

Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

REVISÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE - 2018

RESUMO DA 9ª REUNIÃO

Data: 03 de fevereiro de 2017

Local: Sala 1 – 12º Andar, Agência Nacional de Saúde Suplementar

Principais pontos discutidos

A reunião foi iniciada pelas Gerente-Geral de Regulação Assistencial e pela Gerente de Assistência à Saúde, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, Dras. Raquel Medeiros Lisbôa e Rochele Alberto Martins Santos, respectivamente.

Estavam presentes representantes da Sociedade Brasileira de Arritmia Cardíaca (SOBAC), Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE), Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), União Geral de Trabalhadores do Rio de Janeiro (UGT-Rio), Associação Médica Brasileira (AMB), Fenasaúde, Unimed Brasil, UNIDAS, Abramge, Sulamérica e ANS

1. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

a) Apresentação do Demandante: Dr. Pedro Henry Neto (SBMH): Fez um breve resumo da incorporação da Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) para um grupo de indicações no Rol e de posterior ampliação de DUT, incluindo o “pé diabético”. Citou a Resolução 1457/1995 do Conselho Federal de Medicina (CFM) e suas indicações pois solicita que a ANS altere a DUT do procedimento, ampliando suas indicações de forma a contemplar todas as indicações contidas na resolução do CFM. Questionou as limitações de indicação da DUT para o procedimento pois as recomendações do CFM e de outras instituições americanas e canadenses são mais amplas. Entende que não é razoável discutir evidências ou impacto econômico pois entende que ambos já estão claros tanto por acreditar que as evidências sejam fortes quanto por entender que a ampliação da DUT não acarretará impacto econômico no mercado. Ressaltou o aumento da judicialização relacionada ao procedimento. Apresentou a distribuição da rede pelo Brasil,

evidenciando os dois estados nos quais não há câmara hiperbárica (Acre e Amapá). Trouxe o exemplo do Paraná, no qual a secretaria de saúde notificou os prestadores da intenção de contratar para prestação do serviço na rede pública. Relatou, ainda, que já foi submetido ao CONITEC que aprecie o procedimento para incorporação pelo SUS. Foi enfático ao afirmar que a Europa e os Estados Unidos já reconheceram a existência de evidências para as indicações da OHB e que não há estudos duplo cego randomizados para algumas indicações, mas que há, em contrapartida, pareceres técnicos, consensos de especialistas e estudos experimentais. Ressaltou que não há que se falar em evidência ou impacto econômico, que são discussões superadas. Relatou que ampliar a cobertura para todas as indicações elencadas pela portaria do CFM seria oferecer assistência mais completa à população. Enfatizou que há algumas indicações que já possuem cobertura no Rol mas que não possuem evidências e não faria sentido, então, a ANS exigir evidências para as demais indicações ainda não contempladas pelo Rol. Usou como exemplo a Doença Descompressiva que não possui estudos e se baseia em consenso. Informou que a indicação para a osteomielite refratária tem evidências e que é fator importante pois o número de acidentes com motocicletas aumentou muito no país. Disse ainda que as fraturas expostas contaminadas desses acidentes levam a quadros de osteomielite grave e a OHB associada a outras condutas terapêuticas traz resultados muito benéficos para os pacientes. Informou também que os tratamentos para câncer deixam sequelas terríveis nos pacientes, tais como cistites hemorrágicas, colites actínicas e dermatites e que tais condições possuem ótimos resultados com a OHB. Menciona um trabalho referente a impacto econômico, com redução de custos em torno de 70% quando utilizada a OHB. Finalizou reforçando que o mundo inteiro tem certeza dos benefícios da OHB e que espera que a ANS tenha a mesma visão.

b) Apresentação Unimed Brasil: Silvana Kelles (UNIMED BRASIL): Informou que o SUS ainda não incorporou a Oxigenoterapia Hiperbárica. A solicitação de incorporação da SBMH foi encaminhada à CONITEC para avaliação, que ainda está pendente. Efetuou apresentação acerca das evidências atuais da Oxigenoterapia Hiperbárica para as seguintes condições: Queimaduras, revisão sistemática da Cochrane de 2009 não encontrou evidências suficientes para suportar nem para refutar o manejo da queimadura com OHB; Lesões Refratárias: encontrou outra revisão da Cochrane de 2012. OHB teve um efeito a curto prazo de cicatrização das lesões de pé diabético, mas, a longo prazo, não alterou recomendações para amputações; Lesões por Radiação: Cochrane. 2016. Revisão Sistemática que tinha baixo risco de viés mas com qualidade metodológica dos estudos de razoável a baixa. Fizeram análise de subgrupo e concluíram que algumas lesões tinham melhor resposta com a OHB. A maior crítica se relaciona ao número de pacientes dos estudos; Osteomielite Refratária: A SBMH encaminhou Revisão Narrativa. Não há

