

ATA DO GT DO ROL/23-09

KILZE ESTRELA (GERENTE DA ANS/ TRABALHA NA DIPRO) abriu o evento agradecendo a presença de todos. Pontuou que a pauta de discussões dessa segunda reunião, conforme ficou direcionado no encontro anterior, é o corpo da RN. Disse que antes de tudo, cabe esclarecer, sobre eventuais mudanças estruturais na DIPRO, que deve ficar claro que essas mudanças ainda não estão totalmente definidas, mas ainda é da DIPRO a atribuição da regulação assistencial e também da discussão do rol, ... , portanto, na pauta de discussão do rol nada modificou. Informou que a ideia é fazer uma discussão com a contribuição de todos.

KILZE falou sobre a proposta do cronograma. Informou que houve uma pequena mudança nas datas, um pouco prevendo mais tempo pra poder discutir as diretrizes clínicas e a tabela de procedimentos, e que a única contribuição recebida da primeira reunião até hoje foi relativa à data de sexta-feira, então, a reunião de hoje não foi agendada para uma sexta-feira pela impossibilidade de compor a agenda, mas que as duas próximas datas aqui, de novembro e dezembro, serão duas sextas-feiras. Disse também que a Agência mantém no cronograma a proposta de revisão e elaboração de novas DUTs e diretrizes, em função da tabela propriamente dita, sendo que na última reunião, de dezembro, será discutida a proposta da minuta.

Observou que algumas pessoas perguntaram se ainda dava tempo de contribuição. Saliu que há tempo e que essa discussão não termina hoje, pois hoje será tratada só uma proposta dentro do entendimento da Agência sobre a revisão do corpo da RN, e que tem até dezembro pra fechar a minuta, que será submetida à Consulta Pública. Informou que, como das outras vezes, a memória da reunião, significando a apresentação e a pauta de discussão, está no sítio da Agência e as contribuições devem continuar sendo encaminhadas para gt.rol@ans.gov.br.

KILZE ressaltou que a Agência tem ciência de que uma RN foi publicada em junho, relativa à revisão do rol, e há de novo a discussão, cuja maior motivação é fazer a vigência da nova RN junto com o início do ano fiscal, e que essa discussão deve prorrogar-se, entrar para Consulta Pública, depois vai para a Diretoria Colegiada e só entra em vigência em janeiro de 2012. Destacou que a Agência tem consciência também de que as mudanças nessa RN são menores, não houve tempo de uma discussão dentro do setor para problematizar questões, então, a reunião está sendo realizada para uma composição. Aduziu que a proposta se mantém, como diz na lei, a revisão é a cada dois anos, podendo ser antecipada de acordo com a necessidade. Disse que, pra começar, a Agência assume os parâmetros legais, quer dizer, toda e qualquer mudança tem o arcabouço jurídico da Lei nº 9.656 e sua estrutura, não podendo haver nada que a contradiga. Assinalou que, só pra

revisar, que a partir dela foi criada a revisão do rol, na segmentação ambulatorial se fala em coberturas para consultas médicas em número ilimitado com serviço de apoio-diagnóstico, claro que devidamente reconhecido pelos conselhos. Na segmentação hospitalar, a Agência fala de cobertura de internações hospitalares sem qualquer limite em relação à quantidade de dias e clínicas básicas especializadas, com o reconhecimento do Conselho, essa cobertura também se estende a Centro de Terapia Intensiva, com toda a cobertura de despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação. Colocou que, ainda na segmentação hospitalar, a lei garante a cobertura de exames complementares para acompanhamento, diagnóstico, medicamentos, gaze, transfusões e seções de químico e rádio, de acordo com a indicação do médico assistente, a cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo os materiais, remoção do paciente para outra unidade, em caso de haver necessidade, e a cobertura de despesas com acompanhante de pacientes menores que 18 anos. Lembrou que na segmentação obstétrica se fala da cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os primeiros 30 dias após o parto, e a inscrição desse recém-nascido, filho natural ou adotivo, com dependentes isentos do cumprimento dos períodos de carência, desde que essa inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias. Pontuou que na segmentação odontológica, o que a lei determina como exigência mínima é a cobertura de consultas e exames, auxiliares ou complementares, pelo odontólogo assistente,

cobertura de procedimentos preventivos e cobertura de cirurgias orais. Esclareceu que a lei fala de um arcabouço legal, as RNs que sucederam uma lei de 98 e o que a RN vai trazendo e agregando é o entendimento disso, pois o que a lei preconiza é uma cobertura mínima, aquilo que não pode faltar. Então, por exemplo, na internação hospitalar, antes da lei era dramática a existência de pacientes que se internavam e só tinham 30 dias de CTI, então agora não existem prazos para internação, isso também foi construção da lei e a partir daí ficou definido, por exemplo, o que é internação domiciliar, ou seja, a RN vai agregando entendimentos da lei.

