

Ata da 5ª Reunião do Grupo Técnico (GT) para revisão do Rol de Procedimentos editado pela RN 211/10

Data: 20 de junho de 2011

MARTHA (ANS) deu início à reunião, assinalando que neste encontro será necessário que muita coisa seja discutida, pois haverá muito pouco tempo para discutir depois.

MARTHA (ANS) - O objetivo do grupo, das reuniões realizadas desde o ano passado (segundo semestre de 2010 e primeiro semestre de 2011) foi a apresentação do cronograma e a revisão de cronograma. A consulta pública começou em abril e terminou em maio, a gente prorrogou, durou um mês e dez dias, hoje estamos fazendo essa reunião, tem uma discussão na colegiada desta semana, outra discussão na colegiada da semana que vem, e a gente publica em julho, pra valer a partir de janeiro. Além das nossas reuniões, como combinado, foram realizadas algumas outras reuniões pra discutir esse tema, então, a gente fez, na realidade, reuniões na AMB- Associação Médica Brasileira, a partir disso, durante a consulta pública, a gente fez reuniões com todas essas sociedades, a gente fez reuniões com alguns conselhos também, então, durante esse período, a gente trabalhou muito em cima dessas demandas. A consulta pública foi de 15 a 21 de maio, a gente colocou na pasta o consolidado da consulta pública, a gente colocou também um pouco do resumo do que a gente vai falar aqui. A consulta pública on-line recebeu 4.522 contribuições, por correio, email e muitos outros, a gente recebeu mais 2 mil, não contabilizando cada demanda de sociedade, a gente pegou da sociedade o que chegou por email, mas sabe-se que tem mais, com certeza, mais de 7 mil contribuições, além disso, recebemos abaixo-assinados de cirurgia bariátrica por vídeo, medicação domiciliar, no retorno de um artigo que existia na RN 167/08, falava sobre tratamento especial para obesidade mórbida, tem alguns abaixo-assinados com 18 mil assinaturas, outros com 7 mil. Da consulta pública os consumidores responderam por 69% das demandas, então, a gente acha que a participação está cada vez mais popular, e além disso, a gente está conseguindo um contato com os outros atores, que são conselhos e sociedades, que está sendo muito proveitoso, um contato mais próximo que talvez tenha influenciado esse número, operadora 13%, prestador de serviço 12%, isso nunca aconteceu, de prestador estar tão próximo de operadora, que é um outro número que pra gente é bem significativo. Das demandas que chegaram, um sistema gerais, 77 demandas, o que é isso, foi bom, foi ruim. Procedimentos já contemplados no rol, 540, a lei faculta cobertura, o que é isso, procedimentos que foram solicitados, mas a própria lei não permite a inclusão obrigatória, tipo medicação domiciliar, procedimento médico, alguma coisa que está na exclusão da lei, alteração de diretriz de utilização, 1631, quase a totalidade disso responde por um procedimento só; inclusão de procedimento, 862; alteração de artigo de resolução normativa, 857; aqui de novo, quase a totalidade é um único artigo e um único problema; exclusão de procedimentos, 104; inclusão de dut, 95; inclusão de artigo, 93; exclusão de artigo, 29, alteração de nomenclatura e segmentação 18; e exclusão de dut; na verdade, essa redistribuição a gente que teve que refazer ela toda, porque quem entrou na consulta pública já entrava em algum desses itens, o problema é que como foi a maior parte beneficiária, não necessariamente ele sabia onde ele estava entrando, então, a gente teve que reclassificar cada uma das demandas que chegaram, o sistema ajudou, consolidou um monte de coisas, mas não necessariamente a gente teve isso tudo pronto no final, o trabalho foi grande pra reclassificar. A maior parte das contribuições foi alteração de dut – diretriz de utilização, e disso, 93%, alteração da diretriz de oxigenoterapia hiperbárica, consulta com nutricionista, pet scan, consulta com TO – Terapia Ocupacional, implante coclear e outros, depois eu vou mostrar mais a fundo a lista. A oxigenoterapia hiperbárica obteve 93% das demandas, grande parte é solicitação de ampliação dessa diretriz, parte das solicitações já estão contempladas na diretriz atual. O pet scan também pra indicação pra outros diagnósticos; e o aumento de dut de outros profissionais e o ajuste de dut de implante coclear. Então, oxigenoterapia hiperbárica, consulta com nutricionista, pet scan oncológico, TO, implante coclear, fono, (...)

Aqui, as principais solicitações de exclusão do procedimento, isso daqui é do que foi pra consulta pública e o que já está na RN 211/10, então, Herniorrafia Inguinal por videolaparoscopia é um procedimento que a gente sugeriu incluir nessa consulta pública, gastroplastia por vídeo ou laparotômica, implante coclear, a maior parte é pra excluir a diretriz nova, não pra excluir a diretriz antiga, qual é a diferença da nova pra antiga, a nova é bilateral. O gráfico 4 apresentou as principais exclusões, a justificativa para as exclusões, na maior parte dos casos foram impacto financeiro e alguns discutem a evidência quando comparada à técnica atual.

JOÃO PAULO (UNIDAS) – só pra entendimento, alguns procedimentos que estão sendo solicitados de exclusão, eles têm diretriz de utilização, está sendo solicitado pra cancelar a diretriz de utilização pra todos os casos, por exemplo, mamografia digital?

MARTHA (ANS) - não, quando a gente vai mudar a diretriz, a gente coloca na exclusão de diretriz, aqui, a mamografia digital foi pra excluir o procedimento. Inclusão, o procedimento mais solicitado na consulta pública foi pesquisa de mutação genética, esse procedimento a gente volta a discutir, mas considera esse procedimento como já incluído dentro da diretriz de genética, eu sei que tem muita discussão sobre isso, se está incluído ou não, por causa disso a gente trouxe esse procedimento pra discutir, estando ou não incluído, provavelmente esse procedimento não está sendo executado, existe tanta dúvida que ele não está tendo cobertura, então, a gente trouxe pra discutir, consulta com fisioterapeuta; tomografia de coronária com escore de cálcio, angiograma de coronária, apesar de não estar incluído no outro a gente deixou separado porque as demandas chegaram diferente, e outros procedimentos. Então, aqui foram as mais solicitadas, como eu falei, o K-ras a gente considera como incluído na diretriz de genética, K-ras, fisio, tomografia, angiograma, radioterapia com intensidade modulada de feixes, consulta com terapeuta ocupacional, aumento do número, reeducação postural, cápsula endoscópica, uvulo-palato-laringoplastia, esse procedimento já tinha no rol, a gente sugeriu excluir, a gente discutiu com a sociedade e a sugestão foi de que a gente não exclua, na realidade não é uma solicitação de inclusão, é uma solicitação de não exclusão, terapia Imunobiológica intravenosa em reumatologia, tomografia de coerência ótica, PET- CT, terapia de ondas de choque em tecidos moles, (...) aumentar o número de sessões para TO e fono, avaliação das obstruções coronárias, avidez de IGG, biópsia renal guiada por ultrassom, biópsia transjugular, BK vírus PCR, capsulotomia artroscópica, CCP anti-peptídeo citrulinado cíclico (...) A gente fez primeiro uma leitura, isso já tem no rol, foram aqueles 540 que a gente separou e não trouxe, isso não tem na CBHPM, então, a gente começou a olhar o que não tinha na CBHPM e a gente já tinha discutido isso, a gente não vai incluir nenhum procedimento no rol que não tenha na CBHPM. Outra leitura que a gente teve foi a seguinte: esse procedimento é uma técnica substitutiva ou complementar, então, como é que está isso com relação ao tratamento dessa doença contemplada no rol? Essa tecnologia é nova, que está sendo agregada ou substituindo uma tecnologia já existente? A maior parte desses procedimentos a gente conseguiu discutir com as sociedades de especialidades e, a gente sentava com a sociedade e tentava discutir priorização, eu acho que esse foi um dos grandes ganhos que a gente teve, sentar com a sociedade e falar... legal, você me mandou uma lista de 30 procedimentos, desses 30, 10 são elegíveis, porque ou já tem no rol ou têm na CBHPM, desses 10 o que você acha que é prioritário, como está a distribuição disso no país, qual técnica precisa de uma pessoa mais

especializada, e eu acho que esse tipo de conversa foi o que a gente mais conseguiu ganhar com essa revisão do rol, as pessoas comecem a entender como é que a gente tira da cachola aquele procedimento e coloca aquele no rol e não coloca outro, então, a gente teve mais ganho, a gente conseguiu do que sobrou estudar tudo? Não, a gente não conseguiu estudar absolutamente tudo, ninguém conseguiria isso em duas semanas, a gente conseguiu separar o que é prioritário e o que não é, e desses que são prioritários a gente conseguiu ter uma análise mínima de como está a distribuição disso no país e o que seria prioritário ou não em cima das demandas que a gente recebeu, essa listagem que a gente conseguiu perceber que efetivamente já era madura suficiente pra gente trazer pra esse grupo, a gente trouxe, é a lista seguinte que eu vou mostrar. Acho que cada demanda que recebeu um voto, porque as pessoas entravam e falavam ..., eu quero voltar, a gente entendeu que tudo bem, até o que recebeu um voto, a gente trouxe pra poder discutir, porque a gente não ter encontrado algum procedimento elegível nesse que eu estou falando, mas vocês podem encontrar, então, acho que a gente tem que discutir cada um deles. Teoricamente, muitos são vários nomes diferentes para um mesmo procedimento, (...) mamoplastia redutora, medicamento ambulatorial, microcirurgia endoscópica transanal, mutação de alguns genes, navegação cirúrgica, nefrectomia por vídeo, nucleoplastia, tratamento domiciliar, PCR para vírus respiratório, pesquisa de vários anticorpos por imunofluorescência, pesquisa de algumas mutações, PET-CT, procedimentos de home care, internação domiciliar, algumas radioterapias, (...) teste respiratório, tomografia, transplante de córnea com intralaser, tratamento cirúrgico por vídeo.

JOÃO (UNIDAS) – você estimaria em mais ou menos quantos por cento dessas inclusões vieram subsidiadas como documento, como aquilo que seria desejável?

MARTHA (ANS) – dessa vez foi um pouco diferente, porque a gente pegou, pra alguns desses procedimentos, em 70% a gente tem subsídio porque vieram das sociedades médicas, e como a gente fez aquela planilha, a gente pode questionar o subsídio, porque de nem todas as sociedades vieram iguais, alguns vieram com subsídio de verdade e outros vieram com alguma coisa justificando, mas ela já está melhor detalhada do que antes porque a gente fez aquela planilha, e muitas das solicitações de beneficiário se remete ao mesmo procedimento, com uma linguagem diferentes, às vezes não com o mesmo nome, mas a gente viu que mesmo de beneficiário a linguagem está cada vez mais técnica, a gente já não sabe se isso tem uma influência da própria sociedade, enfim, ela não veio tão não técnica como as outras, tinha uma que claramente a gente via que não tem nenhuma interferência, até o nome do procedimento veio escrito errado, tem uma linguagem muito popular, eu tenho certeza que isso é uma demanda da pessoa, as outras já vinham com um outro tipo e linguagem, então esse perfil era um pouco diferente do resto, o que a gente tentou discutir com a sociedade foi que algumas vieram de verdade, com justificativa, com explicação, com dut, outras não, mas no final das conversas eles conseguiram pelo menos entender o que que a gente chama de dut, eu acho que essa troca foi bem legal. Aqui, a gente começa a falar um pouco da resolução, pra solicitação de artigo da resolução, 62% falam do mesmo artigo, que é o artigo 19, 11% do artigo 18 e o resto dos outros artigos. A gente trouxe todos eles pra vocês darem uma olhada, quando a gente chegar no artigo 19 vocês vão ver que o problema não é um problema, mas se reflete como demanda da população, e aqui sim, foi uma demanda de beneficiário clara, porque cada um escreveu de um jeito e todo mundo queria dizer a mesma coisa. O artigo 19, então, é o que fala da cobertura de despesa pra acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato, a gente vai voltar nele. O artigo 18 também foi bastante comentado, (...) cobertura das despesas do acompanhante no plano hospitalar e co-participação em saúde mental. Então, agora, a gente vai fazer uma análise não só da consulta pública, mas do que agente já conseguiu consolidar, depois a gente encaminha pra colegiada. Como a resolução são só alguns artigos, a gente passa a resolução primeiro, depois a gente volta pra discutir aquele slide de inclusão, exclusão e dut. Artigo 6, na consulta pública, participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados nos anexos dessa resolução terá cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica, a alteração desse texto foi feito por sociedades, que eu me lembro, umas três ou quatro pediram a mesma coisa, porque? Quando a gente escreveu esse artigo, a gente colocou a participação do profissional médico anestesiológico, a gente não estava fazendo “lobby” pra nenhuma sociedade, a gente só queria dizer que a anestesia tinha cobertura pra qualquer procedimento quando solicitado pelo médico assistente, o que eles passaram pra gente é que outros profissionais podem fazer pequenas anestésias em alguns procedimentos sem ser necessariamente o anestesista, então, não é o anestesiológico que tem cobertura, o que tem cobertura é o procedimento anestesia, então, com essa lógica a gente reescreveu, A idéia é esta, os eventos e procedimentos relacionados nessa RN e seus anexos que necessitem de anestesia e analgesia terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

MARIA DE FÁTIMA (ANS) - eu só queria completar o seguinte, quando tiver a indicação de ter anestesiológico, também está coberto, o problema são as pequenas anestésias, que os profissionais não tinham a cobertura, então, a gente quer deixar claro que naquelas situações, inclusive uma criança especial que precise fazer uma cirurgia bucal, e precisa fazer uma anestesia geral, ou uma tomografia que seja em ambulatório, ele vai precisar de anestesiológico, o profissional está coberto, a anestesia está coberta, e também pra contemplar situações, por exemplo, o ginecologista precisa tirar verrugas e precisa fazer um bloqueio, e aí precisa do ressarcimento do que ele está gastando no procedimento.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – só pra complementar o que a colega a agência disse, isso aconteceu muito na cirurgia buco-maxilo, então, antes da resolução 211, que o usuário tem direito ao procedimento, mas na hora que a operadora colocou o anestesista a disposição do cirurgião ele não estava presente.