evidências significativas, concluindo que a OHB associada a outras terapias pode levar ao desfecho clínico desejado; Anemia: A SBMH encaminhou relatos de casos, Estudos Descritivos. Não há evidências significativas; Escaras de Decúbito e outras lesões: A SBMH encaminhou Estudos Descritivos. Não há evidências significativas. Concluiu que as evidências não seriam robustas o suficiente para incluir novas indicações e que, em relação às já existentes, pode-se estudar para posterior exclusão do Rol.

c) Debate: A Dra. Maria explicou que a OHB não trata a doença, apenas a lesão e que é um artifício para que o oxigênio chegue ao tecido de forma adjuvante ao tratamento convencional para se obter a melhor resposta e teceu outras explicações a respeito da OHB. O Dr. Pedro Henry prestou mais esclarecimentos a respeito do mecanismo de ação da terapia, fisiologia e fisiopatologia e de algumas condições de saúde. Dra. Raquel informou que não era necessário tratar da fisiopatogenia e sim das evidências relacionadas ao benefício da terapia. Informou que a literatura enviada pela sociedade não trazia tais evidências, mas que a ANS fez uma análise própria nas bases de dados e nas agências internacionais de avaliação e incorporação de tecnologias. Concluiu que o NICE incorporou para outras duas indicações que o Rol não prevê que são a proctite e retite actínicas. Outro representante da sociedade informou que existem dificuldades técnicas para fazer pesquisas randomizadas e cegadas na OHB, além de dificuldades financeiras. Abordou ainda a cistite hemorrágica secundária a tratamento de câncer e que há resultados importantes para este grupo de pacientes para os quais não restam outras opções terapêuticas. Disse que há evidência sim (séries de casos) mesmo não sendo o melhor tipo. Os representantes da Sociedade prosseguiram com explicações e relato de casos sobre a OHB em certas doenças ou condições de saúde. A gerente da GEAS explicou a lógica das pesquisas e dos tipos de estudos que conseguem oferecer a melhor evidência possível. Explicou que há relativizações sim, por parte da ANS, na análise de incorporação, pois sabe-se que nem todas as doenças, terapias e condições de saúde terão ensaios clínicos randomizados. Informou que outras agências não incorporaram para a osteomielite pois não há evidências robustas ou suficientes para incorporação pelo sistema de saúde. Em contrapartida, mencionou duas revisões sistemáticas identificadas através de busca interna, com evidências de que a OHB pode ser benéfica na proctite e retite actínicas, secundárias à radioterapia. Representante da sociedade interpela dizendo que é possível dizer que o resultado seria bom para outras condições secundárias à radiação para além da proctite e retite, mas que há limitações operacionais para se realizar com grande número ou variedade de pacientes. Então, entende que é possível estender a compreensão de que a OHB seria benéfica para outras lesões secundárias à radiação, incluindo lesões de mandíbula que, na experiência dela, são mais

comuns que a retite e proctite. A representante da AMB, Miuki Goto, questionou a estruturação da DUT atual informando que a osteomielite, por exemplo, está no quadro de classificação da gravidade da doença (escala de gravidade), mas não é uma indicação coberta pela DUT, o que causa confusão. A gerente da GEAS explicou a diferença entre as coberturas e a tabela de classificação de risco para os pacientes contemplados na DUT. Entende, ainda, que dada a característica da terapia, seria melhor tratar de situações nas quais se indicaria a terapia e não de patologias. Houve mais uma rodada de explicações por parte dos representantes da sociedade. Um deles explicou que o pior dentre as condições pós radioterapia elencadas, seria a cistite actínica hemorrágica. A Gerente da GEAS ponderou que a ANS avaliaria essa indicação. Falou também que a osteomielite refratária após insucesso de todas as terapias disponíveis também seria uma indicação. A gerente da GEAS ponderou que não foram encontradas evidências para osteomielite e que só foram encontradas revisões sistemáticas para lesões secundárias à radiação, mais especificamente para proctite e retite, mas que a ANS avaliaria a cistite e a osteorradionecrose de mandíbula pós radiação. Explicou quais tipos de estudos são considerados para a análise de incorporação. Silvana Kelles ponderou que falta a condução do paciente dentro de contexto clínico, a linha de cuidado seria mais importante do que as indicações. Recomendou a regulamentação de uso clínico da Oxigenoterapia Hiperbárica. Raquel Lisboa, gerente da GGRAS, pediu que a Sociedade envie DUT para as indicações pactuadas neste debate incluindo critério de resposta, de não resposta e a hora de interromper a terapia (critério de descontinuidade) para que a ANS avalie. Rochele, gerente da GEAS, reforçou que as indicações seriam apenas para as lesões actínicas.