KILZE explicou que a Agência resolveu começar pela lei porque a revisão da RN não pode contradizer a lei, então, foi sugestão de um técnico a DIPRO começar dessa maneira. Acrescentou que já que se discute a RN, o melhor é começar dizendo o que tem que estar na RN. Destacou que as exclusões, que também são definidas na lei, são os tratamentos experimentais, os tratamentos exclusivamente para fins estéticos, inseminação artificial, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética, medicamentos importados não nacionalizados e medicamentos para tratamento domiciliar. Relacionou as exclusões permitidas, como próteses, órteses e acessórios não ligados ao ato cirúrgico, tratamentos ilícitos ou antiéticos e casos de cataclismas, guerras etc. Enfatizou que esse é o

entendimento da lei, e a partir disso começa-se a falar da resolução normativa que foi publicada recentemente, a 211, e o que será apresentado são as propostas de mudanças, que não são muitas, e que acha que está se chegando a um amadurecimento na construção da RN. Perguntou se todos receberam na pastinha a RN como um todo e informou que uma opção do Grupo Técnico não é trazer toda a RN, mas apenas apresentar os pontos onde são propostas mudanças. Apontou que no capítulo 2, artigo 11, a proposta de redação é ir para escopias, enfim, generalizar escopias, porque está citado na norma, e no parágrafo único, também, todas as escopias e demais procedimentos por vídeos; tem também algumas correções de português a serem feitas, então, a opção é para generalizar escopias. Explicou que essa mudança foi baseada em algumas questões que o grupo recebeu na DIPRO relativas a questionamentos e que a redação está sendo elaborada. Assinalou que está proposta a revisão no artigo 14, então, nos contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão, coletivos empresariais, é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no rol, associados ou não a doenças relacionadas ao trabalho. Informou que a redação de saúde ocupacional gerou alguns questionamentos internos, vindos de fora pra DIPRO, porque a saúde ocupacional é definida no Ministério do Trabalho como sendo de obrigatoriedade da empresa contratante, então, aqueles exames de cunho admissional, demissional etc. são parte da empresa contratante, portanto, a proposta de revisão da

redação seria - associados ou não a doenças relacionadas ao trabalho. Observou que há uma mudança um pouco maior no artigo 15; a proposta do grupo é agregar esse parágrafo único. Explicou que o artigo 15 fala que as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer por sua iniciativa cobertura maior do que a mínima obrigatória, quer dizer, o rol trata daquela cobertura mínima obrigatória, portanto, as operadoras poderão oferecer cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nessa resolução normativa e em seu anexo, inclusive medicação de uso oral domiciliar. A proposta do parágrafo único fala que no caso da cobertura, por liberalidade de procedimentos cirúrgicos não previstos no anexo dessa resolução normativa, que a cobertura deverá ser integral, incluindo todas as despesas com honorários, taxas, materiais e demais insumos utilizados. Reforçou que toda e qualquer proposta desenvolvida pelo Grupo Técnico é muito embasada no que é recebido em questionamentos e essa questão foi embasada no fato de que muitas vezes o grupo recebeu demandas relativas a esses procedimentos não obrigatórios liberados, mas que o beneficiário, no final do procedimento, é surpreendido com uma despesa com honorários, taxas, sobretudo despesas com material. Frisou que para esclarecer essa questão, a proposta ficou da seguinte forma: quando há procedimento cirúrgico não previsto no anexo dessa resolução, a cobertura deverá ser integral. Informou que na questão do plano hospitalar, no artigo 18, é realizado em todas as modalidades, com atendimentos caracterizados