MARTHA (ANS) – Artigo 11, os procedimentos realizados por laser, radiofrequência e escopias somente terão cobertura assegurada quando especificados no anexo de acordo com a segmentação contratada, a gente recebeu várias contribuições pra acrescentar nesse artigo robótica neuronavegação, a gente concordou e a sugestão do texto é: os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação, escopias somente terão cobertura asseguradas quando assim especificados no anexo, ok? Artigo 14, é aquele pra cobertura pra doença ocupacional, a gente discutiu, saiu a súmula há um mês e pouco, publicada no Diário Oficial, a gente replicou o texto da súmula, então, antes, no artigo 14 estava: para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde entende-se como saúde ocupacional o tratamento de doenças originadas no processo de trabalho, e o texto proposto é: para fins de cobertura obrigatória pelos planos entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional o diagnóstico e o tratamento de recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ou originadas no processo de trabalho, e a continuação desse artigo, que esquecemos de copiar, é aquele que diz que estão excluídos, então, os exames demissional, admissional e periódico, então, ficou igualzinho o texto da resolução, da súmula. Artigo 18, tem vários incisos, 80% das demandas do artigo 18 eram no mesmo inciso, mas eu vou passar todos. Então, o texto original, a cobertura de transplantes listados nessa RN, está assim, as despesas relacionadas com doador vivo, medicamentos durante a internação, acompanhamento clínico, captação e despesas incluindo alimentação e acomodação do acompanhante de crianças menores de 18 anos e a partir de 60 e portadores de deficiência conforme indicação do médico cirurgião ou dentista assistente. A sugestão é: as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da operadora do beneficiário do receptor, a gente recebeu um monte de demanda sobre isso também, não só de pergunta, quem paga, a operadora do receptor ou do doador, e também uma outra pergunta que a gente tentou responder com isso, que é: como você organiza o transplante, e vários sugeriram pra gente colocar na resolução quem é de verdade que está responsável por esse procedimento como um todo que o transplante. Aqui, esse inciso, que foi o

mais comentado, esse daqui também foi comentado mas o que é pior é o atendimento da gestante. Esse aqui, a sugestão é: cobertura das despesas de alimentação e acomodação relativa a acompanhante de crianças, adolescentes, idosos e pessoas portadoras de deficiência salvo uma contra-indicação do médico ou dentista assistente. Eu queria discutir a cobertura obrigatória de procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada com a assistência prestada em nível de internação hospitalar, isso vem da Consu 10 esse artigo, a gente recebe milhões de dúvidas sobre o que é continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar, a gente sempre leu isso como segmentação hospitalar, além da segmentação, você em como exceção pra mais os procedimentos que vêm aqui embaixo, tem hemoterapia, terapia renal substitutiva, a gente sugere deixar assim: cobertura obrigatório para os procedimentos considerados especiais.

ROBERTO (FBH) – a colocação original que foi feita nesse artigo 10, nesse parágrafo, está muito confusa, eu concordo plenamente que seja feita a modificação, colocada embaixo, simplificando tudo, cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais, porque se você condiciona, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade, cultiva várias interpretações, eu concordo plenamente com a modificação.

JOÃO (UNIDAS) – eu acho que se todo mundo estiver entendendo que isso vai ampliar bastante a cobertura, eu acho que está perfeito o entendimento, embora minha operadora não tenha planos exclusivamente hospitalares ou segmentados, é plano com cobertura total, mas importante é só destacar que para as operadoras que têm planos só hospitalares, está ampliando a cobertura, uma coisa é o tratamento na sequência de uma internação, esses procedimentos, ou seja, pra complementar algo que foi iniciado numa internação hospitalar, agora passa a ter cobertura, dependendo do que a gente quiser, está perfeita a alteração, se for isso que a gente quer.

MARTHA (ANS) – aí a minha dúvida, hemoterapia, às vezes é preciso fazer a transfusão pra eu internar, ou eu preciso fazer a hemodiálise pra eu conseguir internar e fazer uma determinada cirurgia, quando essa prerrogativa existe num plano hospitalar, estou falando de plano hospitalar que tem algumas exceções pra ambulatorial, se fosse o inverso eu teria a mesma dúvida que você, João, eu aumentar o plano ambulatorial pra coisas, pra algumas exceções hospitalares, eu acho que isso tem um contrapeso importante, aqui é plano hospitalar, é dúvida mesmo, é hospitalar e que a gente está agregando alguns procedimentos, tirando a relação com uma internação prévia, tenho dúvida se ela hoje existe ou se esses procedimentos já estão contabilizados como procedimentos excepcionais e que existem dentro dessa segmentação, a minha dúvida, quanto isso é realmente verdadeiro ou não, e é uma dúvida mesmo, por exemplo, se eu preciso fazer uma transfusão antes ou preciso fazer uma terapia renal substitutiva antes de uma internação?

JOÃO(UNIDAS) – por exemplo, letra J, procedimentos de reeducação e reabilitação físico, está claro, então, esse passa a ser um plano hospitalar com cobertura ambulatorial, tem que se adaptar pra ter, inclusive, rede credenciada, eu estou falando aqui pelos outros, porque lá a gente não tem esse tipo de problema, mas seria bom a gente discutir um pouco mais.

MAURÍCIO (FENASAÚDE) –Essa alteração impacta em questão de cobertura ambulatorial pra quem tem um plano hospitalar, quer dizer, se você pegar a hemodiálise, a hemodiálise tem cobertura pra quem internou dando continuidade posterior, nesse caso, ele passa a ter cobertura de hemodiálise independente de haver alguma internação, e você tem aqui também a situação da nutrição parenteral, isso aqui é feito somente em ambiente hospitalar, e ela coloca isso em relação ambulatorial, pode ser feito nesse caso em home care.

MARTHA(ANS) – mas isso já é uma crítica ao próprio artigo, porque hoje, independente dessa mudança ou não, em teoria a cobertura é uma exceção como continuidade da internação, também críticas com relação ao artigo como um todo, então, acho que a gente poderia tentar nesse período de dois dias estudar um pouco mais essa lógica, o que cabe, o que não cabe, e como cabe, em função de uma internação, acho que dá pra gente pensar um pouco o que a gente coloca aqui, quais procedimentos cabem, pra gente dar uma pensada rápido, o que que a gente faz com isso. Aqui é o 19, cobertura de despesas de acomodação, alimentação relativa ao acompanhante indicado pela mulher perante pré-parto, parto, 24 horas do parto, de acordo com a lei. Essa aqui é a finalidade desse artigo, cobertura do recém-nascido, filho adotivo 30 dias, de inscrição, pra ele também 30 dias. Como isso daqui foi o que mais apareceu na consulta pública inteira, o grande problema dos beneficiários era essa palavra aqui, paramentação, o que significa isso? Nas contribuições que a gente recebeu, está coberta acomodação e alimentação, mas estão me cobrando a paramentação, por exemplo, se eu vou pro centro cirúrgico cobrando a vestimenta, então, sei lá, R\$ 70,00 pra esterilizar a roupa, isso não existe, a gente considera que o acompanhante está coberto, para aquele momento ele está coberto, ele tem que entrar no centro cirúrgico, a vestimenta pra ele entrar no centro cirúrgico tem que estar coberta, mas isso daqui deve ser tão absurdamente recorrente que foi o que mais apareceu na consulta pública inteira, por um lado eu estou feliz, porque se isso foi o que mais apareceu é porque o resto deve estar bonitinho, mas isso eu até acho esquisito a gente colocar num artigo de uma resolução dizendo que você tem acomodação, alimentação e paramentação, mas pela quantidade de demanda que chegou, a gente achou que era razoável a gente colocar esse tipo de coisa, apesar de esquisito. Outra coisa que chegou com muita frequência, acho que lá atrás a gente fala pré-parto, parto e 24 horas do pós-parto de acordo com a lei 11.101, essa lei fala o que é pré-parto, o que é parto, ela dá algumas definições, o que a gente quis dizer aqui não é que a definição de pós-parto é 24 horas, pós-parto pode ser até um anos depois do parto, o que a gente queria era atribuir alguma obrigatoriedade de cobertura desse acompanhante, e nessa discussão, primeiro que a gente tirou a citação a lei, porque estava causando mais confusão do que ajudando, e a gente definiu o puerpério como pelo menos 48 horas, esse 48 horas saiu da média de permanência na internação para por parto. Na verdade a gente sabe que tem algumas internações, vou colocar entre aspas, social, a criança fica internada e a mãe acaba ficando internada como mera acompanhante da criança, não é mãe internada efetivamente, a gente acha complicado deixar só puerpério porque a mãe pode ficar internada um mês no hospital, e aí, vai ficar como acompanhante, aí a estrutura fica complexa pra organizar, como a média de internação é 48 horas e a gente precisa de um parâmetro pra isso, a gente colocou 48 horas.

REPRESENTANTE DO PROCON/PRO-TESTE - a resolução anterior previa a expressão pós-parto imediato, eu acho que é mais adequada porque a lei fala em pós-parto imediato. Tem um manual da Febrasgo que parto imediato pode ser de um a 10 dias ou até mais, acho extremamente complicado a gente restringir às 48 horas, tudo bem, é uma média, mas caso a mulher tenha que ficar três dias por uma complicação no parto ou cinco dias, ela não pode ter um acompanhante com ela num momento extremamente delicado que ela está passando com a criança, com as complicações pós-cirúrgicas, eu acho uma restrição extremamente complicada.

MARTHA(ANS) – na realidade a gente não está restringindo a 48 horas, a gente está falando que 48 horas é obrigatório. O que a gente precisa é restringir essa internação social e a gente precisa ter esse parâmetro até pro cálculo atuarial de impacto, o parâmetro é necessário, 48 ou 72 horas acho que não faz a menor diferença a gente combinar isso aqui, a gente só tem que ver qual a coisa mais adequada.

REPRESENTANTE DO PRO-TESTE - Eu acho que exatamente por isso que a gente deveria deixar pós-parto imediato, porque as horas que forem necessárias precisarão ser cobertas, a redação do jeito como ela está a gente não sabe o que pode acontecer, a redação dessa forma, o que vai acontecer é que a operadora vai cobrir as 48 horas e depois vai dizer que ela não é obrigada a cobrir o acompanhante.

MARTHA (ANS) - então, a gente vai definir o pós-parto imediato da lei, que é 10 dias, ok? Tira puerpério, fica pré-parto, vê se é isso, pré-parto, parto e pós-parto imediato. Os outros dois artigos, foram poucas contribuições que recebemos, achamos que era adequada, porque os dois artigos vieram como cópia da lei e a lei do usuário, do consumidor, e a gente colocou beneficiário, só isso. Isso daqui é um texto que a gente está trazendo pra discussão, que foi recorrente em todas as discussões que a gente fez com a sociedade e que gente não sabe qual a melhor maneira de expressar isso, é o seguinte: os procedimentos em saúde relacionados nessa RN e seus anexos que envolvam a colocação, inserção ou fixação de OPME possui cobertura obrigatória igualmente assegurada para a sua remoção ou retirada, o que significa isso, todas as sociedades que a gente recebeu elas tinham uma listinha e procedimentos, retirada de não sei o que..., pra gente, se tem a colocação tem a retirada, então, a gente acha muito ruim a gente ir lá na tabela e duplicar cada procedimento, cada cirurgia ia ter que ter colocação e retirada, e o rol, em vez de ter seis mil procedimentos ia ter 10 mil, a gente sempre esquece um, e realmente, você tem todos e não tem aquele, é porque está faltando, então, a gente achou que valia a pena um artigo.

JOÃO(UNIDAS) – até ajudaria em alguns casos, que são esse que já estão definidos na descrição dos procedimentos, eu acho que pode causar alguns problemas, por exemplo, mama, que a mulher queira trocar por um tamanho maior, menor, não esteja satisfeita, por ser mesmo na mastectomia, câncer de mama, tem casos de prótese peniana no caso de disfunção coberta pelo tratamento, ele pode querer pôr outro tipo que não seja por indicação médica, tem de alguma forma amarrar, de acordo com decisão médica.

MARTHA (ANS) - a gente tentou colocar isso quando disse que o procedimento teve cobertura, se o procedimento tem cobertura, por exemplo, a prótese estética não tem cobertura, sua retirada também não tem cobertura.