d) Encaminhamento: o Cosaúde concordou pela recomendação de **incorporação da ampliação da DUT** da tecnologia “**OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA**” para as indicações retite, proctite e cistite actínicas além de osteorradionecrose de mandíbula desde que a sociedade envie diretriz de utilização. Sugestão para elaboração conjunta entre AMB e SBMH de Diretriz de uso (clínica) para o Rol 2020.

2. TERAPIA IMUNOPROFILAXIA PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO - PALIVIZUMABE

a) Apresentação do Demandante: Dr. Renato Kfoury (SBP): Informou que o medicamento Palivizumabe foi incorporado para tratamento no SUS fazendo uma apresentação informativa, incluindo estudos, diretrizes clínicas, dentre outras informações. Explicou que é uma prevenção, profilaxia para o Vírus Sincicial respiratório. Não é uma vacina, uma imunização. É um anticorpo monoclonal. Explicou a relação entre as bronquiolites, pneumonias e doença pulmonar em

crianças até 2 anos e a relação com esse vírus. Prosseguiu com mais informações sobre as doenças e sobre a tecnologia. Apresentou um estudo holandês que aponta a custo-efetividade da tecnologia pois reduz internações e complicações a longo prazo. Apresentou as recomendações da SBP e do Ministério da Saúde (parecer CONITEC). Concluiu que a SBP requer a inclusão da tecnologia com as mesmas indicações do SUS, disponibilizadas pelo parecer do CONITEC, qual seja: crianças com até 1 ano e prematuros com menos de 28 semanas, crianças até dois anos de idade com doença pulmonar crônica ou cardiopatia congênita e repercussão hemodinâmica. Explicou que se faz a medicação intramuscular, em 5 doses mensais, durante a estação do vírus, que pode variar de região para região e que pode ser iniciado com a criança internada.

b) Debate: Silvana Kelles (UNIMED BRASIL) optou por não fazer a apresentação mas apresentou uma dúvida relativa a cobertura. A mesa explicou que não é uma vacina e sim um imunobiológico profilático. Lembrou que não há previsão de vacinação no Rol pois é uma política pública universal e a ANS entende que não é papel da saúde suplementar cobrir. A imunoprofilaxia é diferente da vacinação pois esta pretende atingir toda a população e aquela apenas uma população específica. O custo também foi questionado. A mesa informou que a previsão do impacto orçamentário enviado pelo demandante foi de R\$36 milhões em 5 anos. Representante da SBP informa que estes custos são apenas da aplicação da tecnologia, mas que, em contrapartida, os custos com atendimentos e internações (inclusive UTI) serão diminuídos. Houve debate sobre a imunoprofilaxia com imunobiológicos e as representantes da ANS explicaram que não há restrição na lei para imunoprofilaxia com imunobiológicos mas que compreendem a cautela necessária para a incorporação de imunobiológicos. A Gerente da GEAS, Rochele, explicou que a ANS está alinhada com a CONITEC em relação à incorporação do Palivizumabe para Imunoprofilaxia para Vírus Sincicial respiratório. Silvana Kelles solicitou que se mantenha o nome do Palivizumabe no título do procedimento no Rol (imunoprofilaxia para o VSR com Palivizumabe), de forma a prevenir que outros imunobiológicos que não tenham evidências sejam utilizados dentro do procedimento caso ele não especifique a droga. A SBP e a ANS concordaram com a solicitação.

c) Encaminhamento: O Cosaúde consensuou pela recomendação **de incorporação** da tecnologia **“Imunoprofilaxia para o Vírus Sincicial Respiratório (Palivizumabe)”** com elaboração de DUT conforme as indicações propostas pela CONITEC.