como de urgência e emergência, não incluindo atendimentos laboratoriais, terapia ou recuperação, ressalvado o inciso 10 desse artigo, observadas algumas exigências. Esclareceu que o artigo 18 continua o mesmo e, sobre as exigências, ressaltou só uma mudança, que é inclusão da redação: nos casos em que o contrato não preveja coparticipação ou franquia nas internações em geral, excepcionalmente pode ser estabelecida coparticipação crescente ou não para as internações psiquiátricas após 30 dias de internação. Acentuou que o entendimento do grupo a respeito disso é para proteger o beneficiário que tenha diagnóstico psiquiátrico, evitando uma internação prolongada, já que se sabe que essa questão tem uma dialética familiar muito grande, sendo que muitas vezes o paciente permanece internado muito tempo no hospital de modo desnecessário, logo, para proteger esses casos, a proposta é esclarecer ainda mais a questão de coparticipação e franquia após 30 dias de internação nas internações psiquiátricas. Arguiu que para os casos em que não esteja prevista essa coparticipação, a mesma regra deve ser estabelecida para todas as especialidades médicas, inclusive para as internações psiquiátricas. Lembrou que, também no artigo 18, o grupo está propondo uma mudança; o artigo 18 fala da cobertura de estrutura hospitalar necessária em relação a procedimentos odontológicos, os passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar com equipe de saúde necessária à complexidade do caso; nesse caso, a mudança ocorre conforme a

seguinte proposta: cobertura do transporte inter-hospitalar, respeitada a abrangência geográfica do plano, o que quer dizer que se o beneficiário que está internado precisar de transporte, de privado para privado ou do SUS para privado, essa cobertura do transporte inter-hospitalar é nova. Ressaltou que ainda no segmento hospitalar, cabe um esclarecimento em função das demandas que a equipe técnica tem recebido, que deve ser observado, no artigo 18, sobre médico-cirurgião ou dentista, que a prerrogativa de determinadas características, como matérias-primas e dimensões de órteses, próteses e materiais especiais, o codinome é o OPME (CONFUSO) necessário para a execução de procedimentos contidos no anexo dessa normativa. Pontuou que isso entrou na 211, não é novidade, e o que está sendo colocado é só uma nota de esclarecimento, então, o profissional requisitante, quando solicitado, deve justificar a indicação de pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentro daquelas regularizadas junto à Anvisa. E é aqui que entra outro esclarecimento: em caso de divergência quanto à indicação clínica, o que o grupo está propondo é que entre o profissional requisitante e a operadora a decisão caberá ao profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora, ou seja, quando houver no processo de indicação OPME uma divergência quanto à indicação clínica, poderá haver a solicitação de uma contribuição de um profissional escolhido de comum acordo. Acrescentou que as propostas de mudanças do grupo são essas, não

havendo nada muito radical. Em sua opinião, o que está mais apontado entre as propostas é o transporte inter-hospitalar, além de vários esclarecimentos de textos que foram apontados nas demandas que seriam necessárias. Concluiu que o grupo está aberto para discussão com todos os presentes e indagou se há perguntas.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA disse que sua questão é sobre a consulta fisioterapêutica, porque estão relacionadas consultas psicológicas e fonoaudiológicas, mas no caso da fisioterapia não está listado, então ela gostaria de saber qual é a posição do grupo. Pontuou que a fisioterapia está listada apenas como sessões, cobertura de procedimentos, na página 7, artigo 17, fala das coberturas, no parágrafo 1º, cobertura de consultas médicas, no 4º, cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e psicólogo, mas não inclui a fisioterapia.

KILZE observou que no (?) 6 inclui tanto para o fisiatra como para o fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

A MESMA PESSOA NÃO IDENTIFICADA QUE FALOU ANTES DA KILZE insistiu que o texto fala em sessões, mas não em consulta. Comentou que o que acontece na prática é que o paciente chega e faz uma consulta, mas no caso da fisioterapia não, os planos de saúde não respeitam isso, a consulta não é paga para o fisioterapeuta, somente as sessões.

Disse que gostaria que fosse incluída na cobertura a consulta fisioterapêutica.

KILZE ponderou que essa nomenclatura já foi discutida anteriormente e que considera que isso pode ser revisto pelo grupo internamente, ou seja, a inclusão de consulta como a primeira consulta, anamnese, esclarecimento de diagnóstico, e a sessão como tratamento. Pediu para que alguém da equipe se manifestasse.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA informou que para todos os outros profissionais foi colocada consulta/sessão, e que provavelmente foi um lapso da equipe, mas não tem nenhum problema ser acrescentado consulta/sessão para o fisioterapeuta, como já fizemos para os demais profissionais de saúde, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo etc.

KILZE aduziu que tem uma objeção. Embora não se queira privilegiar a discussão do ato médico, ela entende que a consulta a que ela está se referindo é a consulta de anamnese, a consulta de tomada do caso, a consulta pré-intervenção.

MANOEL colocou que gostaria inicialmente de tentar entender o que consiste uma consulta fisioterapêutica, o que é um consulta fisioterapêutica.