JOÃO(UNIDAS) - a mulher está curada do câncer, então, colocar uma prótese do tamanho X e resolveu tirar, trocar por uma outra, uma prótese peniana. Na prática, eu nunca tive problema com isso, em 20 administrando plano de saúde, questionar porque não cobriu, quando é marca-passo que precisa ser trocado, substituído, sem dúvida nenhuma tem lá o procedimento.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – só pra fazer uma complementação do que o João estava falando, no caso da prótese por reconstrução, por implante, no caso estético, vamos supor que a mulher queira retirar porque ela não está satisfeita com aquele tamanho, quer colocar outro, e ela até teria direito à retirada porque a colocação foi coberta, mas af ela vai querer colocar uma outra maior, aí já se torna estético, eu acho que isso já restringe, já inibe um pouco esse tipo de comportamento.

MARTHA (ANS) – vamos tentar fazer uma redação colocando... desde que cobertas. A gente pode reescrever esse artigo ligando isso que está aí à indicação clínica, o médico, e também pensar numa forma de escrever da retirada quando indicada pelo médico em função de perda da função, complicações decorrentes, acho que fica mais fechado.

ROBERTO – eu posso dar uma sugestão de redação pra esse artigo, ...os procedimentos e eventos de saúde relacionados listados nessa resolução e seus anexos que envolvam a colocação, inserção ou fixação de prótese ou outros materiais que possuem cobertura, terão a sua remoção ou retirada igualmente assegurada, excetuando-se os casos de plásticas ou finalidade não coberta. (...)

MARTHA (ANS) – Primeiro vamos ver como a gente pode entrar de verdade nesse tema, concordo com você Roberto, houve uma inversão de tempos, então, o último rol saiu no final de um ano pra valer no meio de um outro ano, agora, julho de 2010, completa um ano em julho de 2011, realmente a gente não chegou, a tentativa..., concordo com você, a gente está tentando acompanhar o impacto, por uma metodologia que está sendo implantada desde o primeiro rol, me chama muito a atenção a metodologia, que parece ser bastante sensível. A primeira metodologia o impacto foi de 1,1%, a segundo, no ano seguinte, que ainda era o impacto do mesmo rol, se o impacto fosse tardio a gente ia conseguir medir, foi zero, a segunda, a gente vai medir no mês que vem e a gente vem acompanhando isso, me chama muito a atenção o não impacto, e a gente vários porquês, tentando levantar, é um impacto palpável e real, era pra isso aparecer com um número um pouco maior e não aparece, a gente num primeiro momento achou que era aquela negativa de cobertura, depois viu que não, porque a negativa de cobertura é muito básica, o que é negado é ressonância, mamografia, consulta, internação, a gente tem uma discussão sobre que está tentando levar à frente, o impacto é real, ele existe, a metodologia é legal, é razoável (...)

AMILCAR (AMB) – na semana passada, na câmara técnica da AMB, esse procedimento foi incorporado, ele passará a se chamar... tratamento intraocular quimioterápico, injeção de angiogênico, ele dura 24 meses e tem uma sessão por mês, então, ele está incorporado, ele não está editado porque não é toda hora que você faz uma edição, mas está valendo através de norma antiga.

JOÃO PAULO (UNIDAS) – são dois pontos em torno do que agente está falando aqui, que são importantíssimos, com relação à incorporação de tecnologia, a gente tem que ter o cuidado, é bem diferente nas operadoras de plano de saúde, porque o SUS consegue determinar aquilo que ele cobre, então, o tipo OPME que ele cobre, o tipo de procedimento, e no nosso caso, como o rol diz, aquele tratamento que está coberto, mas como ele vai ser coberto, então, você pode fazer uma cirurgia de coluna por 30 mil ou fazer por 120 mil, dependendo do material que vai ser utilizado, se for pra justiça ou reclamação na ANS, o plano de saúde, teoricamente, vai ter que cobrir aquele material, então, é um pouquinho diferente essa discussão, tem que ter esse cuidado, a mesma coisa o quimioterápico, quando você pode tratar um mesmo tipo de câncer com eficácia e efetividade parecida, sem nenhum ganho a mais de sobrevivida, por 10 mil ou pode tratar por 40 mil, então, isso no nosso caso vai continuar a ser bastante complicada essa avaliação.

MARTHA(ANS) – A gente começou discutir a OPME com aquele artigo das três marcas, naquele momento a gente achou que a gente tinha uma forma pra começar a discutir isso, não tenho a menor dúvida de que esse é o assunto, nas próximas revisões a gente não vai ter que discutir procedimentos igual a gente está hoje, vai estar discutindo a forma de utilização daquele procedimento, e aí, só adiantando um pouco, a gente está reformando o convênio com a AMB, o convênio de diretrizes clínicas, e a gente viu que precisa continuar o projeto de diretrizes clínicas sim, mas a gente precisa evoluir durante esse um ano e meio que a gente tem até a próxima revisão do rol pra construção de duts mais específicas, o que eu estou chamando de duts mais específicas? Se eu procurar na agência ou se procurar na literatura, eu não consigo uma dut que faça referência, por exemplo, a cirurgia de coluna, então, a gente precisa começar a reconstruir duts que vão ser revalidadas durante o período de um ano e meio e que comecem a meter o dedo nesse lugar, eu não vejo hoje outra saída pra isso se não for assim.

BENÍCIO – (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA) – nós entendemos que a condição mínima pra incorporação de um procedimento, ele teria que estar na CBHPM, na CBHPO, porque são os órgãos reguladores das profissões, e que esse procedimento já passou por essa comissão das profissões e com a estimulação da agência, então, essa comissão é formada de pessoas de alto nível e que vai dar a esse procedimento sustentação técnica e científica, eu acho muito precipitado qualquer autorização fora da CBHPO, até porque a agência e a própria operadora passam, uma a autorizar, a outra a cobrir procedimentos que depois vão ser questionados na justiça, e tanto a operadora como a própria agência serão envolvidas num problema que deveria ser anteriormente autorizado pela categoria que é responsável por isso.

(COFITO) – eu queria só entender a fala do colega da odonto, depois, alguns ganchos que falaram, pelo que eu entendi, ele disse que as inclusões no rol deveriam ser sempre baseadas no que existe na CBHPM e no rol de odonto, então, aqui fica uma pergunta para as outras profissões, porque que as outras profissões estão no rol de procedimentos, então, a CBHPM. Como a colega acabou de dizer, é um rol de médicos, então, onde ficam os procedimentos de Fisioterapia, de Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, a colega há pouco

disse que é preciso incluir as outras profissões nas discussões, como que alguém de outras profissões pode dizer o que é importante pra outra profissão, como que pode balizar a necessidade, a efetividade, o custo, se não está falando da experiência daquela profissão, se não conhece as necessidades, as demandas daquela profissão, falando bem francamente, fica uma questão, pra mim, pro Cofito, porque essas outras profissões estão no rol de procedimentos se elas não têm direito a voto, a serem incluídas, com suas diretrizes, com suas duts, são levadas em consideração? Então, acho bastante incoerente estarem dentro do rol de procedimentos, o ideal é que ficassem apenas a Medicina e a Odonto e que as outras profissões fossem excluídas, acho que seria mais coerente.

MARTHA(ANS) - há dois rois atrás a gente começou essa discussão, era rol médico, rol odontológico. É uma crítica construtiva, a odontologia e a medicina elas conseguiram...., eles têm especificidade nisso, até muito mais na medicina do que na odonto, a odonto não tem tanto tempo assim que começou a construir isso, e aí conselhos precisam desse tipo de discussão voltadas pro sistema de saúde específico, a gente precisa fazer esse recorte, como é que gente faz a construção disso, a odonto participa com a gente desde a primeira reunião... então, isso é uma construção, mas a construção também tem duas vias, eu acho, o que a gente está falando aqui tem que ser efetivo em duplo sentido, como que está andando a discussão, como..., agora, de maneira nenhuma, pra quem leu a RN.

DAGOBERTO (COFITO) – obviamente, a gente tem um entendimento desse processo histórico, plano de saúde, assistência de saúde nesse país era até anos atrás exclusivamente médica, e depois com a inclusão da parte odontológica, com a possibilidade que surgiram nesses últimos anos também das outras profissões, o que a gente discute como proposta é como nós das outras categorias profissionais, que não temos tanta qualidade técnica, quantidade de estudos e tecnologias já comprovadas poderemos fazer parte desse processo e a partir disso ter gerência sobre as nossas próprias atividades, eu, inclusive, enviei à ANS um estudo, não sei se dentro dos padrões técnicos que seriam esperados, tentando justificar pelo menos no meu entendimento, foram mais de 12 meses de estudos, levantamento de dados, pra justificar a necessidade, por exemplo, de um forma bem concreta, da ampliação de cobertura dos procedimentos de terapia ocupacional, daquela inclusão que já foi teoricamente aceita das nossas atividades em outras áreas, então, eu queria só saber se aquela formatação, se esse caminho é um caminho interessante.

MARTHA(ANS) - a gente tinha uma proposta lá no primeiro bloco, quando a gente começou a falar de dut, qual era a nossa idéia? Pra cada diretriz que a gente tivesse, a gente está focando muito em diretriz clínica, a gente não tinha chegado nesse formato ainda, mas pra cada diretriz que a gente tivesse a gente tivesse uma continuidade da diretriz com todos os aspectos a ela relacionados, por exemplo, vamos falar do diabetes, então, a gente tem uma diretriz clínica do diabetes que ela tem pra cada ponto daquele uma diretriz de nutrição, uma diretriz de psicologia, enfim, aonde ela se encaixar, e a gente até tinha conversado isso com a AMB, óbvio que naquele momento a diretriz estava sendo feita pela AMB, mas pra ser acrescentada naquele momento, mas que tivesse nas outras profissões a sinalização de onde se incorpora uma diretriz, e aí sim, a gente ia ter uma diretriz global, eu acho que isso é o que a gente pretende fazer de agora pra frente. A dut é muito mais restrita, a gente pode não só construir duts específicas pra cada profissão, que é o que a gente está fazendo agora, mas dentro da mesma dut colocar aspectos, porque pra gente não importa quem vai estar fazendo, o que importa é o procedimento, os aspectos relacionados àquela especificidade dentro da mesma dut, então, a gente tem que continuar fazendo não só o aspecto clínico mas também o mais objetivo, que é a dut, e incorporar nas especificidades, eu acho que acho que a gente vai não só crescer em termos da diretriz específica, mas também começar a discutir a diretriz geral e a incorporação dos aspectos, eu acho que é um crescimento. (...)

MARTHA(ANS) – nesse caso ele diz que essa técnica é pior que a técnica existente, que é a técnica da cirurgia atual, então, o que a gente pode fazer com essa ressalva que o Márcio colocou é que cada exclusão que tiver na Citec a gente ter algum mecanismo de repasse dessa informação, pra tornar isso mais efetivo para o nosso mundo, aí a gente pensa como a gente faz isso, com sentido deliberativo.

CLARICE (CITEC) – a gente faz uma recomendação baseada em evidência científica de segurança e eficácia, não de custo, não nesse momento, é claro que o custo existe, ele tem que ser absorvido, depois outros grupos negociam com que preço se vai comprar, se é compra direta, se é à parte, como vai ser feito, mas esse é outro capítulo. Eu não estava ainda na Citec quando foi julgado esse caso, eu vou até me inteirar, ver qual o parecer, a gente tem ata de tudo, a gente pode levantar.

(...) Se houver um grupo específico de pacientes que seriam beneficiados, a gente refaz a consulta só pra aquele grupo.

FLÁVIA (ANS) – a gente recupera esse material pra poder divulgar e fazer a diretriz, excluir de fato o procedimento.

MÁRCIO (FENAN) – eu não estou polemizando e nem defendendo o procedimento, uma coisa é ser igual, outra coisa é o paciente ter que ir pra mesa de cirurgia, então, acho que o critério está errado, porque se uma embolectomia, a paciente não entra na sala de cirurgia não, não abre a barriga dela não, se é pra tirar o mioma, é isso que a gente precisa saber, que critérios vocês estão usando, porque você como mulher, paciente, o ginecologista, eu ligo pra você, ... olha, nós vamos uma embolectomia, você não vai ter que abrir a barriga, aí você conta todos aqueles riscos, porque com embolectomia o risco de morte é muito menor, então, vocês estão usando esse critério.

MARTHA(ANS) - quando você vota favorável ou não favorável é em cima de resultados, e resultado pra gente são desfechos clínicos que englobam a eficácia do procedimento e também efeitos adversos.

MÁRCIO (FENAN) – nós precisamos desses resultados inclusive para criticar, agora, na forma que vocês estão fazendo eu não contento, sinceramente.

