

## Contribuições da Consulta Pública sobre Monitorização da pressão intracraniana (PIC) - CONITEC

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
30/04/2014	Instituição de saúde / hospital	ISSO JA DEVERIA ESTAR NO ROL HÁ MUITO TEMPO. PIC SALVA VIDAS	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
01/05/2014	Sociedade médica	<p>Como tratar a PIC elevada empiricamente? Sem uma monitorização fidedigna?É como tratar hipertensão arterial sistêmica sem aferi-la, apenas em quem sentir dor de cabeça.É antiético deixar os pacientes do SUS com seus encéfalos sofrendo no TCE grave. Nenhum dado justifica tal conduta, exceto um aumento na morbimortalidade.Vamos nos fazer a seguinte pergunta altruísta :Se nossas mães caírem e tiverem TCE grave (escala de coma de glasgow menor ou igual a 8),e forem pra uma unidade de terapia intensiva, e lá apresentem achados clínicos e de exames complementares sugestivos de PIC elevada; vamos querer que seja tratada empiricamente? Ou que tenhamos um guia para sabermos o valor inicial, a curva de melhora, ou de piora, diante das intervenções clínicas e cirúrgicas ??? Segue abaixo texto do Uptodate, que apresenta conceitos com os quais concordo.</p> <p>Intracranial pressureElevated intracranial pressure (ICP) is associated with increased mortality and worsened outcome [72-74].Specific measures regarding ICP management in the setting of TBI are discussed here. The evaluation and management of elevated ICP in other settings is discussed in detail separately. (See "Evaluation and management of elevated intracranial pressure in adults".)Initial treatment and ICP monitoringSeveral approaches are used in the intensive care setting to prevent and treat elevated ICP. Simple techniques should be instituted as soon as possible:Head of bed elevation to 30 degreesOptimization of venous drainage: keeping the neck in neutral position, loosening neck braces if too tightMonitoring central venous pressure and avoiding excessive hypervolemiaIndications for ICP monitoring in TBI are a GCS score <math>\leq 8</math> and an abnormal CT scan showing evidence of mass effect from lesions such as hematomas, contusions, or swelling [75]. ICP monitoring in severe TBI patients with a normal CT scan may be indicated if two of the following features are present: age <math>&gt;40</math> years; motor posturing; systolic BP <math>&lt;90</math> mmHg. A ventricular catheter connected to a strain gauge transducer is the most accurate and cost-effective method of ICP monitoring and has the therapeutic advantage of allowing for CSF drainage to treat rises in ICP (figure 1) [75]. Other monitor types are discussed separately. (See "Evaluation and management of elevated intracranial pressure in adults", section on `Types of monitors`.)While ICP monitoring has long been central to the management of patients with severe head injury, this has not been supported by any large randomized trials examining the effect of ICP monitoring and treatment on outcome [76-78]. One randomized study of 324 patients with severe TBI hospitalized in Bolivia or Ecuador found no differences in outcomes among those patients assigned to a protocol for monitoring ICP and focusing treatment on maintaining pressures at 20 mm Hg or less compared with patients assigned to a treatment protocol based on imaging and clinical examination [79]. The results of this study suggests that further research is required to assess the role of ICP monitoring as well as targeted treatments of ICP in the management of severe TBI.</p> <p>Most guidelines and clinical protocols recommend that treatment for elevated ICP should be initiated when ICP rises above 20 mmHg [80]. Ventricular drainage is generally attempted first. CSF should be removed at a rate of approximately 1 to 2 mL/minute, for two to three minutes at a time, with intervals of two to three minutes in between until a satisfactory ICP has been achieved (ICP <math>&lt;20</math> mmHg) or until CSF is no longer easily obtained. Slow removal can also be accomplished by passive gravitational drainage through the ventriculostomy.If ICP remains elevated, other targeted interventions include osmotic therapy, hyperventilation, and sedation. In refractory cases, barbiturate coma, induced hypothermia, and</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