JORGE comentou que o último GT do Rol é sempre objeto de muita discussão, principalmente pela necessidade que as operadoras colocam de que haja

a indicação de um médico para que seja realizado o procedimento, seja em fisioterapia, nutrição, dentro da atenção do profissional. Pontuou que o grupo se baliza e está restrito àquilo que determina a Lei nº 9.656, não tem governabilidade para modificar o texto de uma lei, então, independentemente da lei das profissões e normatizações dos conselhos que dão a prerrogativa aos profissionais de darem autonomia de realizarem os tratamentos sem que sejam referenciados por um outro profissional médico. Assinalou que para a atuação de um profissional de maneira geral, na questão da cobertura obrigatória, a Lei nº 9.656 coloca que são de cobertura obrigatória procedimentos e atendimentos indicados pelo médico assistente, então, para ele, não há que se entrar nessa discussão sobre a legalidade da atuação dos profissionais e da autonomia de cada profissão, mas para fins de cobertura obrigatória não se pode ir contra um dispositivo da lei que diz que a cobertura é obrigatória no caso de procedimentos e atendimentos prescritos pelo médico assistente. Comentou que está escrito exatamente assim, então, na revisão do rol que redundou na RN nº 167, que é a anterior, na proposta que foi à Consulta Pública não constava essa exigência, razão pela qual foi chamada a atenção que a lei restringe isso. Portanto, ele entende que não havendo modificação nesse dispositivo da lei, não se pode obrigar que o atendimento seja independente da indicação do médico assistente.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA pontuou que isso é tanto para fisioterapia como para qualquer outro profissional de saúde, ou seja, é necessário que passe primeiro pelo médico assistente para fins de cobertura, para que ele indique qualquer outro profissional de saúde, mesmo o psicólogo, depois que foi indicado pelo médico ou psiquiatra, ou seja, ele vai fazer sua consulta inicial para determinar o acompanhamento, tanto é que foi colocado consulta/seção, e que será o mesmo com o fisioterapeuta. Destacou que para ele não cabe definir no caso o que faz um fisioterapeuta numa consulta, pois isso cabe aos profissionais fisioterapeutas, aos seus conselhos e aos seus acadêmicos. Enfatizou que do mesmo modo que o médico assistente vai encaminhar para qualquer um dos demais profissionais de saúde, seja psicólogo, seja fono, seja TO, seja nutricionista, para todos esses profissionais está previsto tanto na 167 como na 211, consulta/sessão, e isso não significa que vai entrar necessariamente, porque isso passa por uma discussão, a Consulta Pública, mas isso não fere a prerrogativa legal da indicação do médico assistente.

ANIVE HOLANDA (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA) salientou que em relação ao tema do médico assistente, o entendimento da sua categoria é continuar a tentativa de avançar com essa questão. Disse que o Conselho esteve nas discussões passadas e que tem claro que a lei precisa ser cumprida, mas recomenda que haja uma definição clara da interpretação do médico assistente, porque se sabe que, certamente, as

categorias todas estão discutindo isso, porque se barra nas categorias profissionais. Comentou que o médico assistente, que seu Conselho entende, é o médico que está assistindo o paciente, que pede um procedimento ou uma consulta/sessão de outra especialidade, por entender que isso faz bem ao projeto terapêutico do paciente, mas na prática, efetivamente, o médico assistente está sendo tomado com várias outras interpretações, é um médico que não apenas assiste o paciente, é um médico que solicita, é uma espécie de filtro de porta de entrada, e tem sido discutido no Conselho a necessidade de avançar na discussão da porta de entrada. Observou que a RN passada, quando a ANS apresentou a minuta em uma das plenárias, ela própria trouxe em destaque, em azulzinho, que eram as inclusões, um parágrafo que falava que seria facultado às operadoras estabelecerem o livre acesso aos profissionais de saúde, o que chegou a ser acertado com várias profissões, tendo ficado pactuado que a orientação iria para o sítio da ANS, mas acabou não tendo sido aprovado. Destacou que o Conselho propõe isso, e que será enviada para o email a proposta de voltar a essa questão desse parágrafo, de forma a deixar bem clara essa posição do Conselho Federal, que é a favor de uma porta de entrada, mas multiprofissional, onde as liberações, as autorizações sejam feitas por profissionais que tenham o expertise de fazer isso e não simplesmente concentrar em uma profissão, que muitas vezes traz inúmeros equívocos até para as próprias estatísticas, para as casuísticas de encaminhamentos, porque se equivoca o Consids,

se equivoca com pedido de procedimento, filtro. Lembrou que o conselho trouxe na reunião passada uma denúncia que estão exigindo nas 40 sessões de psicologia laudo psiquiátrico para continuar a psicoterapia.