MARTHA(ANS) - eu acho que a gente até pode colocar um artigo genérico, discutir com os diretores como é que a gente faz a transição, artigo genérico, efetividade na saúde suplementar, como é que torna efetivo, claro que a gente considera também na ANS, as incorporações, o fato de você ter um procedimento que não é invasivo, de ter menos riscos, na última revisão a gente incluiu uma série de procedimentos. Se o procedimento é minimamente invasivo, então você tem que pensar se realmente vale a pena incluí-lo ou não. Essa portaria do ministério, foi aprovada antontem praticamente, dia 13 de junho de 2011, vocês devem ter visto nos jornais, enfim, aprova o regulamento técnico de procedimento hemoterápicos, o que é essa portaria, essa portaria traduz como pode ser feita não só a coleta, processamento, resultado de procedimentos hemoterápicos no país, aí ela não é SUS específico, porque procedimento hemoterápico é feito por banco de sangue que muitas vezes depende de pagamento, remuneração, ela regula o procedimento em si em conjunto com uma resolução da Anvisa antiga, que fala sobre procedimentos hemoterápicos, o que a gente está discutindo, inclusive eu estou discutindo todo dia com o pessoal do ministério e da Anvisa, essa resolução não só aborda quem pode ser doador, ela amplia o limite de doação de 16 anos pra 68 anos, ela fala também do processamento do sangue e aí que a gente entra, como ela coloca o NAT. A gente sempre discutiui da seguinte forma aqui nesse grupo, a gente se remete a um parecer da Anvisa que dizia que o NAT não era obrigatório no processamento do sangue no país, eu liguei pra Anvisa, o pessoal que está lá agora continua achando que o NAT não é obrigatório, que o NAT continua sendo um processamento a mais, nessa resolução, quando você lê o processamento do sangue, ela sempre coloca o NAT como uma opção, tem um item que eu fiquei em dúvida, que é o artigo 70, que ele fala da retrovigilância, na retrovigilância eu achei que a resolução ficou um pouco ambígua com relação ao NAT, o pessoal da Anvisa continua achando que mesmo na retrovigilância o NAT não é obrigatório, o Ministério da Saúde ficou mais na dúvida, o que é isso? Eu doeie sangue no ano passado, esse ano eu vou doar de novo, esse ano, NAT é um procedimento que testa o sangue nos bancos de sangue, que diminui um pouco a janela, ele consegue descobrir um pouco antes se eu tenho HIV, hepatite, diminui o tempo de detecção em 11 dias, e aí, o que é retrovigilância, como eu doeie

de novo, esse novo sangue descobriu que eu sou positivo pra hepatite ou HIV, então, em teoria, esse retroprocessamento, você pega aquela amostra de um ano atrás e refaz com NAT pra ver se diminuindo o tempo de janela eu consigo saber se naquela época eu já era positivo ou não, o que nós estamos discutindo é que esse tempo é tão pequeno em relação com relação ao período que passou que é quase impossível você pegar alguém na sua janela. Porque que eu trouxe isso pra cá, porque o NAT foi uma das solicitações de inclusão que apareceram, talvez isso aumente a demanda por inclusão, não ficou claro pra mim a obrigatoriedade do NAT e também não ficou clara qual a rede disponível que a gente tem hoje, quando a gente foi buscar essa rede ela era bem restrita e ela estava mais proposta a ser aumentada quando saísse esse kit da Fiocruz, que até então não saiu, só que, é minha dúvida, no meio do caminho há uma obrigatoriedade, está pra sair, a própria portaria fala, uma regulamentação embaixo dessa portaria feita em conjunto pelo ministério e pela Anvisa, a gente não sabe o que disso vai ser obrigatório ou não, e a gente tem esperar até a próxima revisão.

MARTHA(ANS) – eu acho que não é só o impacto que a gente está discutindo, o que não está clara é a política, a gente sempre deixou muito claro na política de sangue como lida com isso, é um assunto que talvez apareça no meio, entre uma consulta pública e outra, e a gente vai ter que tomar uma decisão do que a gente faz no meio do caminho. A gente vai ter que voltar agora no mais pesado, que é inclusão e exclusão de duts selecionadas previamente. Como a gente tinha prometido, a gente fez aquela tabela de batimento, o que seria a tabela do rol e da CBHPM e a maior, que é a TUSS, a gente quer publicar junto com a publicação do rol, porque uma das grandes demandas, 40% das demandas dos médicos era alguma coisa que já estava incluída no rol, só que como a TUSS é muito detalhada, não necessariamente você acha os procedimentos, você acha que ele não tem cobertura, mas na realidade ele já estava no guarda-chuva, então, a gente fez o batimento e vai publicar o batimento, porque isso vai facilitar a vida das pessoas, isso já está praticamente pronto e a gente vai publicar junto com o rol. Outra coisa é a odontologia, a gente passou as listas, a gente não recebeu nada, tirando o artigo clínico, fora isso, nada, absolutamente nada, nem inclusão, nem exclusão, uma adequação que era uma bobagem, então, a gente resolveu..., não há o que eu acredito que deva ser o certo, mas no momento em que a gente não recebe sequer demanda de mexer nisso, eu não tenho por onde começar a mexer nisso.

POLIANA (PROTESTE) – deixa só eu fazer um comentário, com relação ao rol odontológico, eu até mandei um email pro Benício questionando, porque eu não vi absolutamente nada da odontologia, isso me preocupou, e aí, eu participei de um evento de planos odontológicos recentemente, e tinha algumas pessoas lá que estão aqui, e uma consultoria publicou um estudo que foi feito com dentistas, eu acho até interessante o Benício de posicionar, falando a respeito dos dentistas, que os dentistas fizeram uma pesquisa e os dentistas se preocupam mais do que com reajuste, a gente tem uma participação da classe médica pedindo inclusão de procedimentos, é o crescimento das inclusões nos planos odontológicos, eles não querem que os planos fiquem mais caro, eles querem que o plano seja somente a porta de entrada do paciente, e aí eu lembrei de você perguntando... gente, o que a gente quer fazer com o plano odontológico, isso me chocou, esse dados, eu até não pude ficar pra discussão posterior porque demorou demais a apresentação deles, mas isso realmente me preocupou bastante, será que hoje os nossos consumidores estão comprando o plano pra ser porta de entrada do consultório, acho que não é isso que a gente está buscando na saúde suplementar, e eu vejo isso até com as outras profissões, a fisioterapia pleiteando, lutando por cada procedimentozinho, e aí me chocou esse posicionamento.

MARTHA(ANS) – a gente está com uma outra consulta pública aberta, vocês devem saber que é do idoso, envelhecimento, eu também fiquei chocada, porque apareceram quatro mil, aí tem uma outra com quatro mil contribuições falando que a gente deveria proibir a segmentação odontológica de ser prêmio, eu fico com dúvida, como é que a gente pode proibir uma coisa que custa 10 Reais de ser prêmio,, esse aqui é o fórum pra discutir isso, o modelo que hoje a gente está optando pra odontologia é esse, eu fiz essa pergunta outra vez, nesse rol mesmo, o modelo que a gente quer pra odontologia é o chaveirinho ou a gente quer mexer nesse modelo, eu perguntei isso, e na outra reunião todo mundo concordou que o hoje o modelo que a gente quer é o chaveirinho, na hora que o negócio virou chaveirinho vieram bater em mim, fiquei chocada, então, está aqui pra discussão.

BENÍCIO – vamos por parte, no outro rol de procedimento, o conselho e a ABO nós enviamos uma série de procedimentos que foram incluídos na 211, e esses procedimentos, dentro do mercado, eu vou ser bem sincero, dentro do mercado suplementar e de operadoras, e alguns segmentos e a ABO, se posicionaram taxativamente contra, defendendo que naquele momento o dentista seria prejudicado, prejudicado em cima disso que você disse, que nós temos hoje 14 ou 15 milhões na saúde suplementar que três milhões aproximadamente seriam da classe média, isso na nossa visão, então, 11 milhões ou 12 milhões de pessoas estariam fora dessas pessoas que têm o direito à saúde suplementar, naquele momento o conselho, nós defendemos aqui, as entidades, que deveriam ser incluídos. São duas coisas diferentes, uma coisa é o usuário ter direito ao procedimento, e uma outra questão, esse não é o fórum de discussão, é a questão dos valores, então, as entidades odontológicas, com raras exceções, defendem a incorporação no rol de procedimentos da odontologia, entretanto, todo esse ano, a dificuldade de relacionamento foi bastante grande, o que aconteceu no mercado, a grande maioria das operadoras jogaram esse procedimentos nas suas tabelas...., passaram a pagar um preço irrisório que pressionando prestador a fazer aquele procedimento, provavelmente veio a questão de uma demanda que eu tenho aqui, que é falta de cobertura. Quanto à questão do chaveirinho, Marta, fomos surpreendidos por um dos conselhos, não vou dizer o nome, o qual colocou em seu site dizendo que os dentistas do Brasil se posicionassem contra a complementação de que o plano médico ou a operadora ..., como prêmio a odontologia. Qual a função nossa do conselho? Eu acho que isso é uma questão de discussão de operadora com operadora, para o prestador, a nosso ver, não tem muito a ver, a nossa relação com a operadora é que a cobertura do usuário, mas saber o que vamos pagar, aí nessa discussão passou um email pra agência, a agência simplesmente disse que não tinha nada que poderia ser dado, nós entendemos que poderá ser dado, nós entendemos que esse prêmio pode ser dado, depois a operadora discute com a operadora se está mais barato ou se está mais caro, agora porque que nós não encaminhamos esse ano alteração do rol, em função dessa polêmica gerou abaixo-assinado, em função dessa dificuldade não conseguimos, eu disse de uma outra vez aqui que a nossa tendência era que pra solucionar aquilo que foi proposta na 211, esse mercado incorpore o usuário que tem o direito antes ...Durante a proposta que me parece que veio da agência...nós entendemos que aquele material usado não teria sustentação...ou seja, não existia a força investigatória... pedem cinco anos de garantia no procedimento. Então, como representante do conselho, queria deixar bem claro, esse ano não foi possível a gente se posicionar em função dessa dificuldade do mercado.

MARTHA - a gente está fazendo uma pesquisa que a gente está tentando monitorar o que aconteceu no mercado depois do último rol odontológico, então, a gente vai tentar descobrir efetivamente porque que essa cobertura não se deu, até pra gente poder divulgar e mostrar isso.

Esse aumento não se refletiu em zero vírgula nada, efetivamente o que a gente aumentou não está sendo cobrado, porque? A negativa de cobertura aumentou um pouco realmente, a não prestação desse serviço na ponta pela prestadora, a não aceitação desse procedimento pelo próprio beneficiário, enfim, a gente tem que ver o que aconteceu pra gente ter uma outra noção na próxima revisão.

(SINOG) – só reiterar o que a gente colocou na reunião passado e embasando o comentário do Idec, o primeiro aspecto é sempre importante a gente frisar aqui que a cobertura do rol que a gente chama de mínimo está hoje em mais de 85% que a odontologia oferta em

termos de procedimentos, então, o que acontece dentro do consultório odontológico, em 85% o nosso rol odontológico tem essa cobertura, então, acho que não é justo chamar chaveirinho, como algo que não oferta saúde bucal, tanto oferta que existe um crescimento, existe adesão do consumidor, se a gente falasse ao contrário iríamos dizer que o consumidor está errado hoje, a questão do chaveirinho ela vem de longa data, a gente está acostumado a ouvir, mas pela própria chancela do consumidor, pelo nível baixo de reclamações que a própria ANS tem nos dado, sabem disso, é um segmento que oferta um produto que tem uma grande aceitação, uma baixa reclamação, então, só queria deixar bem claro isso porque tudo isso tem dados.

GERALDO – essa questão da odonto também relacionado com a medicina, eu escutei anteontem num seminário que é a classe C e D agora que é o grande filão, pra classe C e D ser o grande filão, alguém vai ter que pagar a conta, porque são planos populares, e aí eu acho que a defesa do consumidor, na minha opinião, teria que ser mais pró-ativa, porque sempre questionei como que se vende plano de saúde a 30 reais por mês, 40 reais, com a chancela da ANS, está lá autorizado pela ANS, e isso, o consumidor, eu entendo o chaveirinho da Martha também, que eu acho também, eu viro sócio do seu chaveirinho também, porque eu sou usuário do plano de saúde da Unimed/Odonto, queria até fazer a pergunta, qual a sinistralidade da odonto, eu fiquei sabendo que é 40%, é isso? Então, dá um lucro espantoso, essa é a sinistralidade, 40%, a medicina é 80%, que a gente escuta aí, está sobrando muito dinheiro, o dono da operadora está cada dia mais rico, com 85%, então, é questão de mercado mesmo, o que que nós temos pra vender e o que que nosso povo brasileiro vai receber, que infelizmente, ser bem aceito não quer dizer que a população está satisfeita não, ela está contando porque ela não tem outra opção, só tem essa opção, eu sou usuário e queria ter um plano decente pra eu comprar, e queria pagar por ele, mas essa opção não existe. Você tem medicina, você tem um plano top, plano cinco estrelas, plano oito estrelas, plano Albert Einstein, você tem todas as opções, e na odonto nós não temos, eu queria pagar 30 reais, eu queria pagar 200, só que nós não temos essa opção, e isso a ANS é culpada, porque a ANS é que tinha que intervir nisso daí, porque ela está regulando esse mercado, e a odonto não tem culpa nenhuma de não propor nada não, propor o que já é ruim, não tem que propor nada mesmo nada, isso é papel da agência, a agência que tem que propor, se essas empresas que estão no mercado não querem me satisfazer como consumidor, dê a opção pra outras empresas que querem me satisfazer sim, eu quero um plano bom de odonto, eu quero, agora eu não tenho, não tenho mercado, agora, as instituições de defesa do consumidor tem que intervir inclusive judicialmente, pedindo na justiça que parassem de vender certos planos que não valem nada, que está iludindo consumidor, eu acho que é a grande discussão que nós temos que fazer aqui.

MARTHA(ANS) - o que a gente tem falado é que qualquer outro tipo de segmentação pode ser ofertada, assim como redução de co-participação, mas eu poderia oferecer plano hospitalar, ambulatorial, resgate aéreo, qualquer coisa como prêmio, aí não tendo briga de classe, distinção.