		<p>decompressive craniectomy may be considered [81].ICP MONITORINGEmpiric therapy for presumed elevated ICP is unsatisfactory because CPP cannot be monitored reliably without measurement of ICP. Furthermore, most therapies directed at lowering ICP are effective for limited and variable periods of time. In addition, these treatments may have serious side effects. Therefore, while initial steps to control ICP may, by necessity, be performed without the benefit of ICP monitoring, an important early goal in management of the patient with presumed elevated ICP is placement of an ICP monitoring device.The purpose of monitoring ICP is to improve the clinician`s ability to maintain adequate CPP and oxygenation. The only way to reliably determine CPP (defined as the difference between MAP and ICP) is to continuously monitor both ICP and blood pressure (BP). In general, these patients are managed in intensive care units (ICUs) with an ICP monitor and arterial line. The combination of ICP monitoring and concomitant management of CPP may improve patient outcomes, particularly in patients with closed head trauma [20-23]. The specific therapeutic targets for CPP in patients with traumatic brain injury are discussed separately. (See "Management of acute severe traumatic brain injury", section on `Cerebral perfusion pressure`.)</p>	
01/05/2014	Sociedade médica	A utilização do cateter de PIC é fundamental para o manuseio do paciente com TCE grave.	<a href="#">Clique aqui</a>
02/05/2014	Outra	a monitorizacao da pressão intracraniana é a conduta terapeutica que mais tem impacto da melhora do paciente que sofreu traumatismo cranio encefalico grave.anexo projeto diretrizes da AMB , CFM , SBN	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
04/05/2014	Sociedade médica	<p>Baseado em todo o conhecimento e literatura científica, hoje se sabe que a medida mais eficaz na melhora do desfecho (mortalidade e independência) é a monitorização da pressão intracraniana e manejo adequado da hipertensão intracraniana. Outras medidas como temperatura central, microdiálise, extração de oxigênio ainda não se mostraram efetivas e estão em estudo constante. Não realizar a monitorização da pressão intracraniana significa negligenciar uma possibilidade de alteração de desfecho significativo e negligenciar todo o conhecimento científico e esforço realizado diariamente contra uma das maiores causas de mortalidade e morbidade/anos perdidos no mundo, que é o traumatismo craneoencefálico. Não podemos definir uma rotina e recomendação baseados em um ECR demonstrando mesmo desfecho entre os grupos (o que não demonstra nenhum tipo de redução de custos, já que não foi desenhado para isso e não avaliou, por exemplo, a quantidade de tomografias de crânio necessárias no grupo que não utilizou monitorização contínua da PIC). Ainda é cedo para retirar esta prática consagrada e já demonstrada como eficaz na mortalidade e desfecho clínico destes pacientes. O que temos de melhor na literatura se encontra em Guidelines validados, como a terceira edição do Trauma Brain Foundation, "Guidelines for Management of Severe Traumatic Brain Injury". Os melhores níveis de evidência jamais serão I neste sentido, comparando: porquê não randomizar paraquedistas? Cinquenta pulam com paraquedas e 50 pulam sem paraquedas para compararmos a mortalidade. Já sabemos o resultado desta pergunta, assim como a monitorização da PIC em pacientes vítimas de traumatismo craneoencefálico grave se faz racional. A monitorização da PIC deve ser mantida e, se não constar na tabela SUS, os hospitais públicos (onde se trata a maioria dos traumatismos cerebrais e politraumatizados) não terão mais os mesmos resultados em desfecho de TCEs.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
05/05/2014	Instituição de saúde / hospital	<p>Segundo a Brain Trauma Foundation e o Consórcio Europeu de Trauma Craniano – EBIC, a metodologia de monitorização da pressão intracraniana é recomendada em seus guidelines desde 1995 e seguidas pela associação Médica Brasileira - AMB e Sociedade Brasileira de Neurocirurgia desde 2001 na publicação do projeto diretrizes para o TCE que passou a guiar a conduta considerada de excelência em todo o território nacional.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