KILZE aduziu que, conforme já colocado pelos outros colegas, existe uma restrição, o grupo tem a lei como base, como teto, e isso determina vários elementos, sendo que qualquer mudança em relação a essa questão do médico assistente passa pela lei, e o fórum pra essa definição é outro. Apontou que em relação à porta de entrada, a ANS não pode definir como é a porta de entrada das operadoras ou como é a linha de cuidado que as operadoras definem, se existe linha de cuidado ou se esse cuidado é fundamentado ou não; e o que a ANS tem feito é preconizar linhas de cuidado, que é o como o usuário percorre o sistema, por quem esse usuário é cuidado, o que são os elementos de alerta no cuidado a esse paciente. Acrescentou que a proposta de regulamentação normativa ou indutora tem seus limites, a operadora é que vai definir esse processo, então, se a porta de entrada e a organização do cuidado não diz respeito só à ANS, esta faz políticas normativas indutoras para desenvolver linhas de cuidados. Ressaltou que o médico assistente que a Agência entende é aquele que cuida, é aquele que é o responsável pelo que acontece na prática. Concluiu dizendo que a Agência sabe da fragmentação do cuidado assistencial que é praticado pelo setor e que a correção dessas

anomalias dos cuidados é um trabalho de todo mundo.

MARLENE (FISIOTERAPEUTA, REPRESENTANDO O CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA/DE CURITIBA) – agradeceu o colega pela defesa da questão do que é uma consulta fisioterapêutica. Considerou que todo mundo deveria saber, principalmente quem está na área de saúde, o que é uma consulta fisioterapêutica. Quanto à questão da porta de entrada, informou que questionou a ANS oficialmente se o paciente precisaria passar pelo médico para fazer fisioterapia, e que teve uma resposta da ANS, oficial, que depois pode encaminhar a quem queira, mostrando que a ANS não exige que o paciente passe pelo médico, quem exige é o plano de saúde e essa exigência é uma questão de má interpretação da lei, que diz que se o médico prescrever, o plano de saúde é obrigado a fazer, a cumprir, o paciente não tem a obrigatoriedade de passar pelo médico assistente para fazer fisio, fono e nutrição. Comentou que porque que o médico vai indicar fisioterapia, ele é médico, ele não é fisiorapeuta, ele estudou pra fazer medicina. Destacou que o fisioterapeuta precisa avaliar o paciente, fazer a anamnese, saber do histórico dele pra saber do que ele precisa pra ser tratado.

KILZE concordou que essa questão é polêmica, sempre ressuscitada em todas as discussões. Disse que a linha de cuidado, de qualquer forma, termina um processo que vai ser iniciado por alguém, e

mesmo sem querer insistir nessa polêmica, a indicação do médico assistente é uma referência de como o processo deve seguir a partir daí, se esse cuidado vai ser fragmentado, como que vai ser esse cuidado. Para ela, é uma questão para ser evoluída, mas entende que a discussão sobre a mudança da lei deve ser discutida em outro fórum, pois o foco da presente discussão é a indicação do médico assistente.

JOÃO PAULO (Unidas) destacou sobre o artigo 15, que a seu ver, a Lei nº 9.656 trata de uma cobertura mínima e aquelas operadoras que desejarem uma cobertura adicional, podem oferecer sem problema nenhum. Comentou que está sendo proposto incluir na RN um parágrafo com relação à parte de procedimento cirúrgico, provavelmente porque deve ter havido demanda a esse respeito na ANS, mas que há demandas também nas operadoras em relação a isso. Assinalou que quando uma operadora, por liberalidade, resolve cobrir alguns procedimentos adicionais, ocorre que a própria ANS questiona isso, por exemplo, se a operadora decide cobrir a escleroterapia de varizes, que já cobria antes da mudança do rol. Lembrou que a ANS está fazendo um questionamento num caso específico em que a Unidas liberou só 10 sessões, mas o paciente precisava de 20, então, para ele, se é uma liberalidade, por que legislar em cima de uma liberalidade? Ele entende que isso deveria ser mais bem discutido ou definido no sentido de que ou todos que resolvam cobrir por liberalidade os procedimentos que cubram de forma

integral ou então que não haja restrições para determinados tipos de procedimentos, de forma que a operadora possa cobrir o que pode suportar dentro de seu orçamento.