VIRGÍNIA – eu queria só esclarecer alguns pontos que não ficaram claros, o que a gente tem que esclarecer é que..., não é chaveirinho, a odontologia não tem grande risco, isso precisa ficar muito claro aqui, nós não temos hospital para pagar, hoje quem paga hospital em caso de internação é a medicina, paga anestesista, nós pagamos o profissional, então o custo é mais baixo e isso não quer dizer, como o colega disse lá, que a sinistralidade é mais baixa, que está todo mundo nadando no dinheiro, não é isso, o volume de dinheiro que roda na odontologia é infinitamente menor. O que acontece é que a gente tem por volta de 300 procedimentos na TUSS odontológica e como o Geraldo falou que 85% está coberto, o que não está coberto são próteses, porque procedimentos estéticos não podem entrar, precisa ficar bem claro isso pra gente, são implantes dentários, que também estão na parte e procedimentos estéticos. o que mais a gente pode cobrir? Qualquer um de vocês levante e fale o que agente pode cobrir? Qual é a discussão que está em jogo aqui, é aumentar preço de plano odontológico? A gente pode aumentar e aí ele vai ter a penetração que vai ter, estudo técnico de viabilidade, de cobertura de procedimentos. Vamos fazer um estudo, então, do que pode ser incorporado no rol e vamos cobrar a mais, a única discussão é se pode incluir no rol os procedimentos de estética.

MARTHA (ANS) –A gente já tem um estudo do que pode ser ofertado, a gente estava falando o estudo de como a gente obriga o que é ofertado. O que a gente está discutindo aqui é o modelo odontológico a ser ofertado, procedimento estético não pode ter, a gente não está discutindo isso, a gente está discutindo como oferecer o que pode ser oferecido de uma maneira efetiva, o que a gente está discutindo aqui é efetividade, como é que a gente faz pra que isso seja realmente oferecido, existem outros procedimentos que podem ser ofertados na lista, dentre os procedimentos que já estão incorporados hoje, principalmente se a gente mexer em material, a gente muda muito o rol, é uma discussão muito grande, eu concordo que ortodontia, clareamento estético, alguns materiais,... pra mim está claro na discussão que eu faço com a parte técnica que a gente poderia evoluir material, a gente podia evoluir em alguma prótese, enfim, como a gente trouxe uma proposta de consulta pública, existia uma proposta de consulta pública, existia um rol de procedimentos, uma listagem, que não era grande. A gente fiscaliza a demanda que chega, a gente não consegue ter penetração, ter efetividade por menor que seja, de chegar pra pessoa e falar .. olha, isso aqui está coberto, propor ao menos não ter a opção de botar o material branquinho, mas botar o material pretinho, que vai me servir, isso a gente tem a obrigação de fazer e nunca conseguiu fazer, concordo com você, tem algumas coisas que eu poderia fazer, mas tem outras coisas que a própria situação o próprio momento não permite, eu acho sim que a gente poderia ter uma proposta de modelo pra mudar a situação da odontologia, agora, esse modelo é aceitável, é aceitável pela sociedade? Ele é aceitável por quem participa desse modelo? Ele é aceitável não só por vocês, é aceitável pro conselho, é aceitável paras as pessoas? É essa a discussão que a tem que ter. Qual é a proposta que a gente fez na época da consulta pública? A gente vai terminar essa pesquisa e antes da gente fazer qualquer reunião de GT pra discutir o próximo rol, a gente vai chamar essas pessoas interessadas, beneficiários, representação de dentistas e operadoras pra discutir o que vem nesse modelo, esse modelo, a gente pode chegar á conclusão no final disso tudo que é isso mesmo. Todo o balanço das operadoras está disponível no site, tem um crescimento ou não das operadoras odontológicas, tanto das odontológicas como das médico-hospitalar, acho que a gente não precisa entrar nessa discussão aqui, mas está disponível, tem gráfico, tem pontualmente pra cada operadora, e isso dá pra saber, e em cima desses dados, junto com os dados negativos ou não de cobertura junto com os dados que a gente tem lá de SIP, de frequência de procedimento é que a gente está montando esse estudo, frequência de procedimento, negativa de cobertura, então, a gente está fechando isso e fazendo um estudo muito maior.

RONI (UNIDAS) -eu sou dentista de formação, Poliana, aquela discussão que você não ouviu toda é uma discussão dos profissionais dentistas e eles estavam dizendo para a classe o que eles querem e o que eles não querem, segundo, já está dito que mais de 85%, 87% do que se propõe a fazer em odontologia já é executado no rol, aí porque não ter nenhum beneficiário te dizendo que quer alguma coisa, na área médica você tem “n” beneficiários te dizendo o que quer que seja incluído ou não, não significa que os usuários, beneficiários, estão satisfeitos com a odontologia. A chance deles colocarem lá... não estou satisfeito é agora, não colocarem a gente entende isso como satisfeitos, ... dr., se o senhor não tem uma autogestão, procure uma autogestão, tem metalo-cerâmica à vontade, procure um bom emprego público que o sr. terá, estou falando numa autogestão que tenha odontologia, quem tem uma odontologia hoje em dia está satisfeito, Benício, desculpa, você não pode estar a favor do chaveirinho se o nosso código de ética não nos permite fazer nada de graça, não fique achando você que se nós formos chaveirinho, o dentista vai receber bem pelo que ele está fazendo, e mesmo a reclamação, que a Poliana disse, não é remuneração, é conversa, eles não conseguem conversar com o conselho regional, com o conselho federal de

odontologia, etc., então, é o seguinte, o rol de odontologia pode crescer? Muito pouco. Pode mudar o modelo? À vontade, nós temos modelos que pode mudar. Tem planos que cobrem 100% dos tratamentos odontológicos? Tem planos hospitalares, buco-maxilo, inclusive, tem planos ambulatoriais, com próteses, com implantes, etc., então, a odontologia no Brasil é muito boa, os profissionais são muito bons, e nós não podemos ficar realmente sendo moeda de troca de nada, trocar procedimentos é uma coisa, a operadora pode dar uma prótese total, isso é uma coisa, a operadora pode dar um plano odontológico, é outra.

VINÍCIUS – parece que existe um equívoco aí, o que o código de ética da odontologia proíbe... A questão da negociação dos preços que a operadora cobra pelo seu plano, o conselho não interfere nisso, então, ele interfere sim na questão de procedimentos, gera concorrência desleal, eu quero reforçar o que o colega disse, num determinado momento ortodontia é saúde, é necessidade, a mesma coisa é o implante em determinado momento, é necessário pra que o paciente, por uma questão funcional, como uma questão estética, muitas vezes a colocação de um dente na região anterior ela é doença sim, há necessidade sim porque aquilo ali é saúde, ou ele perdeu o dente e está socialmente constrangido pela ausência daquela unidade e pelo que consta, essa questão também faz parte da saúde, então, estaria incluído também. O que existe da questão da não denúncia é provavelmente da questão da própria formação do profissional, que ele vive normalmente dentro do consultório, isolado, diferente da classe médica, que existe essa conversação, quanto à questão da reclamação, que no bloco anterior a Martha levantou aqui, que não existia nenhuma denúncia da odontologia, nós temos muitas operadoras sérias, mas tem muitas operadoras que não cumprem, existe uma pesquisa do usuário, só pra tecer algumas considerações, que eu encaminhei pra agência esses dias, existe operadora que autoriza um procedimento, o prestador só pode fazer uma, não estou dizendo que nenhuma das que estão aqui representadas não estão embutidos nessa, então, é uma questão pra ser discutida, eu acho que deve existir uma segmentação de um dente que possa cobrir procedimentos mais completos, eu acho que isso tem que ser, como existe na área médica, hoje existe, mas com regulamentação da agência, mas eu acho que isso deveria sim, ser dentro do corpo da agência, incorporado dentro de uma segmentação, como tem na área médica, um procedimento mais completo,, mas uma vez eu quero reiterar que a pressão nossa, da odontologia, do conselho, é que a sociedade tem direito ao procedimento e que a questão do pagamento, que eu não quero levantar isso aqui, é uma das razões também de campanhas das operadoras pra que estão pagando pouco e também o profissional não está executando porque aquilo que é pago pra ela não cobre os custos que ele tem como laboratório.

MARTHA (ANS) – o rol odontológico é único, a gente não pode fazer sub-segmentação dentro de uma segmentação, então, ou a gente incorpora ou a gente não incorpora.

MARTHA (ANS) – aqui nesta lista a gente reafirma alguns que já tinham ido pra consulta pública como proposta de exclusão, e a gente acrescenta a embolização da artéria uterina, como a gente já discutiu antes, o único procedimento que saiu daqui foi a úvulo-palato-faringoplastia, que foi o procedimento que o otorrino pediu pra retornar e que a gente estava sugerindo como exclusão. Das solicitações de exclusão que apareceram na consulta pública, a gente não incorporou até agora nenhuma como incorporada após consulta pública, eu não sei se alguém quer defender aqui alguma coisa relacionada a isso, não, alguns desses procedimentos. A banda gástrica, aqui eu queria discutir com vocês, chegou um monte de solicitações relacionadas a banda gástrica, com relação a uma determinada técnica que utilizaria um determinado grameador e por ser esse grameador hoje com registro na Anvisa pra uso único, ele torna a técnica quase proibitiva, uma vez que isso aumenta de mais o custo em relação às outras técnicas, quando a gente foi estudar essa demanda, a gente não conseguiu achar uma técnica com material diferente de qualquer outra técnica, então, a gente não sabe qual é essa determinada técnica, que não foi uma pessoa só, foram várias, que entraram na consulta pública falando, a gente não consegue saber qual é a técnica pra gente estudar a técnica diferente. E o que mais chegou disso é que o dut anterior tinha exclusões de técnicas e algumas solicitações chegaram, primeiro, pra gente tirar a técnica, e outras pra gente voltar com as técnicas, então, chegaram mais tipos de contribuição.

MARTHA (ANS) - a gente tem isso individualmente, eu posso passar, o que a gente viu é que a maior parte dos procedimentos pra exclusão, a justificativa é o impacto econômico-financeiro ou então, quase todos aqui, quem solicitou a exclusão foi operadora, alguns a gente tem algumas divergências em termos de técnica, de nomenclatura, aí foram algumas sociedades, a gente recebeu de sociedades solicitações de exclusão mas muito pontual, de algum procedimento que era substituído por outro, então, a maior parte das solicitações vem de operadora.

MARTHA (ANS) – eu estou mostrando o que chegou de exclusão, a gente está tentando discutir o que é válido ou não. Pra implante coclear, por exemplo, chegaram 10 demandas pra excluir, chegaram outras tantas pra incluir, a gente fez uma discussão não só durante essa consulta pública, mas também anterior a ela, ela é uma demanda muito recorrente, de ministério público, tem muita ação em cima dela, realmente ela existia no rol, como o dr. Amílcar colocou, excludo prótese, isso até 2008, então, a gente achou que nesse caso, como ela tinha parênteses ... excludo prótese, ela, na verdade não existia, porque ela tirava direito a procedimento, mas não tirava direito a prótese, ele ganhou uma diretriz de utilização, nessa diretriz de utilização ela ganhou a unilateralidade, isso em cima de alguns estudos que a gente tinha visto, pensando em um novo procedimento que pudesse acontecer, tinha as suas explicações científicas pra aquele momento, nesse momento a proposta é que ela seja bilateral e é isso que a gente está sugerindo, e não está detalhado se vai ser em um ato cirúrgico ou mais de um ..., a proposta é que foram as demandas que chegaram, como ele foi pra consulta pública pra incluir, alguém falou não, exclui, essa é a proposta daqui, igual pra hérnia, na verdade, algumas pessoas pediram pra excluir, mas pedir pra incluir, não é nem uma inclusão, é uma alteração na diretriz de utilização, porque o procedimento já estava no rol, eles queriam incluir bilateral, porque estava unilateral, mas era mais uma alteração na nomenclatura da diretriz e já foi mexido. Esses aqui a gente ficou com dúvida em alguns, a herniorrafia tem uma crítica muito grande, apesar da alta frequência, a gente recebeu bastante sugestão de críticas, a capilaroscopia que a gente tem dúvida na alocação desse procedimento, e a tal de cirurgia de banda gástrica através de uma determinada técnica que até agora eu não sei qual é.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – essa cirurgia da obesidade é um procedimento, ele pode ser feito de várias maneiras, quer é a via de acesso, essa aí que eles estão dizendo, vídeolaparoscópica é a mesma coisa, ou por robô, é tudo igual, é a via de acesso.

MARTHA (ANS) – o que está se discutindo aqui é a herniorrafia inguinal laparoscópica versus laparotomia, então, a céu aberto ou vídeo, aqui é a banda gástrica ajustável, a céu aberto ou laparoscópica.

A MESMA PESSOA NÃO IDENTIFICADA – mas o que é mais feito, é melhor pro obeso, ninguém discute mais, que é a via laparoscópica.

MARTHA (ANS) – aí tem uma comparação da gastroplastia com a colocação de banda, porque os dois têm diretrizes de utilização, então, pra um determinado perfil de IMC você teria mais indicação de banda gástrica, para os menos obesos, menos mórbido, você teria a indicação de gastroplastia, o que chegou de crítica da colocação de banda é essa técnica que eu não consigo entender, como foram muitas, se é uma técnica específica ou se são todas as bandas gástricas, é isso que a gente está tentando estudar, a gente não conseguiu chegar nessa conclusão.