05/05/2014	Ministério da Saúde	A MONITORIZAÇÃO DA PIC É PADRÃO OURO PARA ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES NEURO-CRÍTICOS NÍVEL DE EVIDÊNCIA II, DEVENDO SER INCORPORADA E APRIMORADA NO AMBIENTE DO SUS E MEDICINA SUPLEMENTAR, POIS ANTECIPA MEDIDAS TERAPÊUTICAS QUE DEVEM SER TOMADAS IMEDIATAMENTE APÓS A DETECÇÃO DO AUMENTO DA PIC. O TRABALHO CITADO PELA CONITEC ALÉM DE FALHO, AUMENTA O NÚMERO DE EXAMES DE TOMOGRAFIAS DE CRÂNIO, O QUE ENCARECE O TRATAMENTO E AUMENTA A MORBIDADE DOS PACIENTES.	<a href="#">Clique aqui</a>
05/05/2014	Instituição de saúde / hospital	Reforço a necessidade urgente da implementação da monitorização da PIC por cateter de fibra óptica nos pacientes do SUS, visto ter indicação consagrada na literatura e prática neurocirúrgica, contribuindo sobremaneira para a redução da morbo-mortalidade no paciente com traumatismo craniano grave	<a href="#">Clique aqui</a>
05/05/2014	Outra	Somente quero deixar registrado meu desapontamento com os gestores de saúde que mais uma vez colocam os interesses da federação na frente da saúde do povo. A monitorização da pressão intracraniana salva vidas. Isso é fato! Segue meu documento.....Paciente com TCE grave e edema difuso. Colocado cateter de PIC que evidenciou nas 48 h seguintes elevação da PIC. Submetido a descompressão cirúrgica!! Hoje voltou p escola e segue sua vida!	<a href="#">Clique aqui</a>
05/05/2014	Instituição de saúde / hospital	A monitorização da PIC é uma metodologia consagrada no tratamento de TCE grave e em vigor há muito tempo em TODOS as entidades de prestígios mundiais. A sua não autorização no SUS tem como objetivo claro de redução de gastos. Trabalho em hospitais terciários do SUS, onde utilizamos normalmente.	<a href="#">Clique aqui</a>
05/05/2014	Instituição de ensino	A monitorização da pressão intracraniana foi um passo fundamental no conhecimento do metabolismo cerebral e possivelmente estamos num curso de conheciemnto que podera nos levar a descontinuar o seu uso. No entanto, outras formas de monitorização (multimodal) ainda estão iniciando seu caminho de sedimentação e necessitam dos parâmetros de PIC como comparativos de resultados inciais no controle do paciente com TCE Grave.	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
06/05/2014	Sociedade médica	Ao meu ver e pelos conhecimentos clínicos e científicos acumulados em 25 anos de atuação como profissional médico, considero absolutamente INDISPENSÁVEL o uso da MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO INTRACRANIANA nos paciente com TCE GRAVE (inclusive nos considerados abaixo de 8 pontos na escala de coma de Glasgow)	<a href="#">Clique aqui</a>
06/05/2014	Instituição de saúde / hospital	Sou neurocirurgião , Sou Membro Titular da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia desde 1996. desde a década de 80 realizo monitorização da pressão intracraniana (PIC) em traumatismo craneoencefálico grave. trabalhos em todo o mundo científico da neurocirurgia mostram a necessidade deste tipo de tecnologia par o tratamento do paciente grave com TCE. Revistas mundialmente respeitadas podem ser acessadas para visualização destes trabalhos: Journal of Neurosurgery ou Neurosurgery , só para citar duas importantes delas. Muito me surpreende uma comissão de um governo FEDERAL , responsável pela saúde do povo, falar de "ausência de efetividade clínica do procedimento", sem conhecerem nada da especialidade e do procedimento. tendo a própria SBN (Sociedade brasileira de Neurocirurgia) enviando parecer favorável a este procedimento. Acredito se os pais de um deles, (da Comissão-CONITEC/SCTIE) necessitar-se desta monitorização pelo SUS, já que nenhum deles precisam do sus. todos tem um convênio , certamente. Não escreveriam tal ABSURDO.	<a href="#">Clique aqui</a>
06/05/2014	Instituição de saúde / hospital	infelizmente, será vergonhoso suspendermos o uso da MPIC baseados em um trabalho único de origem e metodologia duvidosa. O uso da MPIC é consagrada e serve de guia terapêutica há anos. Solicito que o SUS possa incluir a possibilidade de MPIC de melhor qualidade para que possamos tratar o TCE com a qualidade que todos os cidadãos merecem.	<a href="#">Clique aqui</a>
07/05/2014	Ministério da Saúde	NOSSO HOSPITAL E REFERENCIA EM NEUROCIRURGIA/NEUROLOGIA PAR 25 MUNICIPIOS, TRATAMOS DIARIAMENTE VARIOS CASOS DE TRAUMACRANEOENCEFALICOS E QUE NECESSITAM DE MPIC, O SISTEMA DE DVE PARA MONITORIXZACAO FICA MUITO DIFICIL DE APLICAR EM MUITOS CASOS DEVIDO AO TAMANHO MINUSCULO DE CERTOS VENTRICULOS CEREBRAIS ALEM DO ALTO RISCO DE MENINGITE PORTANTO O SISTEMA DE FIBRA OPTICA E DE FACIL E EFICIENTE APLICACAO, POSSUO EXPERIENCIA PROPRIA EM OUTRAS INSTITUICOES	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