FÁTIMA (TRABALHA NA DIPRO, NA PARTE DE ROL DE COBERTURA) ressaltou que a equipe sabe que muitas operadoras cobrem além do rol, incluindo muitos procedimentos por vídeo que não estão no rol, procedimentos por rádiofrequência, inclusive tem recebido a demanda de um procedimento que não está no rol, mas a operadora negou uma parte dele, então, fica difícil fiscalizar isso. Acrescentou que se a operadora oferecer uma coisa a mais, deveria deixar claro na entrada se o beneficiário terá de pagar por alguma coisa, porque o que acontece é que a operadora cobre e depois vem a conta para o beneficiário pagar. Ela deu como exemplo o caso de uma ponteira de radiofrequência, num procedimento onde a radiofrequência... (?). Explicou que em face de uma demanda dessas, a Agência observa se a ponteira tinha obrigatoriedade de cobertura ou não, se é material permanente, se é material de consumo. Disse que se a operadora oferece um procedimento além, deve cobrir integralmente ou, então, as regras têm que estar claras na entrada, não dá para o beneficiário ficar sabendo só no meio do caminho se aquilo vai ter cobertura ou não.

KILZE observou que essa falta de clareza gera um processo, é essa a questão.

JOÃO PAULO sugeriu que o artigo seja alterado de forma a deixar claro que aqueles que desejarem oferecer coberturas adicionais por liberalidade, que durante e no momento na utilização o façam da forma mais clara possível, seja cirúrgico ou escleroterapia, que isso seja informado ao beneficiário que o procedimento lhe será autorizado por excepcionalidade, mesmo que por um número limitado de sessões e que, por exemplo, não serão cobertas as órteses e próteses. Apontou que assim se resolveria a questão, sem deixar dúvidas sobre o que está coberto ou não. Aduziu que na internação domiciliar, por exemplo, que também tem uma especificidade, algumas cobrem, mas teria que cobrir tudo, hospital, medicamentos, todos os produtos e insumos necessários. Sua proposta é dar uma redação mais genérica ao artigo.

DAGOBERTO (CONSELHO FEDERAL DE TERAPIA OCUPACIONAL) ponderou que no entendimento de sua categoria, das entidades representativas, a terapia ocupacional, pela história, por uma série de outras questões, fica realmente um pouco obscura, havendo certa dificuldade de entendimento e de compreensão de quais são as atividades e como esse profissional pode participar de assistência ampliada em saúde. Informou que na visão do conselho, fazendo a leitura da resolução, é que da forma que ela está construída, uma cobertura de 12 atendimentos/ano de terapia ocupacional é impraticável se analisado o tipo de clientela, o perfil de intervenção do profissional, as técnicas que precisam ser aplicadas e conduzidas. Considerou

que há a necessidade de, talvez, haver uma ampliação do anexo onde vão estar descritos os procedimentos realizados pelos profissionais e também na instrução normativa que define o que sustenta a prática do profissional, por exemplo, na IN nº 25, no item 67, onde, na sessão com terapeuta ocupacional a cobertura está limitada à parte de saúde mental, retardo e transtorno de desenvolvimento psicológico. Salientou que a intenção do conselho é participar desse processo da forma mais democrática possível. Observou que o primeiro item da RN, quando trata dos princípios de atenção à saúde na saúde suplementar, no artigo 3º, diz que a atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios: o primeiro diz respeito à atenção multiprofissional, tema em razão do qual o conselho terá muitas contribuições a fazer no decorrer de todo esse processo.

MANOEL PERES (REPRESENTANTE DA FENASAÚDE/ MÉDICO) disse concordar com o João e que, talvez, o problema que a Fátima mencionou sobre as ponteiras não tenha necessariamente a ver com a cobertura integral ou não de algo que algumas operadoras resolvem oferecer além daquilo que seria obrigação contratual, mas tem muito mais a ver com divergência da indicação clínica do que com material, e essa é a razão dos problemas. Comentou que, talvez, essa cláusula ou essa condição não resolva o problema no caso das ponteiras de radiofrequência nas risotomias, pois o que há é a solicitação de uma ponteira para cada

nível na risotomia e para cada lado, sendo óbvio que há sempre uma questão de contingenciamento, e nesse sentido é que há divergência. Disse que pode haver situações em que a cobertura eventualmente é parcial e aí o prejuízo seria maior ao segurando no sentido de não se abrir essa possibilidade de uma cobertura ampliada quando assim houvesse o desejo da empresa estipulante ou eventualmente da operadora. Ele defendeu a posição do João no sentido de rever uma condição que busque a melhoria da cobertura e não em piora.