A PESSOA QUE FALOU – a banda gástrica é uma delas, uma das gastroplastias, coloca uma banda, é igual a um clipe grande, e a essacirurgia depois não dá muito certo, como na grande maioria, as operadoras pagam sempre dois.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – provavelmente, muitas das coisas encaminhadas foram pela FenaSaúde, o embasamento do encaminhamento foi técnico, não foi a questão do custo, a maior parte do questionamento, não me recordo agora, não trouxe o que levou ao questionamento, mas foram basicamente questão técnica a indicação de alguns procedimentos.

MARTHA (ANS) – ok, vou passar, então, a hérnia, chegou uma solicitação de não inclusão comparando as técnicas, mas a gente trouxe pro grupo discutir.

AMÍLCAR (AMB) – não é a minha área, mas o que eu vejo é uma cirurgia muito superficial que hoje em dia tem sido trocada por essa convencional, porque é mais fácil e coloca a tela do mesmo jeito, ao invés de entrar por dentro, tecnicamente é mais simples, é convencional.

MARTHA (ANS) – então, essa realmente, tem uma dúvida em termos de técnica, já existe no rol hoje a érnica com colocação de tela, ou é reposição da tela, e tem uma crítica, inclusive, que a recidivante teria menos indicação do que a inguinal, a cirurgia geral colocou isso, das que a gente recebeu como solicitação e exclusão, o que ficou pendente é a gente comprovar a herniarrafia, a gente tentar achar um lugar pra capilaroscopia, tentar saber em que lugar ela está locada, está dando consulta, fazendo consulta.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA - em relação à cirurgia bariátrica, a gente acabou contemplando as técnicas que estão descritas nas portarias tanto do CFM como do ministério, e ano passado nós recebemos uma demanda de uma operadora criticando a nossa diretriz, dizendo que a gente estava citando técnicas, técnicas em desuso. Então, do jeito que a gente tinha colocado, aquela diretriz não poderia nem se cumprir, e a questão da gente colocar cirurgia por vídeo, porque essa já é uma demanda desde a primeira revisão do rol, e aí a gente até procurou trabalhos que comparassem uma técnica com a outra, mas não encontramos diferença, a maior parte é a rede prestadora, principalmente no sudeste, fazem por vídeo, é difícil hoje em dia, só quando tem indicação de paciente pra fazer a cirurgia por vídeo, mas dependendo muito da rede prestadora, onde ela se localiza, é por isso que a gente ficou contemplando tanto a convencional como a cirurgia por vídeo, pensando nas redes que estão por aí dispostas no Brasil todo.

MARTHA (ANS) – continuando aquela lista, a gente recebeu solicitação de que, por exemplo, o anel intra-estromal, dizendo que não tem avaliação científica, a gente a diretriz do CFM, então, algumas a gente deu uma olhada mais profunda, outras não, essa daqui é a solicitação de substituição antiangiogênica, que a gente já tinha analisado pra incluir. Aqui aparece a embolização de veia espermática, alguns outros procedimentos que a gente também foi olhando e vendo se tinha avaliação positiva ou não, alguém tem mais alguma coisa de exclusão ou a gente pode passar pra frente?

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – incontinência urinária, é o 20, tratamento cirúrgico, isso é uma solicitação pra excluir?

MARTHA (ANS) – exclusão, eles querem que exclua.

A MESMA PESSOA ANTERIOR – não, não tem como, eu queria saber quem queria ficar perdendo xixi sendo que tem uma cirurgia que corrige.

MARTHA (ANS) – mas isso daqui deve ser uma confusão, porque o procedimento que diz no rol é incontinência urinária, tratamento cirúrgico com esfíncter artificial, eu imagino que alguém colocou isso tentando excluir a possibilidade da inclusão do esfíncter, não, eu acho que foi a tentativa de excluir o procedimento inteiro mesmo pra não dar margem à discussão do esfíncter, mas a gente acha que está claro.

A MESMA PESSOA ANTERIOR – então, aí é pra excluir?

MARTHA (ANS) –As principais solicitações de inclusão, pesquisa de mutação do K-RAS, acho que vale a pena a gente dar uma paradinha, hoje, no rol existe a avaliação da DNA que a gente entende que o genético não estaria localizado ali dentro, o problema é que essa diretriz é aquela diretriz que a gente nunca na vida conseguiu mexer, porque é diretriz de genética, a gente discutiu genética antes da consulta pública, ela é um pouco mais complicada de entender, segundo é que ela traz uma restrição que a gente não sabe se é isso que está afetando esse tipo de exame, porque? A gente considera que esse exame está incluído ali dentro, ao mesmo tempo o número de solicitações foi bastante grande, a diretriz específica que o exame genético tem alguns critérios pra serem solicitados por geneticistas, como esse procedimento aqui provavelmente é solicitado nesse caso ou pelo gastro ou pelo onco, outros profissionais que solicitam esse exame, a gente não sabe se a confusão está aí.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – não dá pra gente considerar que isso está coberto dentro da genética não, então, a gente ampliar muito o negócio, qualquer outro que apareça nessa linha da medicina personalizada, então, eu acho que se a gente pudesse especificar. (...)

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – ainda em relação à conformada tridimensional, eu mandei até pra vocês por email, de um radioterapeuta, de outros países, por exemplo, mama já é considerado má prática se o médico não indicar a conformada tridimensional, porque já tem estudos bem fundamentados que mostraram melhoras, sobrevida, então, esse caso é inquestionável, a IMRT tem poucos estudos ainda.

MARTHA (ANS) –Vamos lá, 55, esse daqui foi que começou aquela discussão do que bota tira, a urologia mandou retirar a cirurgia de cateter de longa permanência, depois que isso foi pra consulta pública, voltou, que bota, tira, direto, a gente não aguentava mais, foi daí que veio a discussão pra gente fazer aquele artigo pra resolver esse problema, emasculação estava pra tratamento oncológico, discutindo com a sociedade e ficou oncológico ou faceíte necrotizante, mesmo assim a gente recebeu um monte de contribuição da consulta pública..., não pode emasculação. Só tratar câncer em paciente com faceíte necrotizante, reimplante uretro-intestinal laparoscópico, reimplante uretero-visical laparoscópico, também foi uma solicitação da urologia.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – tem cirurgias que a gente sabe, por exemplo, a mais clássica, a colecistectomia laparoscópica, essa vai ficar tão banal um dia que todos os residentes vão sair sabendo, quem fizer aquela clássica.... inflamada, esse que paga menos que vai ..., então, a laparoscópica todo mundo tem que aceitar, pode ser cara um pouco, mas é bom para o paciente é o clássico, não é verdade.

MARTHA (ANS) – anel intra-estromal, a diretriz do CFM, também vieram algumas solicitações pra não inclusão desse procedimento, refluxo, tratamento por vídeo, oxigenoterapia hiperbárica, vocês lembram do gráfico, então, das 1.665 solicitações de mudança de dut, mil, quinhentas e sei lá quantas eram pra alteração dessa dut, quando a gente foi analisar demanda por demanda, a gente viu que algumas solicitações de indicação já estavam na diretriz atual, tinham outras que não estavam, e a gente começou a analisar em cima da diretriz que a própria sociedade tinha mandada pra gente o que já tinha se tornado com evidência ou não, eles encaminharam pra gente um documento que eles já encaminharam pro Citec com a solicitação de parecer, enfim, o que a gente foi estudar, não sei se vocês já compararam a diretriz que tem na sociedade com a diretriz que hoje tem no rol, eles têm indicações que eles chamam de inequívocas, então, pra aquela patologia só existe esse tipo de tratamento, que são as indicações que hoje constam do rol, então, todas já haviam sido incluídas no rol, e aí eles discutiram com a gente três indicações, queimadura, pé diabético e lesão actínica, queimadura a gente já tem um problema, que a gente discutiu com a sociedade, de logística, você tem um paciente com 30% do corpo queimado, que é isso que diz a diretriz, internado num hospital, como que vai fazer oxigenoterapia hiperbárica em outro hospital todo dia, esse problema operacional existe, mas a gente poderia, com essa indicação, amplia a dut pra queimadura com essa dut de 30% de queimadura, operacionalmente eu não sei como isso vai se dar, dentro do próprio hospital, complicado. Pé diabético, eles encaminharam uma diretriz pra pé diabético que a

gente não conseguiu analisar ainda, a gente não conseguiu analisar pé diabético porque era tão aberto que a gente não sabe pra qual paciente de pé diabético é que está se estudando se tem ou não aplicação, eles conseguiram fazer e mandar pra gente analisar qual o paciente de pé diabético, sexta-feira à tarde, não conseguimos ler, analisar, não sei se a gente consegue fazer isso a tempo de quarta-feira passar pro colegiado. Então, a gente vai ter que ver o que a gente faz com essa dut do pé diabético. Outra solicitação que fizeram foi de lesão actínica, que assim como outras indicações colocadas anteriormente, não se teria outro tipo e tratamento. Além disso, a gente recebeu solicitações pra gente complementar a nossa dut com coisas que já existem na dut do CFN, que são as contra-indicações, e a gente copiou as contra-indicações pra complementar a dut, então, acho que a gente deveria discutir a viabilidade de se incluir queimadura, sabendo que o paciente vai estar em um hospital, entre um aparelho e outro, o pé diabético, eles já tinham mandado pra gente, a gente pediu pra eles restringirem o pé diabético, porque, porque não é todo o paciente com pé diabético, é o paciente com pé diabético sem infecção, com uma lesão não sei aonde, tem toda uma caracterização do paciente que teria benefício pro pé diabético em detrimento a outros que não têm. Dos estudos sobre pé diabético são muito contraditórios, alguns dizem que têm, outros têm mais ou menos e outros dizem que não tem, eu acho que é exatamente por causa disso, porque não se caracteriza qual é o paciente que tem benefício e que não tem, aparentemente o documento que eles vão mandar a quis está favorecendo a incorporação.

ROBERTO – a própria ANS fez uma publicação a respeito desse assunto, câmara hiperbárica, pé diabético, por esse estudo da ANS me parece que na época não havia indicação, vocês não concordavam com câmara hiperbárica e pé diabético, acho que falta aí apenas uma conceituação de que tipo de pé diabético se trata, porque uma das indicações precípua da câmara hiperbárica é exatamente o tratamento do pé diabético, é aquele diabético que tem uma lesão que não cicatriza, é uma lesão livre de infecção, uma lesão pequena ou extensa, não importa, com uma lesão não sei aonde, tem toda uma caracterização do paciente que teria benefício pro pé diabético em detrimento a outros que não têm. Dos estudos sobre pé diabético são muito contraditórios, alguns dizem que têm, outros têm mais ou menos e outros dizem que não tem, eu acho que é exatamente por causa disso, porque não se caracteriza qual é o paciente que tem benefício e que não tem, aparentemente o documento que eles vão mandar a quis está favorecendo a incorporação.

CLARICE – só pra complementar esse assunto, o ministério fez uma audiência pública com esse assunto, contratou uma equipe pra levantar todas as evidências, e quais seriam, uma metodologia nova que você avalia várias terapias ao mesmo tempo, e a terapia hiperbárica era uma das terapias que era problema pra levantar e ter evidências, o grupo que fechou o caso pra gente só encontrou evidência para o pé diabético, não encontrou pra outras, era uma evidência forte, ou seja, tinha bastante estudo, e esse é o parecer que a sociedade tem, porque eles podem a qualquer momento, se existe um processo de solicitação de incorporação de tecnologia no SUS a qualquer momento eles podem pedir a cópia integral do processo e eles ficam com pareceres isolados num momento ainda não concluído processo, existe aquele momento em que a gente passa aquele processo pra área técnica que cuida daquele tipo de saúde e alguém lá da o parecer se é admissível ou não discutir aquele assunto, isso é um parecer, como eles pedem à empresa ou à sociedade ou quem tem interesse na incorporação pode pedir essas cópias parceladas, inconclusas, ela começa a ter pareceres na mão, parecer que a saúde do adulto acha a medicina hiperbárica é fundamental, mas você não concluiu o processo, esse processo teve análise, audiência, vai ainda pra Citec, não foi, ela tem evidência nessa indicação, o resto não acharam evidência, é muito pobre em evidência, existe uma outra terapia nova, um fator de crescimento epitelial, que também funciona e tem muita coisa publicada, mas que não é registrado no Brasil, então, não seria aplicável e seria a única indicação, agora, o grande problema seria a forma de aplicar, a conveniência, a inconveniência desse tratamento é quase coisa que causa limitação e o Citec vai apreciar isso, mas como eles conseguem pareceres intermediários, parciais, eles usam isso como uma forma de pressionar, nós temos muitas demandas via ministro, via tudo o que você pode imaginar dentro desses ministérios, as sociedades correm e agitam, então, não estou entendendo direito, impossível você transladar pacientes nessa quantidade, o que eu entendo é que o problema logístico que a gente tem nos hospitais do SIS, que eu conheço, os hospitais públicos, eu imagino que nos privados não seja tão diferente, é muito difícil, e você teria que reservar pra casos que realmente não têm outra saída, então, o problema é esse, eu não sei como afrontar, mas só pra vocês saberem, os pareceres são inconclusivos ainda e não teve a reunião do Citec se vai aprovar ou não.