3. OCLUSÃO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO:

a) Apresentação do Demandante: Eduardo B. Saad (SOBRAC): Apresentou evidências e próteses utilizadas nesse procedimento através da via percutânea. As evidências demonstram que as próteses possuem os mesmos resultados que o anticoagulante Varfarina, entretanto, sem os riscos da Varfarina e com ganhos no longo prazo. Na análise econômica a prótese tem redução maior em 8 anos de tratamento quando comparada aos novos anticoagulantes.

b) Apresentação Unimed Brasil: Silvana Kelles (UNIMED BRASIL): A representante informou que as agências internacionais de avaliação de tecnologia apenas indicam a tecnologia para pacientes com contraindicação para terapia anticoagulante. Apresentou, na sequência, a pesquisa feita através da pergunta PICO. Apresentou uma revisão sistemática encontrada que traz como resultado a ausência de diferenças, para os desfechos avaliados, entre o dispositivo para oclusão de apêndice atrial e a warfarina, com maior número de complicações no grupo que usou os dispositivos para oclusão. Apresentou a análise do estudo PREVAIL e do estudo PROTECT. O primeiro não conseguiu comprovar a não inferioridade do dispositivo, nenhum paciente tinha contraindicação para anticoagulação e todos utilizaram anticoagulante após o implante. Já o estudo PROTECT, que anticoagulou apenas o grupo do braço comparador, também não tinha nenhum paciente com contraindicação para anticoagulante. Como resultado, o estudo comprovou a não inferioridade do dispositivo em relação à warfarina. Apresentou os vieses metodológicos dos estudos de claros conflitos de interesses nos estudos científicos enviados/encontrados. No geral, não existem evidências robustas quanto à eficácia da tecnologia.

c) Debate: Eduardo B. Saad (SOBRAC): Informou que os CHADS-VASc (escore de risco de eventos tromboembólicos) tiveram suas diretrizes clínicas alteradas. Os critérios para utilização da prótese consideram um período de ação de anticoagulante para que os níveis de titulação evitem o risco de trombose. Esclareceu ainda que a informação acerca da “retirada do apêndice atrial” está claramente fundamentada na literatura cirúrgica, ou seja, não existem contraindicações significativas. Rochele Santos (ANS): Questionou a segurança da tecnologia e os estudos comparadores. Eduardo B. Saad (SOBRAC): Explicou que os estudos comparadores são diminutos porque envolvem questões éticas acerca do tratamento e não tratamento. O paciente de risco pode ser tratado com Varfarina. Se o paciente não pode receber o tratamento inicial ele também é contraindicado para a prótese. A indicação é uma alternativa à não possibilidade de tratamento devido às restrições e contraindicações conhecidas. A tecnologia está aprovada no FDA. Raquel Lisboa (ANS)/Rochele Santos (ANS): A tecnologia ainda precisa ser melhor estudada. São necessários estudos robustos.

d) Encaminhamento: o Cosaúde concordou pela recomendação de **não incorporação** da tecnologia “**Oclusão do Apêndice Atrial Esquerdo**” pela ausência de evidências robustas de superioridade em comparação às terapias existentes.

4. ESTUDO ULTRASSONOGRÁFICO INTRAVASCULAR E/OU INTRACAVITÁRIO DO CORAÇÃO

a) Apresentação do Demandante: Eduardo B. Saad (SOBRAC): Explicou que o ecocardiograma intracardíaco (ICE) é um exame de imagem que proporciona uma visualização detalhada das estruturas cardíacas, combinando informações hemodinâmicas e permitindo posicionamento acurado e em tempo real dos cateteres. Acrescentou que as imagens colaboram para o entendimento em tempo real da silhueta das câmaras cardíacas para evitar perfuração imprópria e visualizar o posicionamento de dispositivos (eletrodos permanentes, dispositivos para defeitos do septo atrial e ventricular, oclusão do apêndice atrial), além da visualização de anatomia cardíaca complexa de congênitos. Argumentou que, apesar de não existirem estudos comparando o Ecocardiograma Convencional com o Ecocardiograma Intracardíaco, a redução do custo geral é significativa. Ambos os procedimentos são complementares. Minimiza o uso de Fluoroscopia e apresentou os riscos de exposição do paciente a esta tecnologia em função da exposição à radiação ionizante. Na sequência, apresentou as vantagens do ICE em relação ao eco transesofágico (TEE). Apresentou as vantagens de se realizar punção com segurança através desta técnica. Apresentou os custos com honorários médicos e material (R\$ 668,97 e R\$ 12 a 16,000, respectivamente). Houve breve debate sobre o comparador utilizado, vantagens em relação à prática convencional, sobre a associação de procedimentos (mapeamento + fluoroscopia + eco em comparação à mapeamento + fluoroscopia) e os representantes explicaram que o ICE é uma tecnologia coadjuvante, não substitutiva. Explicaram a redução de riscos de trombose, dentre outras complicações, com essa técnica. O debate prosseguiu entre os representantes da ANS, Unimed e sociedade com o objetivo de esclarecer a tecnologia, os desfechos e a solicitação de inclusão da sociedade.

