discutiu, o que que a gente caminhou, o que que, por onde saíram aquelas diretrizes que a gente vai apresentar e qual é a proposta de mudança na Consul que vai ser incorporada na 167 até para ter crítica desse grupo antes da proposta da consulta pública, ok? Então, a Carla vai apresentar, ela vai fazer um resgate da discussão das duas primeiras reuniões que a gente já teve com o Grupo Técnico, pra vocês poderem acompanhar um pouquinho.

- Carla - Bom, vamos agora para a segunda parte, então, do nosso dia né, que vai ser a Saúde Mental na Saúde Suplementar, a Martha já colocou um pouco, um breve histórico das nossas discussões, o que que a gente está trabalhando em relação à Saúde Mental, na Saúde Suplementar? E é... foi bem interessante nesse último ano, 2008, é... as discussões que a gente vem apresentando, vem discutindo, a equipe é vem trabalhando também, indo em encontros, congressos, especificamente tratando do tema de Saúde Mental junto com a área técnica do Ministério da Saúde também, então, é importante, a gente só é... pensar como aqui a questão da Saúde Mental vem sendo é... trabalhada

no setor de Saúde Suplementar, mesmo antes né... da regulação, então, a gente tinha muitos contratos, a gente ainda tem isso, que exclui os transtornos mentais né... patologias crônicas e... que eram excluídas em planos antes de 1999, antes da Lei 9656, e também uma outra exclusão que era muito comum, era a cobertura pra em consequência de lesões autoinflingidas, por exemplo, complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de tentativas de suicídio, também né... é... historicamente isso vem sendo é... trabalhado. Depois da promulgação e da criação da agência, várias questões a gente foi desenvolvendo em relação à Saúde Mental, então, uma das relações foi a Lei né... da Consul, que era, que ainda está vigente e que estabelece a cobertura obrigatória na Saúde Mental, então essa Consul número 11, ela é de 1998, então já tem 11 anos que a gente já está com essa legislação que tá em vigor, uma outra legislação que também abarca né... vários procedimentos é o que a gente está discutindo aqui a revisão é o "rol" de procedimentos, que aí já tem uma cobertura obrigatória, e aqui a gente também incluiu né... vários procedimentos ligados à área de Saúde Mental, são coberturas já previstas na atual legislação e uma outra atuação também da ANS foi em relação aos programas de promoção e prevenção, a ter linhas de cuidados de Saúde Mental estimulando que as operadoras né... induzindo que as operadoras com os seus beneficiários comesçassem a trabalhar e desenvolver essas ações é... a Consul, a Lei é... de 1998 ela coloca que é... a cobertura para os transtornos de Saúde Mental tem que estar



né... todos que estão codificados na CID 10, então são todos os transtornos psiquiátricos, inclui o tratamento dos transtornos mentais nos serviços a serem prestados por todas as operadoras de planos privados, então, essa inclusão já está expressa nessa legislação e ressalta a importância de adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos psiquiátricos, isso tem toda a discussão em relação à reforma psiquiátrica no Brasil né... vocês acompanham isso periodicamente nos jornais e nas discussões específicas é... a Consul 11, ela faz uma divisão da segmentação de planos né... na Saúde Suplementar, quando a gente está falando da Saúde Suplementar, em termos de segmentação ambulatorial, então, tem pessoas que só tem a segmentação ambulatorial, não tem né... a questão da internação, mas o que que elas têm direito? Aos atendimentos das emergências, que são aquelas consideradas riscos de vida ou danos físicos, as 12 sessões por ano de contrato de psicoterapia de crise, logo após ao atendimento da emergência, a consultas médicas psiquiátricas em número ilimitados, então, não há limitação das consultas com psiquiatra e a todos os serviços né... de apoio diagnóstico no ambulatório, tanto laboratoriais, exames, métodos de imagem e eletroneurofisiologia foi um exemplo de um exame específico que a gente colocou aqui que é importante pra o diagnóstico diferencial e acompanhar esse paciente mesmo após a medicação diagnóstica estar mais fechada. Na segmentação hospitalar, né... uma outra segmentação também, que é... na legislação de

planos de saúde também é possível, você tem um plano que só dá direito a segmentação hospitalar, o que que ele teria direito? Também a todos os atendimentos às emergências, ao custeio integral de, pelo menos, 30 dias de internação por ano para pessoas com transtornos psiquiátricos, ao custeio também integral de, pelo menos, 15 dias de internação em hospital geral pra pacientes portadores quadro de intoxicação ou abstinência à álcool e drogas e o custeio só poderá ser parcial, esse caso em relação a coparticipação em franquia se houver também para as outras especialidades médicas, mas pode ser estabelecido coparticipação somente para internação psiquiátrica, nos casos em que o período de internação ultrapassar os prazos definidos anteriormente, no transcorrer do mesmo ano de contrato, então, essa discussão da Consul 11 é interessante que a gente faz a discussão também com a área da diretoria de produtos de contrato e toda questão de mecanismos e regulação, como a questão da coparticipação e franquia, então, tem muito debate dentro da agência em relação a esse mecanismo né... financeiro, o espírito desse mecanismo foi evitar que o paciente ficasse muito tempo internado, então, evitar a internação longa, mas, ao mesmo tempo, perceber que em alguns casos a internação é necessária e vai tirar aquele paciente daquela crise naquele momento, então, a internação, em alguns momentos, ela é necessária, mas a gente não pode né... é... retomar toda aquela discussão de muito tempo da internação e tudo isso. Quais são as outras alternativas terapêuticas que

a gente tem para esses casos de pacientes mais crônicos? É... além disso, a segmentação hospitalar, ela também dá direito a oito semanas de hospital/dia por ano para os usuários de substâncias psicoativas, pessoas portadoras de transtornos de humor, esses aqui são os CIDS correspondentes, transtorno do desenvolvimento psicológico também define alguns CIDS e 180 dias de hospital/dia por ano de contrato e aí para transtornos mentais orgânicos, esquizofrenias, retardos mentais, entre outros, e além disso também atendimento clínico ou cirúrgico decorrente daquelas lesões autoinfringidas, como eu falei anteriormente, então tudo isso está na Consul 11, aí a nossa ideia, como a Martha já colocou, é trazer essa Consul 11 para o corpo da RN, a nova RN 167 né... vai ser, mais na frente a gente vai definir isso, então, é trazer essa discussão para o "rol" de procedimentos, tem uma só que fala de cobertura, por quê? Porque senão a gente fica muito fragmentado, a gente tem várias é... resoluções falando sobre cobertura e muitos locais diferentes da gente, então, a ideia é trazer para um corpo só e rever essa Consul, algumas coisas geram dúvidas, dúvida da forma como está escrito, então, a gente quer clarear essas questões e botar alguns conceitos específicos, por isso que a gente, em 2008, a gente criou um grupo que faz parte parte a Instituição Franco Basaglia, Instituto Pinel, Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Psicologia, vários é... psiquiatras que trabalham na ANS pra discutir essa nova visão, essa nova reformulação do "rol" de cobertura de