MARTHA (ANS) – pra quem analisou a consulta pública, as demandas, a gente pode ver que foi uma coisa bem variada, nem foi muito concentrada em pé diabético e queimadura não, foi solicitado pra tratamento de anemia, varizes, e pra algumas das solicitações que apareceram na consulta pública a própria sociedade disse que não tem evidências.

MARTHA (ANS) – Análise molecular com diretriz de utilização pra adequar dut de K-RAS e HER-2, então, a gente já discutiu isso anteriormente, a gente vai ter que fazer uma diretriz pra tentar adequar isso. Implanta coclear unilateral, pet scan oncológico, a gente acrescenta uma indicação que também foi votado no Citec, colocação de banda gástrica por vídeo ou por via laparotômica, até que a gente estude o que está acontecendo com esse procedimento, que até agora a gente não conseguiu, gastroplastia, consultas ou sessões de TO, a gente acrescentou dois itens que foram encaminhados pelo conselho, paciente com disfunção de origem neurológica, paciente com disfunção de origem traumato-ortopédica e reumatológica.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – só com relação à diretriz de utilização, porque na diretriz vem a definição do número de sessões e a gente recebeu essa apresentação que foi colocada com a inclusão dos procedimentos nessas outras grandes áreas, que foi pra nós uma grande vitória, e no decorrer desse tempo a gente tentou enviar pra vocês um documento que tentava justificar de alguma forma que o tempo das sessões não contemplaria de forma alguma as necessidades dos pacientes, então, meu questionamento é se isso será discutido em outro momento.

A MESMA PESSOA QUE FALAVA ANTES – a nossa sugestão inicial, se não me falha memória, eram 48 sessões e ainda com duas possibilidades de inclusão, serão 12 sessões para consulta, 48 sessões, e mais 12 sessões específicas para prescrição, elaboração, confecção de dispositivo de tecnologia assistida, foi a solicitação que tinha sido feita inicialmente.

MARTHA - o que a gente discute também é que a prótese ligada ao ato cirúrgico teria cobertura, que a realização da moldagem, da formação dela poderia ser feita, mas a OPME em si, não, o que a gente sugeriu nessa inclusão é que a gente acrescenta o CIDs, que vai ter uma grande ampliação de frequência com isso, porque antes a terapia ocupacional estava dentro da diretriz de saúde mental, então, até então a terapia ocupacional estava restrita ao CIDs de saúde mental então, aqui a gente incorpora doença neurológica e traumato-ortopédica, uma ampliação bastante grande.

A MESMA PESSOA QUE FALAVA ANTES – a gente também corrobora com essa idéia, a gente tem a limitação da lei, mas a questão é a seguinte, a gente propôs a sessão em si, não necessariamente a construção ou próprio equipamento, porque? Considerando aquela discussão que eu fiz mais cedo, a identidade profissional, então, na tentativa de demonstrar a importância desse tipo de procedimento pra uma gama variadíssima de indivíduos, que são as adaptações, hoje a gente vê, por exemplo, aqui, no SUS são contempladas próteses de membro superior, que são caríssimas e que têm um nível de aceitação baixíssimo, as próteses de membro inferior, que são caríssimas e

têm nível de aceitação alto por causa da necessidade do paciente, cadeira de roda de excelente qualidade, então, seria um exemplo da necessidade desse equipamento, são simples, às vezes são feitos com sucata e que resolve, sem ele a reação não aconteceria, então, é mais por essa questão, na intenção de mostrar mesmo esse campo de atuação, e também começar essa discussão e propor ampliar esse tipo de cobertura.

MARTHA (ANS) – Consulta com nutricionista, cobertura obrigatória de até 12 sessões quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios, cobertura obrigatória em número limitado de sessões para pacientes com diagnóstico de diabetes com uso de insulina no primeiro ano de diagnóstico. Terapia imunobiológica intravenosa, esse procedimento a gente recebeu da reumato, da química, do paciente e a gente recebeu de várias formas, com está escrito, terapia de alto custo, terapia para doença reumatológica, a própria sociedade encaminhou uma diretriz, cobertura obrigatória dos casos de artrite reumatoide, de artrite psoriásica, e eles encaminham, inclusive, as três linha terapêuticas que existem hoje, que são três medicamentos, todos com evidência. Essa terapia não é domiciliar, é ambulatorial, também não é internável, é ambulatorial, a gente está estudando frequência e custo dela, frequência não é muito alta, o custo é altíssimo, cada infusão que o paciente faz é de 15 a 20 mil, ele faz mais ou menos oito por ano, então, cada paciente tem esse custo aí, ela melhora prognóstico, melhora, a gente vai ter que enfrentar esse problema em algum momento.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA - você colocou intravenosa, então, o subcutâneo não vai entrar porque a maioria está vindo agora.

MARTHA (ANS) – a gente estudou pra três medicamentos que as sociedades mandaram e todos os três são venosos, eles mesmos sabem do problema e restringem ao venoso, ao ambulatorial.

A MESMA PESSOA QUE FALOU ANTES – quer dizer se vocês sabem, mesmo o subcutâneo, a bula do remédio, no Brasil, está saindo uso hospitalar, não sei se o laboratório tem alguma intenção.

MARTHA (ANS) – por isso que a gente tenta se basear na bula, mas às vezes é muito complicado definir o que é ambulatorial ou não, porque tem muitas inconsistências, tem medicamentos que, por exemplo, não sei se mudou isso, mas na época, tinha o interferon e o interferon peguilado, que praticamente são a mesma coisa, tem uma molécula de pegno, uma estrutura a mais, e um deles vinha escrito uso restrito aos hospitais e o outro não, então, são inconsistências que a gente encontra dificuldades, a gente tenta numa definição de medicamento domiciliar ou ambulatorial criar uma definição fechada, mas às vezes, a gente acaba criando problema pra gente mesmo, porque no dia a dia, na consulta bula, na consulta Anvisa isso não é tão claro, tem algumas inconsistências. A gente já conversou algumas pessoas...elas em nenhum momento conflitam, a gente fica na dúvida, isso daqui eu quero registrar pra saúde suplementar, aí registra de um jeito, a gente está tentando não levar essa variável em consideração, e a gente já fez uma conversa com a Anvisa há um tempo atrás, de não deixar essa variável aberta, porque hoje, quem preenche essa variável é a indústria, aí eu escolho se eu quero registrar ele assim ou assado, a gente pediu pra eles avaliarem a possibilidade de quem dar esse rótulo, de uso hospitalar ou não, ser a Anvisa e não a indústria, você tem até alguns medicamentos que têm a mesma substância, de marcas diferentes, registradas, uma tem indicação de não sei o que em mulher, a outra já não restringe pra mulher, e a gente tenta se basear, como usa de referência pra tratamento experimental, tudo aquilo que não tem indicação na bula, muitas vezes, dependendo da marca do medicamento você vai ter uma indicação ou não, porque tem essa inconsistência. De qualquer maneira, a sociedade manda uma dut bem fechada pra cada medicação o quanto deveria ser pra cada paciente.

MARTHA (ANS) – a gente pode depois apresentar pra vocês a diretriz completa que chegou da sociedade, ela não só destrincha por patologia, mas dentro da patologia qual o uso de cada medicamento.

A MESMA PESSOA QUE FALOU – aquelas três patologias, artrite psoriática, espondilite, são mais raras, mas artrite reumatoide, dependendo da carteira já tem uma certa frequência.

No ano que vem vai ter uma droga pra lupus, a primeira droga realmente efetiva por tratamento do lúpus com benefícios, é a primeira que vai tratar a doença em si, e ela vai custar mais ou menos 5 mil reais por ampola, então, vai ter um custo alto também e é uma doença que uma frequência bastante razoável.

MARTHA (ANS) – o que a gente quer discutir disso, primeiro o momento disso, é uma demanda que já existia, nunca tinha chegado consolidada dessa maneira, chegou com uma diretriz que a gente considera uma diretriz bem feita, ela tem indicação pra tudo, restrição pra tudo, desenha bem a população, a gente está fazendo uma discussão efetiva de medicamento na saúde suplementar, e política de assistência farmacêutica. Eu vou botar agora os prós e os contras pra gente pensar, isso está bem no vácuo, então o que a gente tem hoje, medicação hospitalar coberto, tudo, o que é péssimo, porque tem cobertura até pra medicamento que não deveria ter, medicação domiciliar, nada coberto, e no meio passa um vale, que a gente chama de medicação ambulatorial

A MESMA PESSOA QUE FALOU – é a mesma coisa o quimioterápico de alto custo, e a última coisa é que a gente não pode deixar que aconteça, é um caminho tortuoso essa não cobertura pelos planos de saúde, não sei se todos sabem, mas já tem medicamento quimioterápico que originalmente foi lançado como medicamento oral, e que o laboratório lançou agora um venoso, que custa exatamente a mesma coisa, mas que se você vai usar na bomba infusora custa mais que o medicamento oral, então, a gente não quer que haja um retrocesso no avanço da medicina, que a tendência é cada vez mais ter tratamento oral, é muito melhor a gente sentar e discutir seriamente essa cobertura, o que acho que já está acontecendo nesse rol, algumas coisas mesmo não estando previstas no rol, a gente avaliar, do que a gente ficar fugindo do assunto e dizer que se não está na cobertura, eu não vou simplesmente analisar.

MARTHA (ANS) – o NAT a gente já discutiu antes, a artéria uterina a gente também já discutiu antes, isso daqui é uma coisa que eu queria discutir com vocês e aí, gente, discutir mesmo, a gente recebeu dessa três sociedades a mesma demanda e elas não se conversaram, a gente deu esse nome bonito, mas elas não conseguiram dar um nome pra isso, a gente chamou de direcionamento clínico do cuidado da qualificação da assistência, a idéia é o quê, essas três sociedades construíram diretriz que não são nem diretrizes clínicas nem de utilização, são alguma coisa que a gente chamou disso, pra assistência pré-natal, assistência ao idoso e atendimento ambulatorial em puericultura, pediatria, a GO, e a geriatria construíram essa coisa que a gente deu esse nome, isso é uma mudança um pouco de lógica de apresentação e alguns procedimentos, o que é isso, por exemplo, a assistência pré-natal, é uma diretriz quase clínica de assistência pré-natal que diz o que tem no Brasil, então, o pré-natal, no primeiro trimestre tem essa e essa consulta, tem esse e esse exame, no segundo trimestre tem essa consulta, esse exame, no último trimestre tem essa..., qual a finalidade em construírem isso, pra garantir que todos os procedimentos incluídos no pré-natal tivessem cobertura, a primeira resposta que eu dei, isso já tem cobertura, não faz sentido, você está empacotando vários procedimentos num só e isso pode ter prós e contras, e o rol não é um pacote, o rol são vários procedimentos, por outro lado, quando a gente analisar, ela não deixa de ser uma diretriz que garante cobertura de uma forma diferente de organizar aquela garantia de cobertura, ela garante, por exemplo, as quatro consultas do último mês, é a forma correta de fazer isso, não sei, mas pode ser uma forma diferente da gente começar a discutir algumas assistências, algumas formas de prestar esse cuidado, então, por exemplo, você garantiria que a assistência ao pré-natal agora tem uma diretriz que te diz o que tem ou não no pré-natal, isso traz alguma mudança de cobertura em si, não, mas traz uma outra forma de apresentação, isso pode dar supercerto e pode dar supererrado, eu não acho que o rol

sirva pra empacotar e não é essa a intenção, mas era uma forma da gente rerepresentar as coisas que precisam ser feitas durante o pré-natal, por exemplo.

AMILCAR – esse atendimento ambulatorial em puericultura, a sociedade de pediatria apresentou um projeto, foi aprovado, está na tabela, AMB, é um projeto muito bonito de prevenção, durante dois anos, mas não inclui as consultas rotineiras de pediatria, no primeiro mês tem uma consulta, no segundo mês...e vai indo, parece um programa muito interessante.

MARTHA (ANS) – então, o pré-natal é quase uma diretriz clínica, mas que ele foca os procedimentos que você deve fazer no pré-natal, a ambulatorial em puericultura é um pouco isso que o dr. Amilcar colocou, ele coloca quais as consultas que você deve fazer em puericultura e o que deve ter dentro dessa consulta, o que você deve fazer, quais as medicação deve fazer na criança, enfim, ele também direciona um pouco o cuidado em puericultura, em teoria você tem um registro melhor disso, levar os dados e qual é a vantagem e o problema disso, você deixa mais claro que é uma consulta de rotina e consultas eventuais pra problemas clínicos, então, você tenta diferenciar o que é uma coisa e outra, por outro lado, a gente começa a falar de uma coisa que eu não sei se o rol cabe pra isso, que é o que o que é contratualização e o que não, por outro lado, você começa a dizer o que poderia ter numa consulta de rotina, puericultura, o que deve ser feito, de quanto em quanto tempo ela deve ser feita, então, eu não consigo saber ainda o que pode acontecer com isso, mas foi uma demanda muito parecida, e a assistência ao idoso é a mesma coisa, eles falaram o que é uma consulta de rotina do idoso, o que deveria fazer, diferente de uma consulta que não é aquela consulta de rotina, não sei.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – é isso que eu queria colocar, não sei se é uma discussão pra rol, se isso é diretriz da Associação Médica Brasileira, pra definir como é uma consulta de puericultura, eu sei o que vai virar, na realidade vai virar um código dentro da TUSS, com uma forma diferente de remuneração, na questão da cobertura, os procedimentos todos já são cobertos dentro dessas três descrições, eu só entendo que isso lá na frente pode ter um outro desdobramento.