b) Apresentação da Unimed Brasil: Silvana Kelles, representante da instituição, efetuou apresentação concluindo que existem poucos estudos e a maioria compara com Fluoroscopia. São quase unânimes em concluir que diminui a exposição à radiação, mas que para os outros desfechos não houve diferença. Não há alterações em desfechos clínicos relevantes para os pacientes. São estudos de qualidade questionável, que demonstram que são necessários mais estudos sobre a tecnologia. Houve breve debate com explicações dos representantes da ANS

em relação ao envio da solicitação pela sociedade. A forma (organização e estrutura) de envio foi elogiada e, em relação aos artigos enviados, foram informados que é necessário enviar estudos mais robustos (ensaios clínicos randomizados, coortes prospectivas), com comparadores e focados em desfechos clínicos. Séries de casos e artigos de revisão não são considerados evidências robustas. O representante da sociedade contra argumentou dizendo que o eco já está consolidado há muitos anos na prática da cardiologia e que não vê a possibilidade de que estudos sejam realizados para comprovar seus benefícios. Teme, portanto, que esse seja um impeditivo para que a ANS incorpore ao ROL. Miuki Goto (AMB): Apresentou dados sobre os procedimentos cuja incorporação foi pleiteada, esclarecendo que existem códigos na CBHPM, mas não existem, ainda, códigos na TUSS. Propôs utilizar esse procedimento para adequar a nomenclatura.

c) Encaminhamento: o Cosaúde concordou pela recomendação de **não incorporação** da tecnologia “**Estudo Ultrassonográfico Intravascular/Intracavitário do Coração**” pela ausência de evidências robustas de ganhos clínicos para os pacientes em relação às tecnologias existentes.

5. HORMÔNIO DE CRESCIMENTO HUMANO RECOMBINANTE (r-hGH)

As representantes da ANS fizeram breve explicação sobre as exclusões de cobertura previstas em lei no que diz respeito a medicamento de uso domiciliar.

a) Apresentação do Demandante: Paulo Solberg (ABRALE): Apresentou como desfechos a melhora de aceitabilidade social e redução de complicações cardiovasculares.

b) Encaminhamento: O Cosaúde concordou pela recomendação de **não incorporação** do procedimento “**Hormônio do Crescimento Humano Recombinante (r-hGH)**” em função de exclusão de cobertura prevista na Lei 9.656/1998 por se tratar de medicamento de uso domiciliar.

6. MONITORAMENTO CONTÍNUO DA GLICOSE (MCG)

a) Apresentação do Demandante: Mônica Soares (SBEM): Apresentou as evidências sobre o uso da tecnologia e informou sobre a importância de sua cobertura pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde na melhoria do tratamento e na redução de custos.

b) Encaminhamento: O Cosaúde concordou pela recomendação de **não incorporação** do procedimento “**Monitoramento Contínuo da Glicose**” em função de exclusão de cobertura prevista na Lei 9.656/1998 por se tratar de tratamento domiciliar.

7. DIÁLISE PERITONEAL AUTOMÁTICA (DPA)

a) Apresentação do Demandante: Alexandre Cabral (SBN): Apresentou as características dos procedimentos de hemodiálise, diálise peritoneal manual e a automática. Informou que apesar de longo prazo os desfechos clínicos serem os mesmos para hemodiálise e diálise peritoneal, nos dois primeiros anos a diálise peritoneal apresenta melhores resultados para o paciente. Salientou que a DPA apresenta os melhores desfechos clínicos, menores custos (diretos/indiretos) e melhoria da qualidade de vida do paciente. Informa que existe evidência para se alterar a primeira escolha em diálise, da hemodiálise (hoje, primeira escolha) para a peritoneal. Falou da distribuição da rede de hemodiálise pelo Brasil. Ressaltou o fato das operadoras terem que fazer o ressarcimento ao SUS das sessões de hemodiálise e que é provável que passem a arcar com os custos de deslocamento dos pacientes (RN259/2011) considerando que a rede não é bem distribuída levando os pacientes a fazerem longos deslocamentos para conseguir realizar o procedimento. Mostrou a distribuição dos pacientes entre as diferentes modalidades de diálise, apontando a hemodiálise como a mais prevalente delas. Em relação à diálise peritoneal, a automática com prevalência maior que a manual. Apresentou, como vantagens da automática, a possibilidade do monitoramento e suas diversas apresentações, até mesmo em tempo real.