Saúde Mental. No "rol" de procedimentos, o que que a gente tem? 12 consultas ou sessões de psicoterapia e seis sessões com UTO - Terapeuta Ocupacional, isso a partir de abril de 2008 e isso daí tá todo mundo careca de saber né... o importante né... pra gente é que as 12 sessões de crise previstas na Consul 11 continuam valendo, elas não tão aqui no "rol" expressamente né... dita, mas elas continuam valendo porque a Consul 11 ainda tá em vigor, nos casos de pacientes advindos de atendimento de emergência, as 12 sessões da Consul somam as previstas no "rol", então, na verdade, ele tem 24 sessões de psicoterapia né... então, isso também vai melhorar porque agora o consumidor vai saber o que ele tem direito e as operadoras também vão tá, isso vai tá claro para as operadoras, sem dúvidas, então, essa é uma questão que a gente quer clarear. Pra avaliar e monitorar o aprimoramento né... dessa questão, que, que nós fizemos no último ano? Em 2005, nós incluímos no CIP indicadores de Saúde Mental, então, desde 2005 a gente vem colhendo dados de serviços, do, do, das operadoras de plano de saúde, também foi incluído, como eu já falei nos programas de promoção e prevenção, uma linha específica pra Saúde Mental, fizemos é... um requerimento de informações em Saúde Mental, em 2007 e 2008, com dados das operadoras, realizamos fórum de discussões com vários é... segmentos envolvidos e elaboramos uma diretriz né... um documento, que se chama Diretriz Assistencial para a Saúde Mental na Saúde Suplementar, essa diretriz já está no "site" da ANS há uns oito meses, sofreram várias sugestões e

modificações de várias entidades que foram contribuindo né... nesse processo de construção, então, foi bastante interessante esse, esse documento, a gente deixou um tempo em consulta pública para as pessoas é... fazerem uma discussão mais específica e consulta pública do grupo né... de especialistas que estavam nessa área, o objetivo era alinhar assistência à Saúde Mental na Saúde Suplementar as políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde a Lei 10.216 e dados e informações da Organização Mundial de Saúde, acho que as principais recomendações da OMS, respeitando-se, claro, as particularidades existentes no setor, toda essa legislação que a gente tem, a questão da segmentação do plano a gente tem que respeitar isso, mas de alguma forma a gente ter diretrizes básicas de recomendações né... tanto internacionais como do Ministério da Saúde, então, o objetivo desse documento foi isso e no "hotsite" do "rol" o que vocês todos já sabem o endereço, já tem acesso tá lá esse documento pra vocês é... consultarem, o que, que o requerimento de informações em a Saúde Mental trouxe pra gente? A gente pode mapear a assistência que estava sendo prestada nas operadoras de planos de saúde, então é... solicitamos é... foi de agosto a março de 2008 pra 1424 operadoras, é... dados sobre a Saúde Mental, fizemos um questionário, esse questionário era preenchido é... no "site" da agência, que era enviado é... por transmissão automática, então, isso facilitou a nossa consolidação da base e análise, nós recebemos é... em torno né... de válido 1.000 é

questionário pra válidos para avaliar e esses são os dados, os principais dados que a gente trouxe aqui do questionário, em relação a cobertura aos transtornos psiquiátricos, a gente perguntou pra maioria das operadoras, como é que estava essa cobertura? O interessante é que 15% né... dessas operadoras diziam que não tinham coberturas pra demência, que é bastante comum né... na nossa população, então tinham transtorno mentais leves e moderados, neuroses e psicoses né... esse verdinho aqui de cobertura, transtornos relacionados ao álcool e drogas também e o, o que não havia o menor número em relação a demência, e... a gente queria saber, quais são os serviços que são oferecidos né... para os usuários os portadores de transtornos mentais? Então, o que o verdinho aqui disparado que é o sim, era consulta com médico psiquiatra, a psicoterapia ambulatorial é... individual também, a internação psiquiátrica em hospital né... específico pra psiquiatria, depois um pouco menos pra psiquiatria em hospital geral, todas as emergência e urgência também né... bem colocado, agora algumas questões ainda tão é... pouco é... aceita, por exemplo, atendimento multidisciplinar num ambulatório né... em torno de 50% né... então essa é uma questão que gente precisa discutir um pouco mais, como é que tá a oferta do atendimento e aí especificamente multidisciplinar como eu falei no "slide" anterior, na internação psiquiátrica? 58% da internação psiquiátrica já conta com outros profissionais né... fora o médico, então isso é interessante a discussão de outros

profissionais aqui durante né... a internação psiquiátrica, qual é a composição da equipe multidisciplinar na internação psiquiátrica, então tinha muito médico clínico né... o médico psiquiatra, o psicólogo, também bastante presente durante a internação, o assistente social, ou seja, enfermeiros são profissionais de saúde que já estão, fazem parte da equipe do hospital e estão atendendo esse paciente durante essa internação psiquiátrica. A oferta no ambulatório né... o paciente já saiu da internação ou às vezes não precisou internar e está no atendimento no ambulatório. Como é que tá essa oferta no ambulatório? O atendimento multidisciplinar, 37%, já caiu né... o número de é... profissionais que é... atua nessa discussão 53% não tem o atendimento multidisciplinar no ambulatório. A composição da equipe multidisciplinar no ambulatório, então, psicólogo, o médico psiquiatra o clínico, né... e os outros profissionais de TO também a gente viu também que nesse período não era obrigatório ainda o TO tá porque foi em março de 2008, vocês lembram que foi antes de editar o "rol" isso também foi importante porque isso trouxe dados pra gente em relação aos profissionais que é... no caso foram incluídos no "rol" , o Hospital Dia né... é uma entidade que tem muita discussão em relação a isso principalmente é com dados do cadastro nacional de estabelecimentos em saúde, qual a equipe, a composição, então, para o SUS tem legislações próprias em relação a CAPS, toda essa discussão, na Saúde Suplementar a gente identificou, é... que também os profissionais na maioria

né... são os mesmos, os médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos que fazem parte dessa equipe multidisciplinar. Em relação aos serviços oferecidos pelas operadoras, a gente dividiu em duas partes, rede própria e rede contratualizada, então como rede própria é... a gente tem os médicos e o atendimento é... multidisciplinar, principalmente no ambulatório e pouco no Hospital DIA né, entre serviços oferecidos, já quando a gente está falando de rede contratualizada esse número verdinho, vocês viram que aumentou né... então rede própria, as operadoras tem pouca rede própria, para o atendimento em Saúde Mental e a rede contratualizada já é bem maior né... então são, é formas de contratualização e de trabalho dentro da própria operadora de plano de saúde, como é que ela gerencia né... a sua rede contratualizando ou sendo rede própria. E os critérios para credenciamento né... desses profissionais de saúde, a gente queria saber quais são se é a operadora tinha critérios pra, é... credenciar os profissionais que iriam trabalhar com elas, a maior parte era ter o diploma de graduação na área, 40% já pedia uma pós graduação, mestrado um pouco menos, doutorado também tempo de experiência profissional era muito também valorizado e aqui são outros critérios que as operadoras também possuíam pra credenciar, uma discussão importante é se havia discussão de casos clínicos né... da internação psiquiátrica que a gente sabe como é importante discutir um caso, principalmente quando ele entra em crise, quais foram os motivos, como é que está a família, se



ele vai ter alta e vai ter continuidade no atendimento, toda essa discussão, e aí 52% das operadoras têm discussão de caso clínico até pra gerenciar a referência, fazer a referência contra a referência desse caso após a internação, isso é importante. Quais são as formas de discussões dos casos clínicos? É uma grande parte era uma discussão muito pontual dos casos outros falavam que discutiam mesmo troca de informações entre os profissionais no prontuário né... prontuário médico e 60% quase tinham reuniões periódicas de equipe. Forma de obtenção dessas informações enviadas por CIP - como a gente tem o dado do CIP desde 2005 é... a maior parte era de, da guia de cobrança dos serviços, então essas informações eram prestadas quando havia cobrança, alguns é... operadoras tem um cadastro desses beneficiários em atendimento com psiquiatria e outros é... tem é né... outras formas, alguns tem programas específicos de gestão do cuidado e Saúde Mental, mas ainda é um numero ainda muito pequeno. Mecanismos de regulação né... a gente falou um pouco de mecanismos financeiros de regulação em relação à franquia e a co-participação, então quase 70% tem mecanismos de coparticipação por isso que, é... ressaltai na Consul 11 isso, mas outros como direcionamento também é bastante utilizados, quase 70%, autorização prévia, mais que 90% é utilizado mecanismo de, de regulação pra transtorno mental, porta de entrada muito pouco né... a gente tem a experiência da CASSI, mais especificamente, algumas aulas de gestão em relação a porta de entrada e a