OUTRA PESSOA NÃO IDENTIFICADA – minha única dúvida é se caberia dentro de uma discussão de rol, acho que trazer outros conceitos e articular formas de tratamento, acho muito legal a ANS trazer isso, pra preservar e cuidar da assistência dessa classes aí, mas não sei se dentro da discussão do rol, porque eu acho que há um leque de discussões, que gente deveria fazer uma outra discussão, senão o rol vai virar um rol de muitas coisas e não só de cobertura.

MARTHA (ANS) - qual o problema ou a solução, a gente acabou criando três anexos no rol, um foi a tabela, o outro foi as duts e a gente já tem hoje no rol duas diretrizes clínicas mesmo, uma que é a assistência ao parto, e a outra que é os xigris, então, a gente há tem hoje duas diretrizes clínicas dentro do rol, mas elas são para fins de cobertura.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – as sociedade médicas estão discutindo muito na cirurgia cardíaca vascular a prevenção de trombose venosa profunda, quer dizer, administrar determinados produtos na primeira semana de pós-operatório de determinadas situações pra prevenir uma complicação maior no futuro, e têm estudos até de efetividade mostrando que você dá o remédio hoje e prevenir um acidente embólico no futuro, é mais vantajoso pro plano, então, vão surgir novos assuntos nessa linha, mas isso é fundamental.

OUTRA PESSOA NÃO IDENTIFICADA – essa questão acho que ela tende, com a demanda que a sociedade exige, por exemplo, o que aconteceu em São Paulo, desassistência das obrigações do governo perante a sociedade, então, a vacinação sofreu uma série de problemas, assistência pré-natal, idoso e puericultura atenderia dessa forma, eu acho que poderia ser encaixada a questão psiquiátrica e psicológica, está extremamente desatendida a demanda, em São Paulo acabou de ter uma conferência estadual de saúde da psiquiatria, foi uma confusão enorme por causa da exigência da população, porque onde tem conselho organizado, a exigência é cada vez mais frequente, então, acho que isso deveria servir efetivamente pra uma norma e eu acrescentaria a psiquiatria, porque você fala isso a operadora levanta a orelha, realmente é uma demanda séria da população, independente dela ser barata ou cara, mas ela é absolutamente necessária.

MARTHA (ANS) – vamos voltar a falar, só mais um tabela, essas são as demandas que a gente discutiu um pouco mais, eu vou passar rapidamente aquela outra planilha, são todas as inclusões que chegaram, se alguém vai falar alguma coisa a gente para, e a gente tenta fechar com o grupo o que a gente conseguiu pensar. Consulta com TO, reeducação postural, cápsula endoscópica, úvulo-palato-laringoplastia, lobectomia por vídeo, qual será o lóbulo, é fígado, é cabeça, é o que, lobectomia, coração, pulmão, não sei, terapia imunobiológica intravenosa em reumatologia, tomografia de coerência ótica, não com aquela dut que a gente colocou, mas com uma dut muito mais ampla, PET-CT, terapia de ondas de choques extracorpórea em tecidos moles e ósseos, a gente recebeu muita demanda disso, fez uma avaliação rápida junto com sociedade e a gente viu que tem muita coisa ainda pra ser estudada nessa área, radiculotomia por epiduroscopia, radioterapia conformada tridimensional em geral, a gente aumentou, anti CCP, acho o que a pediatria pediu isso, alguém mais pediu, a gente foi estudar a CCP, além de não ter evidência tão forte, alguns outros procedimentos substituem esse exame, hidroterapia, manipulação vertebral, medicamento pra doença autoimune, radiculotomia, a gente está passando pra ver se alguém tem alguma demanda.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – sem analisar o mérito da indicação e da evidência, tem muita demanda, educação postural global, RPG e a hidroterapia, embora a gente tenha aquela resposta, ...olha, a gente já cobre através de outras técnicas fisioterápica, não interessa qual o método utilizado, mas na prática não é feito, ninguém, nenhum fisioterapeuta vai fazer a RPG pelo custo de uma terapia de coluna, porque é muito mais complexo, mais caro, eu não sei se foi estudada a evidência científica, principalmente da RPG, os planos terminam liberando quando é pré pra tentar evitar uma cirurgia de coluna, eu não sei se foi feito alguma coisa no estudo.

MARTHA (ANS) – a gente fez um estudo grande sobre técnicas que entram dentro de técnicas cinesioterápicas específicas, a inespecífica está coberta, a específica é que gente tirou, o que tem dentro da específica, tem o RPG que é uma marca, a gente não pode botar RPG, tem que botar técnica cinesioterápica específica, tem o RPG, ioga, equoterapia, hidroterapia, osteopatia, então são essas cinco técnicas, devem ter mais, essas cinco técnicas a gente estudou, de todas essas, tem duas que tem evidência, a osteopatia e a ioga, a equoterapia também tem, a ioga ficou na minha mente, mas estava descrito, uma fisioterapeuta que fez pra gente, então, eu não tenho palavras pra expressar o que a ente deveria fazer se a gente fosse ver evidência, qual é o problema, é que talvez os procedimentos de fisioterapia, de fono, precisem, porque não tem estudo, porque são mais recentes, a terapia sempre foi feita de uma maneira diferente e agora os estudos estão chegando, a gente vai ter um panorama diferente, o RPG, a prática é diferenciada, mas ele é uma marca, então, é a mesma coisa que botar um outra marca qualquer no rol, então, a gente teria que colocar qual é a técnica que isso inclui, porque talvez a ioga tenha evidência, a equoterapia tenha e a RPG não tenha, eles foram pensados em países diferentes, que têm histórias diferentes, estudos diferentes, é difícil da gente ver isso pelo maneira como a gente avalia, porque o tipo e avaliação teria que ser outro, então, a gente usa a metodologia de avaliação de um procedimento técnico, médico e gente extrapolar isso para um outro procedimento que não é assim, eu acho que a gente vai ter que evoluir muito nisso, mas eu gostei, eu até queria incluir ioga.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – só pra terminar a questão da RPG, a RPG é uma técnica fisioterapêutica, assim como a hidro, e como você disse, são bastante novas, a RPG está no Brasil não tem 20 anos, então, existem muitas evidências práticas, clínicas da eficiência dessa técnica, e eu acho que valeria a pena dar uma olhada nessa técnica, porque é uma sessão por semana, bem diferente das quatro, cinco sessões da fisioterapia clássica, e normalmente o paciente que é submetido às sessões de RPG evolui muito rapidamente,

principalmente em quadros de coluna, hérnia de disco, crianças e adolescentes com escoliose, enfim, se a questão na maioria das vezes aqui discutida é a questão financeira, eu acho que a RPG acaba sendo uma grande economia, mesmo sendo uma técnica individual, o custo é um pouco mais alto, mas o custo-benefício, o tempo de duração de um tratamento é muito menor, e a prevenção, a evolução do paciente, está sendo construído todo esse estudo, mas a gente já tem evidências muito grandes de pacientes que seriam submetidos a cirurgia de hérnia de disco e que não pra cirurgia, ficam muito bem, se recuperam muito bem, fazem sua atividade normal, não são obrigados a passar por uma cirurgia, com o riscos todos, sem conta os custos que seria para um plano de saúde.

MARTHA (ANS) – pra próstata a gente recebeu ablação prostática a laser e eletroablação, a gente recebeu esses dois procedimentos, eletrovaporização. Vitaminas em geral a gente estudou, a gente viu que a maior parte dessas vitaminas só é utilizada pra fazer ortomolecular, e aí, todas as vitaminas com indicação clínica a gente já tinha incluído.

JORGE (ANS) – a gente viu que a dosagem é por um método sofisticado, bastante caro, e vitamina B1 é um medicamento, eu, como psiquiatra, tem muito caso de alcoolismo que tem deficiência de vitamina B1, mas é um medicamento extremamente barato e atóxico, então, se você tem um paciente alcoolista, você logo já faz vitamina B1 sem precisar dosar pra saber se ele tem deficiência. No caso da vitamina B12, um que passou aí e que a gente incluiu, a vitamina B12 tem uma importância clínica em idosos especialmente, mas a gente viu que aquele procedimento que chama dosagem de ácido metilmalônico, que é pra investigar se existe deficiência de vitamina B12 tem maior...

MARTHA (ANS) – os PCR's eu já falei. Tem alguns exames que são mais pra saúde pública, por exemplo, dengue, os exames pra detecção e dengue já estão no rol, esses aqui é pra detectar tipos de dengue, só servem pra epidemias pra você saber qual o vírus que está circulando, em tão, a função dele no posto de saúde não existe. Eletroconvulsoterapia é um procedimento que a gente sempre discute, os psiquiatras da equipe defendem, na verdade nunca esteve no rol, ele tem indicações precisas, não é substituído por nenhum outro procedimento, toda vez que a gente vai discutir isso existe uma mobilização em torno desse tema, com medo de você voltar o problema que tinha antes, de discriminar, enfim, que a gente precisa cercar muito bem, o Ministério da Saúde é contra a inclusão, então, a gente tem um arcabouço em torno desse tema, a sociedade é a favor.

JORGE (ANS) – estive conversando no intervalo com a representante da CFP-Conselho Federal de Psicologia, embora nesse processo de revisão, nessa consulta, não teve solicitação nenhuma da CFP, da psiquiatria antes já tinha tido, a questão é que convulsoterapia foi muito mal utilizada no passado, como forma de tortura, como castigo, mas ela tem um número pequeno de indicações que são bastante precisas, e ela se tornou, justamente pela humanização, tornou-se um procedimento caro, porque antigamente você botada dois auxiliares de enfermagem, bem fortes, de preferência pra segurar o paciente, dava aquele choque na cabeça, e hoje em dia isso é feito sob anestesia, sob manipulação, não tem a convulsão, a convulsão é acompanhada num monitor, com a presença de um psiquiatra, um anestesista, dentro de um hospital, então, claro que humanizou a coisa, mas também encareceu tremendamente, uma sessão dessa custa em torno de..., particular, como é feito hoje, em torno de 700 reais, e num tratamento completo que utiliza 15 sessões, custa cerca de 10 mil reais, vamos dizer, então, é uma questão que a gente tem que pensar, eu acho que não seria uma questão de impacto, porque se a gente limitar bem o que tem necessidades, são pouquíssimos casos, casos de catatonia, depressão psicótica, mas tem todo esse problema que a Marta falou, mas pelo custo que é, pela pouca utilização, é uma coisa pra gente pensar pro futuro.

MARTHA (ANS) – conversar um pouco com o ministério pra ver o que eles....agora mudou o pessoal da saúde mental lá, então...O João está levantando uma coisa aqui que eu acho que vale a pena a gente olhar, essa mutação aqui é outra da medicação, ele acha que está separado, tem que dar uma olhada nisso pra juntar tudo, o HER-2 e esse, isso não pode estar separado. Aquele procedimento 188 está com cara de adequação, depois tem que dar uma olhadinha ali.

PESSOA NÃO IDENTIFICADA – passou um procedimento aí de artroscopia, mas a gente está com uma diferença grande de organização de CBHPM na parte de artroscopia, porque a CBHPM colocou pra articulação e a gente ficou querendo utilizar aquela forma, que está mais organizada, mais ficamos com medo de perder alguma coisa, pelo que eu entendi no email realmente está mais organizado, mas poderia haver alguma perda de cobertura, então a gente ficou com receio, e pra não mexer correndo e perder alguma coisa a gente acho melhor não mexer.

MARTHA (ANS) – gente, então, pra gente tentar consolidar as idéias a gente vai tentar consolidar tudo isso que discutimos aqui, hoje, junto com isso que foi apresentado, quem quiser levar a apresentação é só gravar ali, não tem nenhum problema, quarta-feira a gente tem uma conversa com os diretores, apresentando neste mesmo nível que a gente apresentou aqui pra debate, provavelmente a gente delibera pra quarta-feira que vem, a partir daí é só esperar a publicação e só passa a valer em primeiro de janeiro, então, a gente tem muito pouco tempo se vocês tiverem que levar pra casa, discutir alguma coisa e mandar pra gente, então, a minha sugestão é, se isso for preciso, vocês perceberem que tem alguma coisa que vocês têm que alertar a gente, tem alguma coisa que ainda está precisando mexer de verdade, era melhor que vocês fizessem isso nesta semana, mais do que isso, aí a gente se comunica pelo gt.rol, todo mundo tem esse e-mail? É gt.rol@ans.gov.br, alguém tem mais alguma coisa. Então, primeiro, a gente sabe que o tempo foi mínimo pra gente conseguir fazer isso tudo, tem algumas coisas que vocês vão ver na tabela que ainda está grudando, trepada na outra, a gente vai ajeitar isso tudo, quando colocar no site isso vai estar detalhado, enfim, a gente não costuma colocar quem pediu, até proteger a pessoa que pediu, mas a gente coloca o desfecho, e o de resto, o que vocês forem lembrando, a gente vai estar com esse email aberto, agradecer a todo mundo que veio, obrigada a todos e a gente vai se falando.

FIM DA REUNIÃO.