b) Apresentação Fenasáude: Márcia Gonçalves efetuou apresentação informando que o demandante solicitou a inclusão do procedimento diálise peritoneal automática como terapia dialítica de substituição renal em pacientes com doença renal terminal ou insuficiência renal aguda com uremia no ROL da ANS vigente. A tecnologia proposta seria uma opção à técnica já existente no ROL atual, a diálise peritoneal continuada ambulatorial. Apresentou um trabalho que compara a diálise contínua com a automática. Conclui que os vários estudos apresentados não mostram diferença estatística significativa entre as diferentes formas de diálise peritoneal. As indicações, os profissionais habilitados para a realização do procedimento bem como as diretrizes para utilização são as mesmas dos procedimentos hemodiálise crônica e diálise peritoneal ambulatorial contínua concluindo que não há evidências que apoiem a Diálise Peritoneal Automática ou que conclua que esta apresente melhores resultados que a técnica convencional e já coberta pelo Rol.

c) Encaminhamento: O Cosaúde concordou pela recomendação de **não incorporação** do procedimento “**Diálise Peritoneal Automática**” em função de exclusão de cobertura prevista na Lei 9.656/1998, por se tratar de procedimento realizado em ambiente domiciliar. No rol, há tecnologia similar. Sugeriu-se que, para o Rol 2020, seja feito ajuste da nomenclatura dos procedimentos junto à AMB.

8. RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA MASCULINA

a) Informe: Rochele Santos (ANS): Informou que o procedimento já consta no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de forma que não foi necessária a apresentação pelo representante ou debate pelo grupo.

9. MARCAÇÃO DE LESÃO TUMORAL COM COLOCAÇÃO DE CLIPE METÁLICO POR AGULHA GROSSA PRÉ-QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA

a) Apresentação do demandante: José Ricardo Conte (SBM): Argumentou que o uso do clip metálico permite maior precisão na marcação de lesões tumorais, evitando o uso de substitutivos inadequados.

b) Apresentação Fenasaúde: Márcia Gonçalves (FENASAÚDE): apresentou a literatura enviada pelo demandante bem como o resultado de busca própria. Considerou que não há dados científicos suficientes capazes de demonstrar diferenças no desfecho final da doença que justifiquem a incorporação do procedimento.

c) Encaminhamento: o Cosaúde concordou pela recomendação de **não incorporação** da tecnologia “**Marcação de Lesão Tumoral com Colocação de Clipe Metálico por Agulha Grossa Pré-Quimioterapia neoadjuvante Guiada por US**” pela ausência de evidências.

10. NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Informe: os representantes da ANS informaram que, apesar da solicitação do procedimento nefrectomia laparoscópica ter sido recebida pela ANS via formSus, o Rol já contempla o procedimento NEFRECTOMIA EM DOADOR VIVO. O entendimento é que seja incluído o nome NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM DOADOR VIVO - PARA TRANSPLANTE dentro do grupo de transplantes no ROL (código TUSS 31506046).

Participantes	Instituição
Elenir Nadalin	SOBRAC
Mauro Blini	Fenasaúde
Marcelo Almeida Lima	SulAmérica
Eduardo Saad	SOBRAC
Fabrcio Valandro	SBMH
José da Mota Neto	SBMH
Renato	SBP
Marco Zafadi	SBP
Miyuki Goto	AMB
Mariza D'Agostino Dias	SBMH

Iriano Alves	SBMH
Francisco Lima	UNIMED
Cláudia Zouain	ANS
Paula Reis	ABRAMGE
Maria Eliza Pazos	ABRAMGE
Edna C Silva	Fenasaúde
Silvana M B Kelles	UNIMED BRASIL
Maria Aparecida Diogo	UNIDAS
Pedro Henry Neto	SBMH
Janaína F Fernandes	UGT-Rio
Andrea K Bento	ABRALE
Paulo Solberg	ABRALE
Ana Maria Misael	SBN
Alexandre S Cabral	SBN
Bruna Vale	ANS
Mônica X S Soares	SBEM
Paula Dias	ABRAMGE
José Ricardo Conte	SBM
Janaína F Fernandes	UGT-Rio