hierarquização da CES também um pouco menos. Ofertas de programas específicos para regresso nas internações psiquiátricas, então a maior parte 81% não tem, não oferece outros serviços depois da internação psiquiátrica, então isso a gente acha que isso é muito falho porque o paciente sai da internação, fica solto dentro do sistema de saúde e aí tem uma crise vai pro médico, vai pro outro, vai pro um psicólogo enfim, tá solto dentro do sistema, vai voltar pra internação né... aí o custo, todas as discussões de um tratamento mais de qualidade mais prolongado, a questão do custo a gente identifica aí como importante. Qual o critério pra encaminhamento de pacientes para a psicoterapia? Mais de 90% era indicação médica, avaliação da equipe multidisciplinar né... em torno de 30% e por demanda espontânea 40% iria pra psicoterapia. A média de dias de permanência desses beneficiários, em torno de 80% é relataram que 30 dias era média de internação da psiquiatria, então é com esses dados a gente fez esse mapeamento pra gente identificar e fizemos visitas também em alguns serviços que prestavam atendimento, a equipe fez várias excursões e visitas nesses serviços e a gente formou um grupo né... de discussão que em 2008 tivemos um encontro no primeiro semestre, um no segundo semestre com operadoras, o judiciário, a Procuradoria Federal da República, o Ministério da Saúde, Anvisa, ANS, todos os conselhos profissionais envolvidos nesse tema, prestadores de serviços e alguns representantes da sociedade, pra começar discutir e ver

que caminho a gente, qual o encaminhamento a gente ia dar em relação a isso. As, os principais consensos obtidos nesse fórum foi que nós devíamos elaborar uma diretriz pra Saúde Mental na Saúde Suplementar e que ela deveria reger-se por um normativo, que, colocaria a atenção a Saúde Mental deve priorizar a oferta de serviços extra-hospitalares, ambulatoriais e hospitais onde ia, as utilizações de coparticipação em franquias durante as internações psiquiátricas devem possuir regras próprias a serem explicitadas, deixarem bem claro isso, é proibido a limitação do número de dias de internação, isso não pode haver né... As coberturas assistenciais obrigatórias e o tipo de serviço assistencial necessário para sua execução dependerá sempre do tipo da segmentação do plano contratado, então essa é a discussão né... da segmentação que a gente tem na Saúde Suplementar e os portadores de transtornos mentais podem ser internados tanto em leitos psiquiátricos em hospital geral, particularmente nos casos de alcoolismo e drogadição, então, foi importante é esse grupo essa diretriz que esse grupo é tomou, é... elaboramos é, um conjunto de diretrizes explícitas pra Saúde Mental, então nós trabalhamos com algumas áreas específicas, que a gente sabe que são diferentes dos objetivos pra tentar organizar a qualidade de serviços e a revisão da literatura em relação a isso, é importante também que objetivo dessa diretriz é o aumento também do compromisso dos usuários, dos serviços e seus familiares né... em relação a esse tema e à melhoria dos diversos indicadores de Saúde Mental, o objetivo

geral foi qualificar a tensão mental na Saúde Suplementar tendo é... a noção né... que o ambiente de produção de saúde e de cuidado. Objetivos específicos - estabelecer as coberturas obrigatórias e o modelo de atenção A Saúde Mental e organizar os fluxos assistenciais para cada tipo de segmentação de plano, pra cada tipo de transtorno mental estabelecido pela CID e ser organizado por linha de cuidado. Os princípios né... dessas diretrizes foram que, além da abordagem do quadro agudo dos sintomas ativos ele deve seguir os seguintes paradigmas: primeiro, respeito aos direitos e a cidadania do portador de transtorno mental, a priorização da assistência extra-hospitalar, a redução da tensão hospitalar por meio da substituição por serviços ambulatoriais, de atenção diária ou outro similares, a utilização de equipes multidisciplinar com profissionais de saúde em várias formações em todos os níveis de atenção, então, esses foram os princípios que norteou a elaboração dessa diretriz. As bases para assistência a Saúde Mental na Saúde Suplementar devem se pautar nas ações de diversos níveis de atenção e aí nós dividimos cinco grupos de linhas de cuidados a serem estabelecidos, é... categorizamos transtornos mentais graves e persistentes, os transtornos mentais é... decorrente de abuso de álcool e outras drogas, transtornos depressivos ansiosos e alimentares, a Saúde Mental de crianças e adolescentes e a Saúde Mental de idosos e nesse momento nós convidamos alguns especialistas de sistemas pra fazer essa discussão porque a abordagem é completamente

diferente quando você tá falando de cada área né... de patologias específicas, então tem especialistas na relação em crianças e adolescentes, o grupo da UERJ da Unasp trabalhando muito com idosos, sociedade é brasileira trabalha com é... transtornos alimentares, álcool e drogas também tem um, várias evidências até a Cochrane né... trabalha com evidências científicas em relação a álcool e drogas, nós convidamos é... o Bernardo da Cochrane pra fazer essa discussão com medicina baseada em evidência e nesses casos específicos. A promoção da Saúde Mental em relação à promoção e prevenção implica na criação de condições ambientais e sociais que propiciem o desenvolvimento psicológico e psicofisiológico adequados, também é... nós publicamos né o manual de promoção e prevenção e depois é... já tivemos a segunda revisão, a linha de Saúde Mental, ela coloca toda essa questão diminuir impacto da doença sobre o indivíduo, reduzir o tempo perdido com sintomas, prevenir ou impedir as recorrências, reduzir a incidência, a prevalência e recorrências do transtorno mentais, então, esses são os objetivos da prevenção em Saúde Mental. É... os programas específicos para o acompanhamento em relação a graves e persistentes, seriam práticas voltadas à prevenção da cronificação, ao modelo é... assistencial voltado pra evitar as internações repetidas, evitar que o paciente abandone o tratamento, proporcionar a melhoria da qualidade de vida do paciente, a sua relação com a família e dar apoio à inserção no mercado de trabalho, quando for necessário. É... em relação a

álcool e drogas é... deve ser definido um processo de planejamento, implantação, implementação de múltiplas estratégias voltadas pra redução dos fatores de vulnerabilidade e riscos específicos e fortalecimento dos fatores de proteção, então, em relação a álcool e droga a gente tem alguns programas que já foram antes desenvolvidos, inclusive autogestões, especificamente que tem esse problema no dia a dia com seus funcionários. Também pra crianças e adolescentes né... outra linha de cuidado que eu falei, é objetivo desse programa é garantir a continuidade da assistência, conhecer o número de crianças da carteira que apresenta algum transtorno mental, algum sintoma relacionado a isso, é muito difícil se fechar um diagnóstico muitas vezes na criança e na fase da adolescência que surgem alguns problemas de Saúde Mental durante a fase de adolescência também, captar essas crianças né... rapidamente né... em toda oportunidade, tanto em relação a maus-tratos, nas consultas com o pediatra, com o médico de adolescentes ..... quando ele visita o serviço de urgência e emergência, identificar esses problemas, esse momento que pode tá gerando um transtorno psicológico e até mental mais grave, garantir informações obtidas no atendimento que não serão repassadas aos pais, aos responsáveis, sim a concordância explícita do adolescente, então, em relação a adolescente é muito importante é discutir o uso de álcool e drogas né... que se inicia nessa fase, dá chance pra ele poder falar com o profissional de saúde e nem sempre repassar isso pro pai, então tem todas essas