KILZE lembrou que na prática há a experiência do confronto entre duas questões, tanto no que diz respeito à discussão de divergência clínica quanto no que diz respeito a quando o beneficiário é surpreendido por falta de esclarecimento em relação a algum aspecto daquele ato cirúrgico, que por ser uma liberalidade, vem na conta do beneficiário; portanto, de alguma forma aquilo não ficou claro, não foi explicado ou, então, alguém esqueceu.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA considerou que são vários mundos nessa história, mas enfatizou que em seu entender está sobrando o prejuízo para o beneficiário, quando na verdade é uma questão da relação da operadora com o seu prestador, como no caso que o João falou, das 10 sessões de escleroterapia, que é uma liberalidade, e alguém está cobrando da operadora pela não cobertura das 20 sessões necessárias. Em sua opinião, o que tem que ficar claro para o beneficiário é que se lhe for

oferecida alguma coisa a mais, ele não vai arcar com nenhum ônus. Acrescentou que, de certa forma, a operadora é responsável, porque é ela quem contrata o prestador, então, se alguma coisa foi cobrada indevida, isso não deveria ter sido cobrado do beneficiário; portanto, ela sugere que seja pensada uma redação que tente suprimir esse problema.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA observou em relação ao artigo 7º, que trata do planejamento familiar, que o corpo da RN, que é o objeto dessa reunião, o próprio anexo e as diretrizes da instrução normativa vão ser objeto de outra pauta. Pontuou que no corpo da RN é claro que esse planejamento é todo amarrado para ser feito por equipe multiprofissional e não tem o que alterar agora, pois o grupo vai fazer o que está determinado no texto, com os CIDs que estão na cobertura. Advertiu, contudo, que há uma incoerência, porque quando se trata de, por exemplo, aconselhamentos de contracepção, eles não estão lá. Observou que a Ana Paula deu uma orientação muito boa quanto a sempre lembrar que aqueles pedidos que se referiam a plano hospitalar são de cobertura ilimitada, então, no plano hospitalar não existe essa questão do que é coberto pelos CIDs. Destacou que desde que o médico assistente esteja lá e peça determinado ato de um profissional ou outro, que seja consulta, sessão ou procedimento, está garantida a cobertura ilimitada no hospital. Lembrou que quando se trata de planejamento familiar, muito dessa parte pode ocorrer em ambulatório, no plano ambulatorial,

onde realmente não está inserida a questão da cobertura ilimitada hospitalar, sendo aí que reside certa incoerência, porque quando você vai ver as CIDs cobertas, por exemplo, para outras profissões que tenham que aconselhar ou fazer parte desse processo, não estão cobertas. Disse que muitas vezes, quando se precisa de um psicólogo ou outro profissional que seja, as CIDs estão amarradas às diretrizes e não se vê a possibilidade de cobertura ou então elas estão muito equivocadas. Portanto, ele acha que os códigos devem refletir as práticas e os procedimentos para evitar incoerências.

ANA PAULA esclareceu que o que havia falado é que no plano hospitalar, seção 3, artigo 18, tem um item, o inciso 5, cobertura do atendimento por outro profissional de saúde de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, que já era ilimitado e que na 211 iria estar mais claro etc.

ROSANE (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS) indagou se tem surgido algumas demandas em relação à cobertura domiciliar, se a equipe tem algum acúmulo em relação a isso.

KILZE explicou que sobre o atendimento domiciliar, o que está claro hoje na RN é o artigo 13, que define quando a internação domiciliar é oferecida em substituição à internação hospitalar. Disse que esta deve ser contemplada em toda a extensão, a internação domiciliar deve cobrir deve cobrir todos os insumos e recursos humanos necessários para o

acompanhamento do paciente. No que diz respeito a acompanhamento, salientou que o grupo separa internação domiciliar de assistência domiciliar, e no âmbito da assistência domiciliar isso vai ser uma negociação entre ambas as partes. Comentou que é muito comum hoje a assistência domiciliar, por exemplo, em gestão de paciente crônico, em programas de prevenção, existe um espectro de assistência domiciliar, mas não tem regulamentação sobre a assistência domiciliar, mas a internação domiciliar quando em substituição, deve ser estendida a tudo, pois tem havido discussão sobre isso e estão previstas contribuições nesse sentido, delimitações, enfim, mas que, não evoluíram para um novo parágrafo.

ROBERTO VESLACO (FBH/ FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS) achou oportuno voltar à discussão a respeito do artigo 15. Em seu ver, em sendo uma liberalidade da operadora a prestação de alguns procedimentos, que essa liberalidade não deva provocar prejuízos para os usuários nem para os prestadores, porque se o hospital realmente atende um paciente encaminhado por uma operadora por liberalidade dela, e procede ao atendimento daquele paciente, as discussões posteriores sobre o que deve ser pago ou não, não devem prejudicar o prestador, tornando necessário que fique bem esclarecido que uma vez que o procedimento é uma liberalidade da operadora, que ela deva se comprometer a pagá-lo integralmente.