questões éticas quando a gente lidar com estas situações, mas é importante que o adolescente tenha confiança no profissional de saúde que tá atendendo ele. Programas específicos agora em relação ao idoso né... a gente sabe que o OMS propõe um envelhecimento saudável né... e o Marcos Bosi falou de Alzheimer e outras doenças que vêm aumentando né... então, otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a expectativa de uma vida saudável, à medida que as pessoas ficam mais velhas, inclusive aquelas que são frágeis fisicamente, incapacitadas e que requerem cuidados, então aqui em relação a Saúde Mental a gente tem vários é... dados, como a questão da demência, quedas repetitivas, o uso de remédios, até pra dormir, pra ficar mais tranquilo, enfim, e a isso leva a queda, fratura do colo de fêmur aí a gente sabe todas essas discussões né... o que, que leva do sistema de saúde. Tão importante ter um a equipe qualificada de emergências psiquiátricas pra redução das visitas em emergência, aumento da adesão do tratamento continuado em serviços ambulatoriais e de atenção diária, o mapeamento desses pacientes graves na carteira da operadora, que necessita de programa específico pra manutenção do tratamento, muitas operadoras não tem esse mapeamento, sabem que internaram na emergência por alguma questão psiquiátrica, mas depois não acompanham esses pacientes. Construção de um sistema de informações em Saúde Mental pra monitorar, avaliar a atenção que é prestada a esses doentes, ter uma equipe

multidisciplinar e grupos terapêuticos ou operativos com os pacientes e realizar o que eu falei né... com um mapeamento uma busca ativa pra evitar que esses pacientes abandonem as consultas que são marcadas ou a medicação né... deixem de tomar a medicação, que a crise vai voltar, vai ter crise. E então, como implementar né? Então, a gente trabalhou nesse documento de diretrizes, definimos algumas coisas, fechamos com especialistas a revisão da literatura, mas como é que implementa isso na Saúde Suplementar, como é que a gente vai trabalhar nessa questão da implementação? Então, elaborando e publicando novo normativo é essa a discussão que a gente quer trazer pra vocês, eu vou apresentar pra vocês uma proposta preliminar que vai ser discutida no dia 15 com o grupo todo, incluir um módulo de Saúde Mental no projeto de promoção e prevenção de riscos e doenças, que é instrução normativa, diretoria de produtos e a diretoria de operadoras, isso já está incluído, já está sendo feito, inclusão de temas relacionados a Saúde Mental num projeto de diretrizes clínicas que também já foi incluído como é... prioritários né... da priorização e aí a gente pensar na priorização é... em Saúde Suplementar, então, isso já tá incluído como um tema prioritário nas diretrizes clínicas e divulgar essas ações no "site" da ANS, em oficinas regionais com operadoras, todas essas ações que a gente também né... no segundo semestre vamos ter oficinas regionais da promoção e prevenção e a Saúde Mental vai entrar nessa linha de discussão, como eu falei, o documento tá aqui há muitos meses



já, eu gostaria que vocês tivessem acesso né, relembassem o local do "rol" de procedimentos e pudesse ter acesso, enviar alguma sugestão, alguma questão até o dia 15 né... que a gente vai sentar com grupo específico pra discutir, então, se vocês tiverem alguma sugestão era importante é... rever esse documento e enviar, essa apresentação também vai tá disponível no "site"... quais são as mudanças né... que a gente propõe? Com base em todas essas informações, esses fóruns de discussões, que que a gente né... tá pensando em mudar? Primeiro, revogar a Consul 11 né e ela vai passar a constar da resolução normativa do rol de procedimentos. Quais são os pontos a serem esclarecidos nessa nova resolução normativa? Primeiro, definir e clarear todas essas questões dos mecanismos financeiros de regulação para as internações psiquiátricas, deixar isso mais claro, colocar que não pode haver limitação pra internação psiquiátrica nem em Hospital DIA, clarear também isso. Segundo, diagnósticos vinculados a oferta obrigatória de atendimento em Hospital Dia, é definir alguns diagnósticos importantes que o atendimento em Hospital Dia, ele tem uma maior efetividade. Pra segmentação ambulatorial, nesse caso serão obrigatórias consultas e sessões com psicólogos e terapeutas ocupacionais, bem como as sessões de psicoterapia constante no anexo um e dois dessa resolução, e números estabelecidos de acordo com diagnóstico principal do paciente, então isso é uma grande mudança em relação ao diagnóstico e ao número de sessões e que as sessões de psicoterapias poderão ser

realizadas tanto por psicólogos quanto por médico devidamente habilitado, isso hoje em dia já é assim. Na segmentação hospitalar, não há limitação de dias pra cobertura em Hospital Dia, tanto para os portadores de transtornos mentais entendidos como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, então é, deve desenvolver programa de atenção e cuidado intensivo por equipe multidisciplinar, isso é importante, visando à substituição da internação hospitalar e aí nós definimos alguns é CIDs, são quatro aqui específicos que a gente colocou aqui depois eu vou disponibilizar, se vocês quiserem é... fazerem alguma discussão. Na segmentação hospitalar, a utilização de mecanismos financeiros de regulação nas internações psiquiátricas deverá obedecer as seguintes regras: Um - Nos casos em que o contrato preveja a coparticipação crescente ou não somente para internação psiquiátrica, esta só poderá ser estabelecida quando ultrapassados 30 dias de internação no transcorrer de um ano de contrato; e o dois - Nos casos em que o contrato preveja a coparticipação ou franquia pra todo tipo de internação a regra estabelecida para a demais especialidades médicas será obedecida também nas internações psiquiátricas, então aqui, se for só para psiquiatria tem depois de 30 dias ele vai poder, poder estabelecer a coparticipação no transcorrer de um ano, e aqui nesse caso, se houver coparticipação pra as outras especialidades, a psiquiatria segue a mesma regra. No anexo um da resolução o que que, é... a gente tá prevendo né... mudar a

cobertura obrigatória na segmentação ambulatorial, consultas e sessões com terapeuta ocupacional, com psicólogo ou terapeuta ocupacional e de psicoterapia pra alguns diagnósticos específicos, então, isso será estabelecido com diretriz de utilização no anexo dois, de acordo com o diagnóstico do paciente, então, essa discussão é que a gente queria trazer pra vocês e, se vocês tiverem alguma sugestão também, enviem pra gente pro gt.rol ou ggtap.dipro, até o dia 15 pra gente poder consolidar esses dados e apresentar nessa reunião. Acho que agora a gente pode abrir para perguntas.

- Martha - eu não sei se quem não tava acompanhando a discussão conseguiu pegar toda lógica da coisa, mas, assim, a gente saiu de uma pesquisa que a gente fez né... pra tentar monitorar como é que tava essa assistência, a gente passou por um grupo pra discutir, efetivamente, quais eram os maiores problemas da Consul, o que que a gente precisava resolver o que que a gente não precisava, é... a gente tentou ver o que que hoje era diferente, uma vez que a gente, depois da Consul já teve a publicação da 167 que de alguma maneira dá conta de algumas questões, a gente tem promoção e prevenção seguindo um outro caminho hoje, então, como é que a gente também podia incorporar essa discussão dentro da promoção e prevenção e, na verdade, algumas diretrizes mais macro a gente usou pra construir essa nova proposta, então, a gente pegou problemas que a gente considerava dentro da Consul, por exemplo, breve de crise, o que que é breve de crise, o que que a psicoterapia breve de

crise, como é que eu configuro essa crise, que que é um surto, basta ir na emergência, alguém vai dizer que surtou, como é que faz isso, 12 mais 12 dá conta dessa pessoa que tá surtada o que se (dessurta), quem não surta, enfim, era uma coisa que tava ali e que, na verdade, era muito pouco (regulada) é surto, todo mundo surta né... mas com, quem surta pra configurar uma psicoterapia breve de crise? Enfim, era um grande problema que, na verdade, a gente não conseguia resolver e a gente mudou isso criando uma outra lógica, outra coisa era o Hospital Dia que, como ele tava caracterizado, ele não dava conta, já é uma rede ruim, o que, que a gente pode fazer pra melhorar? Não pode ter limitação se ele é encarado como uma substituição à internação, então não tem que limitar em 180, senão você vai tá priorizando a internação, como é que você reorganiza esse Hospital Dia, você vai obrigar a rede a ter um profissional que não tem? Não, mas eu posso obrigar a operadora pagar um parecerista para ir lá naquele Hospital Dia, se eu disser que é... o profissional que for necessário tem que tá coberto, então, assim, existem alguns mecanismos que a gente pode tá usando pra reorganizar um pouquinho esse Hospital Dia sem necessariamente eu dizer pra rede o que é que a rede tem que fazer, enfim, essa foi um pouco a ideia, a coisa do ambulatório, como é que a gente prioriza a atenção ambulatorial sem eu criar uma rede que não existe, né?... Então, como é que vou dizer que isso tem que acontecer ambulatorialmente sem eu tentar pensar em criar uma rede né?... E aí eu tenho que dizer o que que tem que ter nesse

ambulatorio, o que que eu quero oferecer como um cuidado, é... prioritário em Saúde Mental sem eu tá dizendo que que é uma rede, enfim, e aí a gente pensou nessa coisa de reorganizar os CIDs e ver pra qual CID, qual profissional é um pouco mais necessário, não é adequado, é mais necessário do que outro, como que a gente pode construir isso a partir de um CID, aquele cuidado? É melhor a consulta de psicologia ou é melhor a psicoterapia? Enfim, né... tentar reorganizar que isso sim é novo, isso sim essa pessoa não tinha acesso né... isso sim era o cuidado que tava faltando na Consul, é... o CIDs a gente achava que tava muito desorganizado, que tinha a CID onde não tinha que ter e tinha alguns CIDs que não tinham e que deveriam ter, então, também rever a parte do CIDs, deixar claro que a internação não tem limitação como qualquer outra internação na Saúde Suplementar que era uma coisa interpretada é... diferentemente pelas pessoas, uma vez que você dizia que você não tem que estimular a internação, mas se ela for necessária ela tem que ser feita, então, como é que você deixa isso claro, como é que deixa claro aquele mecanismo de coparticipação que a gente não discorda, mas que tem que ser melhor especificado, assim, tem que ficar mais claro, as pessoas têm que entender porque que em Saúde Suplementar, em Saúde Mental é diferente das outras áreas, né... por que que tem uma especificidade? É pra você de verdade tentar não botar a pessoa internada só porque ela não tem pra onde ir, enfim, então tentar escrever de uma maneira diferente, pegar os conceitos que saíram dessa

reunião e traduzir isso em palavras de uma maneira que seja implementável e não só o nosso desejo de escrever palavras bonitas numa RN, então foi essa a preocupação que a gente teve, não sei se vocês conseguiram pegar tudo, mas acho que gente pode discutir aqui, acho que o Sérgio tinha pego o microfone, não, Selma.

- Selma - Não eu queria dizer que tá saindo, tá? Ah... é bom saber que essa discussão tá aí, acho que é uma discussão né... que se esperava muito nessa área né... do atendimento psiquiátrico, quando a gente pensa que antes da regulação é... a cobertura em psiquiatria era... não existia né... como se aquilo não era reconhecido como doença e, na verdade, só transparecia ali e o preconceito todo que se coloca aí nessa área né... é, eu acho que não é uma área fácil mesmo pra você tá né... mas é colocar aqui que bom que tudo isso está sendo revisto, essa questão da internação né... é... quer dizer quando você coloca e a gente sabe que na área psiquiátrica tem até leis né... regulando isso pra tirar esse, esse doente da clausura né... os tratamentos propostos já há algum tempo é no sentido de não deixar internado, mas que a internação é necessária e quando é necessária não teria que ter limitação, por que que o doente da doença x é não tem esse limite e o doente mental teria que ter um limite de cobertura né?... Ah... eu não sei ali, ah... tenho uma série de dúvidas tal, teria que, a gente tá acompanhando, analisando melhor isso ah... me pareceu que algumas coberturas estariam ah..., ou vão estar

garantidas para os transtornos mais graves, parece que é isso, não sei, até onde eu sei na psiquiatria eles fazem lá um leque né... de... o que é transtorno do mais leve, pra, aquilo que já configura uma doença, então não sei se a intenção é essa de dar cobertura a doença né... ou se dá pra classificar isso em termos médicos, existem questões que batem ou já bateram, por exemplo, nos nossos atendimentos que a pessoa conseguia o atendimento a sessão da psicoterapia, mas só em grupo, é condicionada o atendimento individual, as vezes é negado, e tem eu não sei, tem uma série de dúvidas que vão surgindo nessa área, ah... não sei que mais, aí a gente vai tá talvez encaminhando pro grupo né... na época da consulta pública o que surgir, mas enfim é, eu acho que é importantíssimo é pra ontem isso né... eu acho que é superar esse preconceito porque eu acho que o preconceito tá aí ainda né... e mas ele não pode chegar, ah.... ele tá na sociedade né... mas eu acho que o papel aí do órgão e da classe médica é desfazer né... contribuir também pra desfazer esse preconceito né...

- Martha - Selma a Consul ela já focava nos transtornos mentais mais graves, é isso que a gente quer reverter, então, assim, tem que ter uma política pra Saúde Mental como um todo, é obvio que os casos mais graves eles vão ter um tratamento diferenciado né... mas o que é que a gente quer com isso, jogando dentro do "rol" que já tinha, a gente já tinha começado a falar um pouquinho dos transtornos mentais mais leves no "rol" quando a gente começa colocar psicoterapia, enfim, a

gente quer juntar as duas coisas, então dar um tratamento diferenciado para as doenças que são diferenciadas então é... é mais ou menos, a gente quer um pouquinho melhorar essa coisa que era muito pautado em cima dos graves, então você só dava acesso a algumas coisas pra quem surtava, era tal da breve da crise, então não é isso, não precisa esperar a pessoa surtar pra fazer isso, vamos fazer antes, então é essa tentativa da gente reescrever, isso tudo que a gente falou são conceitos, o que a gente tá e aí são conceitos que a gente já fechou que a gente queria traduzir em palavras, então a gente quer tentar discutir com vocês o conceito pra quando a gente tentar traduzir isso na palavra, vocês vejam se a gente está conseguindo dizer o que a gente queria dizer, porque não é fácil né... então é... tentar escrever isso que a gente está contando pra vocês é bem difícil, então... tem as grandes alterações na consulta? Tem boas alterações. Por quê? Porque é... você mexe um pouquinho na parte hospitalar então o Hospital Dia continua sendo obrigatório só pra segmentação hospitalar né... se a gente está encarando ele como uma coisa é substitutiva à internação, então, ele continua na segmentação hospitalar, tem comprar o plano hospitalar para ter direito, isso é uma coisa que já é desde sempre assim é..., mas a gente também quer mexer um pouquinho na parte ambulatorial pra não ter como prevenir o cara dessa internação, né... que é uma coisa que antes não existia dentro da Consul, né... então é uma



tentativa de juntar as duas coisas, deixa a, como é o nome dela? Esqueci seu nome, Elisa, Benício.