KILZE argumentou que a ideia é esclarecer esse artigo num parágrafo, estabelecendo que a conta não é para o prestador, a conta não é para o beneficiário, e esse esclarecimento tem que estar mais claro.

JOÃO apontou que outra coisa que está sendo proposta é a inclusão no plano hospitalar do artigo de cobertura de transporte inter-hospitalar, respeitada a abrangência do contrato. Disse que em seu entender, se ficar da forma como está, vai surgir uma série de problemas de interpretação, porque da forma como está supõe-se que basta o beneficiário ter vontade para, mesmo estando do Piauí, ser atendido em São Paulo, enquanto a operadora é obrigada a cobrir essa transferência inter-hospitalar de credenciado para credenciado. Portanto, ele acha que tem que especificar que a transferência cabe nas situações em que aquele local não tiver estrutura necessária à continuidade do atendimento, ficando bem caracterizadas as situações com cobertura obrigatória, até porque muitos planos são de cobertura geográfica nacional e teriam uma série de problemas, como as seguradoras e planos de autogestão nacionais.

FÁTIMA explicou que é claro que isso é um critério médico, mas se um paciente passa mal e é atendido numa emergência pública mais perto de sua casa, pois tem plano de saúde, então o grupo pensou nisso porque a lei não deixa claro, não cita qual nem para qual estabelecimento ele deve ser transferido. Acentuou que o grupo não está restringindo só essa situação, mas quer deixar claro

que se uma pessoa passar mal, for atendida num hospital público e tem plano de saúde, na hora que o médico disser que ela pode ser transferida, a responsabilidade desse transporte é da operadora que ele contratou, porque senão, isso também vai gerar um processo de ressarcimento ao SUS. Considerou que é claro que a operadora não teve culpa naquele momento em que a pessoa precisou, numa situação de urgência, de procurar um local mais próximo, portanto, acha que é possível desdobrar isso melhor na RN, contemplando outras grandes situações, mas sempre lembrando que não é só isso. Lembrou que às vezes acontece também de a pessoa ficar em determinado hospital porque teve negativa de cobertura em outro, aí ela acabou sendo atendida no público por alguns equívocos.

KILZE aduziu que é um entendimento novo e que quando a operadora quer promover esse deslocamento, principalmente de privado para privado, por conta de direcionamento, o grupo entende isso como um grande problema, portanto, precisa haver uma adequação de redação.

ANA PAULA comentou que para ficar mais claro, pode constar que tem que ser com autorização do médico assistente, porque ninguém vai sair de um hospital sem autorização do médico. Assim, se, por exemplo, houver um acidente de carro e a pessoa for levada para um hospital público, lá, obviamente, tem UTI, tem neurologista, tem tudo, mas a pessoa tem plano de saúde, mas se esquece de se deslocar para um hospital do plano de saúde. Ela disse que

não acredita que estando o paciente em condição de ser transferido, o médico do SUS vai impedir a pessoa.

KILZE observou que essa questão deve ser revista como um todo, explicitando as condições clínicas de transporte etc.

JOÃO citou o caso de um hospital do Rio de Janeiro, na Barra da Tijuca, em que o paciente não gostou muito daquela instalação, da equipe médica, e que sabe que em São Paulo tem um hospital muito bom e pediu sua remoção. Disse que, então, o plano vai bancar essa transferência para São Paulo, quando no Rio teria toda a infraestrutura necessária para o atendimento. Por isso, ele acha que tem que ficar caracterizado que naquele prestador de serviço em que o paciente está sendo atendido não há mais condições de dar continuidade ao atendimento porque se faz necessária uma estrutura superior.

KILZE informou que será feita uma nova redação do corpo da RN, de caráter mais explícito, das condições, listando as situações e detalhando mais a questão do transporte inter-hospitalar.

JORGE sugeriu que seja pensada uma redação definindo melhor que nos casos em que o paciente for atendido num hospital público ou privado que não faça parte da rede credenciada da operadora, o transporte até o hospital designado pela operadora de sua rede credenciada fica a cargo da operadora, eliminando, assim, o problema da situação de o

paciente querer ser removido para um hospital de outra cidade.

KILZE concluiu, lembrando que o GT do Rol aguarda o envio das contribuições por email e que a próxima reunião será em novembro, numa sexta-feira, conforme solicitado. Por fim, agradeceu a presença de todos.

FIM DA REUNIÃO.