- Benicio - Eu sou Benício do Conselho Federal de Odonto, nós concordamos plenamente na questão da incorporação da Consul 11 é, dentro da 167 porque isso vem contribuir pra diminuir essa discriminação com esse segmento da sociedade, ao mesmo tempo é... no que diz, nós sabemos que os pacientes internados em condições normais, eles tem uma dificuldade muito grande do cuidado com a sua saúde bucal, quando se trata de paciente principalmente com problema mental essa dificuldade é muito grande, então é, seria é, interessante que dentro dessa equipe é multiprofissional fosse incorporado a visita de um dentista, de um profissional de odontologia pra que ele pudesse fazer esse atendimento ambulatorial dentro do hospital, até por que, hoje nós temos equipamentos pequenos que podem se deslocar até o hospital e esse atendimento seria feito lá, imaginem só a pessoa passar internado aí seis meses sem esse cuidado, ele sai de lá provavelmente melhor com sua saúde, entretanto a sua saúde bucal deve estar bastante comprometida, então é uma sugestão nossa pra que a agência possa pensar esse segmento aí e ver o que que se pode fazer em relação a isso.

- Martha - Elisa

- Elisa - Então, é... eu sou Elisa do Conselho Federal de Psicologia, participei desse GT é... na verdade, a entidade né... participou e o documento diretrizes ele é mesmo muito interessante né... é... acho que ele avança no sentido de

colocar o princípio da atenção intensiva em rede extra-hospitalar né... como um direito do usuário da Saúde Mental é... e acho que daí agora tem esse desafio né... como é que isso se traduz no que for possível, no que cabe né... em termos dos procedimentos é... eu daí fiquei com algumas dúvidas, eu não sei porque a parte da concepção pra mim é clara porque participamos lá do processo de construção do documento né... não sei ainda se está na hora de discutir isso ou se só lá na reunião do dia 15 porque eu fiquei numa dúvida em, com algumas dúvidas assim, como é, por exemplo, se colocar os princípios do procedimento do atendimento ambulatorial, mas a gente tem só enquanto princípios ainda? Entendeu? A gente tem alguma coisa mais especificada (pequena interrupção), aí deixa eu só fazer as perguntas todas daí eu acho que vocês, são várias, acho que em relação ao atendimento ambulatorial era isso, né... queria entender bem, entendi que tem que respeitar os dois, né... tem que trabalhar com segmentos diferentes, queria entender exatamente o que está previsto ou se não está previsto ainda, tá previsto o princípio né... que é esse que você disse de fazer um atendimento anterior à crise, né... no sentido da promoção, da prevenção e tal, é queria conferir é... se a internação que é escrito né, ia falar internação no Hospital Dia né, mas entendi, é interessante que esteja como princípio da internação por não ter a limitação né... então, que o atendimento Hospital Dia é uma exigência, é isso? É uma exigência e que seja sem limitação, é... e queria saber como

ficou a coisa de hospital geral que algum momento passou aí, mas rapidinho né... que a possibilidade de atenção 24 horas em, dos leitos em hospital geral que passou rapidinho isso e eu não peguei, isso é, em hospital geral, e aí queria ver como fica, foi rapidinho e, é assim tô entendendo que esses procedimentos quero conferir, são relativos a todas aquelas linhas de cuidado, crianças e adolescentes, transtornos graves, álcool e drogas, enfim, entendeu, como é que aquelas várias, é... idoso né... como é que aquelas várias linhas de cuidado estão contempladas nesses procedimentos que a gente tá pensando e aí pra dialogar só com o colega da Odonto, é, eu acho que é uma coisa superdifícil pra gente se debruçar um pouquinho pra pensar, porque assim, é... acho que você traz uma questão importante que a gente discute muito no campo da Saúde Mental é... que um dos problemas é... que a gente pode enfrentar, é uma coisa da internação, é que é... esse usuário ele passa então a ser reduzido ao doente mental, né... "aspas", então ele não tem mais saúde bucal pra cuidar, assim como não tem mais nada pra cuidar, né... a mulher que não faz exame ginecológico nunca mais, né... então ele está lá no hospital psiquiátrico ponto né... por outro lado, é... a gente quando começa trabalhar na perspectiva da priorização do atendimento em rede extra-hospitalar, na rede comunitária, né... a gente faz também a insistência na direção assim, de como é que a gente garante que, então, em estando ele prioritariamente no Hospital Dia, que ele tem esse seu acompanhamento de saúde na rede, né...

porque senão você vai colocando tudo lá dentro de novo e você corre cada vez mais o risco de é... de encapsular ali na internação, porque daí tudo tá lá né... então, acho que tem essa tensão difícil que é assim como é que a gente garante a integralidade da atenção à saúde e como é que a gente faz isso, garantindo também o princípio da participação, da priorização do atendimento na rede comunitária e que daí então né... que ele possa ser atendido na sua saúde bucal, senão traz tudo pra dentro do serviço de Saúde Mental não é, porque você vai institucionalizando, institucionalizando e, então, não sei, acho que é um diálogo pra gente fazer, pra ver né... qual que é o melhor caminho, enfim.

- Martha - Vamos lá é... eu vou responder quatro perguntas né... vamos ver se são todas, é... sim, tem uma proposta sim, a gente não quis trazer o artigo que a gente sugere como redação pra esse grupo antes de discutir no GT de Saúde Mental, eu acho que seria injusto né... assim, a gente vem tendo uma construção lá que a gente precisa finalizar lá, então é... a gente vai levar pra esse grupo dia 15 a proposta de redação é... é a tradução dessa, desse pensamento, só que em forma de artigo, pra gente combinar, ver se é adequado ou se não é, então isso vem cá no dia 13, então existe uma proposta sim. É o Hospital Dia, ele hoje já é rede obrigatória de Saúde Mental, então hoje único Hospital Dia é obrigatório é pra Saúde Mental né... e é assim que a gente quer manter, o que é diferente é que hoje ele é obrigatório pra alguns CIDs lá relacionados durante 180 dias

né... e a gente quer transformar isso, primeiro, a gente vai manter a listagem de alguns CIDs, porém outros, aqueles lá a gente acha que não são os que mais se é, beneficiam desse tipo de atendimento, e... não vai mais ser mais limitado uma vez que a gente tá encarando ele como uma rede hospitalar, então, se ele é substitutivo a internação, ele tem que ser encarado da mesma maneira e a gente encara isso pra qualquer rede é... de Hospital Dia, se chega algum questionamento pra gente, a gente lê o Hospital Dia hoje como uma rede hospitalar, enfim, é... hospital geral, então a gente deixa claro que como qualquer outra internação não há limitação de internação em hospital é... pra atendimento é... pra Saúde Mental, a questão do hospital geral ou do hospital, como que ele vai se configurar essa rede se é um hospital específico ou se é uma, um hospital geral a gente sugere que o ideal é que seja um hospital geral, principalmente para algumas linhas do cuidado e tal, mas essa rede ela pode ser constituída é... e sim pra todas as linhas do cuidado, por isso que a gente está reformatando principalmente no ambulatorial essa discussão, então, sim, a gente quer abranger todas as linhas do cuidado e a gente precisa reformatar isso dentro daquilo e é isso que a gente quer levar pra essa discussão, a gente tem uma proposta pra agrupar dentro daqueles atendimentos, então quem vai ter é mais direito a psicoterapia, quem vai ter mais direito à consulta de psicologia que é diferente da psicoterapia e a consulta de TO, quem vai ter mais, enfim, a gente tem que ver por CIDs qual que

se adequa melhor com formação daquela proposta ambulatorial de cuidado e é isso que a gente quer bater com vocês, se a nossa proposta é... bate com a ideia que vocês têm desse tipo de cuidado.

- (?) - O que eu ia complementar acabou que a Martha praticamente já complementou, que era que a gente não tá priorizando transtorno mental grave apenas, a gente tá reduzindo o Hospital Dia a alguns CIDs, porque são esses CIDs que se beneficiam com o hospital Dia, mas aqueles outros transtornos que usualmente a gente chama de leve, mas que pode ser grave como um toque ou uma depressão mais grave, que eventualmente pode precisar de uma internação mas ou de uma emergência, mas não vai precisar de um Hospital Dia, a gente vai dar um, uma cobertura maior, não só de psiquiatria mas de outros profissionais no ambulatório, então, na verdade, a gente não tá priorizando um ou outro, a gente tentou adequar os CIDs ao que é mais efetivo pra cada caso.

-Martha - Gente, ali oh... pra Selma

- Selma - Que essa área a gente também não conhece muito, ah... fica dúvida,mas não sei se a pergunta é até boba mas a pessoa precisa tá com a doença já diagnosticada e se ela está no processo né... é, como é que fica isso né?... eu não sei

- Martha - Na verdade, assim, é... pra ter direito na verdade assim, porque ela tem que ter uma característica pra se adequar em alguma faixa, agora, se ela vai pro diagnóstico, lá tem todo o "rol" né...de cobertura obrigatória pra ter esse diagnóstico,

senão ela tem consultas ilimitadas de psiquiatria, ela tem aquelas consultas que, enfim

- Selma - Porque a gente sabe né... que é difícil e às vezes demorado pra se fechar um diagnóstico não é?

- Martha - sim, sim, sim, mas isso daqui é um tratamento para a pessoa que já tem aquela patologia, pra evitar que ela interne, a Consul era uma proteção a internação, na verdade era isso, então é... isso que a gente quer manter, o diagnóstico o tratamento das coisas mais leves e tal ela tem que se dar pelo "rol" da 167 né... o que a gente já tinha até hoje, são coisas um pouquinho diferentes.

- Selma - e outra coisa é a respeito do Hospital Dia, quer dizer ele é visto mesmo como um estabelecimento que vem pra substituir a internação, é só isso, não é uma coisa mais ampla, o Hospital Dia? quer dizer por que que o ambulatorial não poderia tá sendo ...

- Martha - Saúde Mental? É, na verdade, isso daí é pra segmentação, então pra qual plano eu compro, como a gente quer, que esse Hospital Dia seja um substituto para o hospital, o que que eu estou dizendo com isso? Aquela pessoa que tá naquele Hospital Dia, vai ter um tratamento pra evitar internação, então, ela tem medicação, ela tem um uma equipe que tem que dar conta dela, então, se o médico assistente solicitar o parecer de algum profissional, ele vai ter que ter que ter direito daquilo, a gente tá encarando tudo isso como internação, a gente não pode botar uma coisa com esse custo agregado e com

essa característica pra uma rede que é ambulatorial, primeiro, que tem até dificuldade de cadastrar quando ele consegue esse cadastramento esse custo supera muito ao que é planejado pra ambulatorial, então, se a gente tá encarando isso com os benefícios da internação, vamos dizer assim, ele tem que ser encarado como uma rede, é... pra quem tem a segmentação hospitalar, é porque quando a gente fala da segmentação ambulatorial e hospitalar a gente confunde com internação ambulatorial e hospitalar e a gente faz uma confusão na nossa cabeça, é difícil, Cláudia, depois Antônio.

- Cláudia - eu não entendi, ficou um pouco confuso pra mim essa, essa, porque é assim, eu entendo que o Hospital Dia é uma substituição, é uma alternativa pra desospitalização e que promove a convivência desse indivíduo com a família e que com certeza isso vai, ele vai se beneficiar com essa convivência familiar, agora é quando o paciente então é diagnosticado num CID que é necessário um tratamento em Hospital Dia, se ele não tiver esse, essa, esse contrato com o plano ele não terá direito?

Martha - É isso, é isso, é assim, por isso que a Saúde Suplementar é um pouquinho mais complicada, porque a gente pode comprá-la em módulos e isso é mais complicado, então assim, eu posso ter um plano só ambulatorial, então eu só vou ter consulta, nunca eu vou me internar pelo meu plano, né... eu posso ter um plano ambulatorial que eu não contrato obstetrícia, então, eu posso operar pra fazer apendicectomia,



mas nunca vou ter um parto pelo meu plano, então, como eu compro em módulos, é mais complicado de entender, mas é assim. Antônio.

- Antônio Augusto, do Conselho Federal de Nutricionistas - eu gostaria que fosse incluído nutricionista lá na equipe multidisciplinar porque o tratamento e o acompanhamento desse paciente é complicado, especialmente na área de alimentação, alguns são desnutridos e outros são obesos, há interação de drogas e alimentos e uma série de coisas que tem ser considerado aí no tratamento né...

- Martha - Ta, só pra esclarecer né... na verdade, quem vai definir essa equipe multidisciplinar necessário é o tratamento desse paciente é igualzinho numa internação, então é, o Hospital Dia ele tá lá conformado eu, a ANS, não tenho o poder de dizer como é que uma rede vai se conformar, então, é... a operadora vai e credencia aquele Hospital Dia, tudo que o médico assistente solicitar enquanto profissional da área da saúde igualzinho, lá na internação vai ter que ter cobertura, agora, se ele é credenciado enquanto o Hospital Dia, eu não sou da Anvisa, acho que não tem ninguém da Anvisa aqui, mas eu acho que tem que ter nutricionista nesse Hospital Dia, uma vez que ele oferece refeição, então, eu acho que isso já é uma previsão legal né...

- Antônio - Já é legal, só que como foi explicitado lá os profissionais que seriam envolvidos na equipe...

- Martha - aquilo ali é pró-ambulatorio, é pró-ambulatorio.

- Antônio - Então, e vocês acham que o nutricionista não tem que tá?

- Martha - Não e aí é uma outra coisa, a gente tá falando do tratamento psiquiátrico, psicológico de um paciente com Saúde Mental, se esse paciente, além disso, tem alguma é... interação medicamentosa ou alguma coisa que precise de um parecer de um nutricionista ele também cabe ao "rol", então ele vai num clínico, o clínico vai, solicita o parecer do nutricionista e ele vai pra um nutricionista, uma coisa não interfere com a outra, ele tem direito as duas coisas.

- Carla(?) - Antônio, também só pra clarear é... quando eu dei aquele exemplos, mostrei um pouco, isso aqui são o que as operadoras informaram, isso é a prática hoje em dia, então a, é aquela equipe que atende, se a gente deixou bem aberto um questionário aberto para as operadoras que elas poderiam informar o que que elas já oferecem e aí foram esses profissionais que eles elencaram como oferecendo tratamento pra Saúde Mental e a gente trouxe essa informação, entendeu? Essa é a informação já do mercado que justamente a gente já queria mapear isso, pra identificar isso, e foi isso que foi colocado.

- Martha - Não, senão não grava.

- Elisa(?) - E é até pra ter um pouco essa noção do mercado, assim é, a hora que passou ali, fiquei curiosa de saber, os 1.200, mil e algumas coisas ali de operadoras são as que responderam ou os que foram consultadas? Só pra ter uma ideia entendeu, aquilo lá expressa quantas resultados expressam...

- Carla(?) - É... foram é consultadas todas as operadoras é... médico hospitalares, exceto as exclusivamente odontológicas e administradoras de planos, então, na época né... que foi é... agosto de 2007 a março de 2008 eram 1,242 operadoras tá, total de operadoras, e aí responderam questionários em torno de 999 né... em torno de 1.000 operadoras responderam o questionário, dessas operadoras corresponde a mais de 80% do total de beneficiários cobertos por operadoras médico-hospitalar, então quer dizer foi um questionário que tinha bastante cobertura, deu uma cobertura boa porque são mais de 80% do mercado de Saúde Suplementar que respondeu o questionário, através de requerimento de informação, esse questionário é obrigatório, então, a agência, é o mecanismo que a agência tem de buscar informações no mercado, então, a gente faz algumas específicas é... periodicamente, algumas pesquisas periodicamente pras operadoras, porque também, se elas não responderem, elas sofrem multas, sanções, então elas tem que responder as informações da ANS, então, a gente fez dois questionários que eu apresentei aqui, dois resultados, um foi específico pra Saúde Mental e o outro foi em relação a programas de promoção e prevenção, o que que ela já oferece, em que linhas, se elas oferecem Saúde Mental, como é que esse programa tem? E aí em relação ao programa de promoção e prevenção que já é uma população menor, a gente vê que tem outros profissionais incluídos, enfim, nutricionistas ou outros profissionais, pros programas de promoção e prevenção tá, específicos, mas quando a gente tá

falando de Saúde Mental como um todo, ai é diferente, a prática como é que funciona na prática, né... então foram duas pesquisas que a gente fez através de um requerimento de informação.

- Martha - Ok? Proposta linda, tranquila, sem críticas, nossa, só isso gente?

- Nize - eu aqui, bom sou Nize, do Conselho de Fonoaudiologia, e eu também to com algumas dúvidas em relação a equipe, é, esse trabalho de equipe é um trabalho multidisciplinar ele está previsto também em ambulatório?

- Martha - Sim, daquela maneira como a gente descreveu, assim, a gente puxou os profissionais que pra cada é... CID teria uma maior participação.

- Nize - então porque as equipes de Saúde Mental dos setores públicos, é... todas elas têm fonoaudiólogos na equipe e a nossa dúvida como seriam tratados, por exemplo, é... os pacientes, é... com demência que muitas vezes fazem quadro, já faziam funcional, os autistas que são atendidos é... na rede pública né... e agora um pouco se conformando isso, que, o que nós temos hoje de plano de saúde o fonoaudiólogo fazendo atendimento desses pacientes em consultório né... ou então numa equipe de serviço público, como é que ficaria isso dentro da Saúde Suplementar?

- Martha - Tá, então, vai continuar como tá hoje, porque ele continua tendo direito, deixa eu terminar a minha resposta, ele continua tendo direito as sessões de fono previstas na 167,

quando a gente coloca ali, a equipe multidisciplinar ambulatorial, isso é um conceito né... é uma operadora não vai conseguir criar um lugarzinho onde ela jogue todos os profissionais ali dentro e se cria essa rede, quando a gente fala que ele vai ter direito aquilo, ele vai ter direito a um psicólogo no Grajaú, a um TO em Jacarepaguá e a um psiquiatra no Centro do Rio, isso vai ser a rede ambulatorial multidisciplinar da Saúde Suplementar, é isso, se ele tiver algum problema fonoaudiólogo ele cai na 167 e aí tem, o que eu estou querendo dizer com isso, ele tem direito a aquelas sessões de fono já previstos no "rol", é... que ele já tem direito hoje né... então, é um pouquinho diferente da conformação da saúde pública pela especificidade da Saúde Suplementar.

- Nize- Tá, e nós vamos voltar isso no dia 15.

- Martha - podemos, sem nenhum problema, Maria Júlia, depois Manoel.

- Maria Júlia - É, já há uma ideia de como isso vai ficar disposto na resolução, vai ser um capítulo específico para cobertura da Saúde Mental ou isso vai ficar um pouco espalhado de acordo com o procedimento da cobertura que pra....?

- Martha - Sim, vai ter uma escrita é... em amarelo, vamos dizer assim, ela vai tá no meio da RN, vai estar destacado que é uma cobertura que tá vindo lá da revogação da Consus, sim

- Maria Júlia - Tá, e vão ter diretrizes também pra essa, pra esse tipo de cuidado?... na parte aí ...?

- Martha - Sim, no anexo dois, isso, Manuel.

- Manuel - ah, eu pesquisei aqui e localizei as

- Martha - Ficou sem palavras, fala Manuel, você ficou sem palavras

- Manuel - boa tarde meu nome é Manuel Peres, da Fenasaúde, ah... eu localizei aqui a pesquisa e uma das dificuldades que nós tivemos foi porque a pesquisa é... se dirigia tanto as operadoras com rede própria como operadoras com redes referenciadas e algumas das questões que provavelmente foram motivos do não, é... talvez tivessem mais características de serviços prestados por operadoras com serviços próprios, entre as quais ah... questão da psicoterapia ambulatorial de grupo e a ambulatorial familiar, então, a questão é a solicitação, pedido pra que a adequação da RN tenha o viés de se adequar a essa condição, é... de algumas situações das quais as operadoras tem pouca possibilidade de interferir diretamente na prestação de serviço, como é o caso das questões relativas à musicoterapia e profissional de educação física presente nos serviços ambulatoriais, que têm muito mais a ver com a possibilidade de oferta do prestador do que da possibilidade de ofertas por parte da operadora.

- Martha - Eu acho que essa foi a maior preocupação que a gente teve, Manuel, então é assim é... por isso que a gente redesenhou tudo em função do que a operadora teria governabilidade ou não, é... de oferecer, isso foi uma grande preocupação que a gente teve e ai eu espero que a gente consiga

expressar isso nos artigos, eu acho que vocês vão poder ajudar muito.

- Manuel - Da mesma forma com relação à questão dos prontuários se tinha prontuário individualizado por prestador mesmo na condição de rede e de programas específicos pra gestão do cuidado da Saúde Mental, que aí sim tem a ver com o Promoprev.

- Martha - É eu acho que isso foi mesmo a grande preocupação da gente, por isso que é... a gente tem que dar alguns instrumentos pra que aconteça, mas de jeito nenhum a gente tem como moldar uma rede, acho que isso é uma coisa que tá muito clara, mas que nem é sempre clara na discussão, então, por isso que a gente sempre volta nisso porque a gente não pode dizer oh, tem que ser oferecido uma atenção multidisciplinar pra Saúde Mental, é eu sou quem oferecer isso né... ainda mais que sabe que é uma coisa que não dá dinheiro, então, se a gente colocar "home care" na 167, amanhã tem 59 empresas novas, eu não posso fazer isso com Saúde Mental porque né... ninguém vai querer, então, é... a gente tem essa preocupação, ok? Então, assim, qual é a proposta? A gente vai levar os artigos também pra discussão nesse dia é... do GT é... a gente trás no dia 3, já os artigos prontos é... eu acho que o dia três vai ser dia bem pesado, a gente vai começar 9 horas em ponto e a gente vai terminar na hora que a gente tiver que terminar, se a gente não terminar, a gente marca uma outra reunião, mas esse era o cronograma que tava previsto e no dia 19 a gente discute a parte de odontologia que aí, talvez, já deu uma ajuda pra no

dia 3 a gente avançar, é... tem um monte de reunião, eu sei que tá todo mundo com a agenda superapertada, mas a gente acha importante que a gente tenha um bom tempo pra isso ficar em consulta pública, porque, se a gente que discutiu junto ainda tem muita dúvida, imagina você colocar um negócio desse tamanho na rua e deixar dois dias de consulta pública, então a gente acha que também é um mecanismo importante, é... a gente queria que vocês confirmassem o e-mail de vocês, quem não confirmou, a gente vai mandar todo esse cronograma por e-mail para ninguém se perder nas datas, tá, e a gente agradece todo mundo ter vindo hoje. Obrigada.