07/05/2014	Empresa	<p>Caros Srs Drs membros do CONITEC Secretaria de Assistência à Saúde Ventura Biomédica é um fabricante de implantes neurocirúrgicos de origem 100 % brasileiro, tendo abrangência em todo o território nacional através de dezenas de distribuidores. Neste contexto, a empresa atualmente é um dos maiores fornecedores de válvulas para hidrocefalia (aproximadamente 20%), sistemas de drenagem ventricular externa (DVE - aproximadamente 37%), e kits para monitorização da pressão intracraniana por via hidrostática (único fornecedor) para o sistema unificado de saúde – SUS - Portanto, conhecemos perfeitamente o contexto em que nos inserimos e, com a responsabilidade de quem supre uma significativa parcela dos implantes dos pacientes SUS, tomamos a liberdade de nos manifestar em resposta ao parecer do Ministério da Saúde/CONITEC a respeito da implementação de tecnologia para monitoração da pressão intracraniana em pacientes com traumatismo cranioencefálico (TCE) grave: Do Mérito : 1. Existe uma quantidade considerável de trabalhos científicos que demonstram os efeitos danosos da hipertensão intracraniana ao tecido cerebral nas diversas injúrias cerebrais. Os dois maiores centros mundiais de pesquisa, o Brain Trauma Foundation (BTF - USA e Canadá) e o Consórcio Europeu de Trauma Craniano –EBIC – após estudos multicêntricos internacionais, adotaram e recomendaram a metodologia de monitoração da pressão intracraniana em seus guidelines desde 1995. Em 2001, a Associação Médica Brasileira - AMB e Sociedade Brasileira de Neurocirurgia corroboraram esta tecnologia através da publicação do Projeto Diretrizes para o TCE que passou a guiar a conduta considerada de excelência em todo o território nacional. O Traumatismo Cranioencefálico é uma patologia que envolve diversas especialidades. Obter níveis de evidência I em TCE é praticamente impossível para qualquer interferência que se faça. Não existem níveis de evidência para drenagem de hematoma intracraniano espontâneo, contusões cerebrais, e muitas outras processos patológicos, mas eles são operados senão os pacientes simplesmente morrem. Em nossa visão, o CONITEC equivocadamente se apegou a alguns artigos pseudo-científicos que contrariam toda a lógica atual de tratamento de pacientes críticos em todo e qualquer unidade de terapia intensiva de boa qualidade do planeta. Alguns artigos, inclusive, possuem falhas éticas e metodológicas importantes. 2. Consulta pública NÃO RECOMENDA a incorporação da tecnologia pelo SUS. Ora, isto é uma flagrante CONTRADIÇÃO. O SUS incorporou esta tecnologia há pelo menos uma década, após a inclusão no Projeto Diretrizes; portanto, este procedimento JÁ É REEMBOLSADO pelo Ministério da Saúde em sua Tabela de Procedimentos há mais de uma década. Procedimentos : a. Trepanação craniana para propedêutica neurocirúrgica com implante para monitoração da pic (040301034/9). b. Craniotomia descompressiva (0403010020) c. Craniotomia descompressiva da fossa posterior (0403010039) d. Derivação ventricular externa/subgaleal externa e. Tratamento cirúrgico de fratura do crânio com afundamento (0403010268) Existem pelo menos mais 18 (dezoito) procedimentos cirúrgicos na Tabela de Compatibilidade de Orteses e Próteses do MS onde o item 0702010090 – Conjunto de cateter de drenagem externa e MPIC pode ser indicado atualmente. Como pode ser observado no gráfico de monitorização da PIC anteriormente, este produto foi utilizado rotineiramente na última década, e foi retirado de mercado a partir de JANEIRO-2014. Portanto, em se mantendo esta RECOMENDAÇÃO, o MS deverá RETIRAR da lista de compatibilidade um procedimento estabelecido mundialmente. A nosso ver, isto aumentará significativamente a judicialização deste</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

procedimento médico, o que significa que fornecedores irão estabelecer preços aleatórios (muito mais altos do que poderia ser) com custos muito mais elevados para o sistema de saúde (como já está ocorrendo atualmente, e provado com os documentos em anexo).3. Como será a abordagem de outras patologias como AVCs isquêmicos e hemorrágicos, tumores cerebrais, avaliação de hidrocefalia, aneurismas cerebrais ?4. Como será a quantificação da hipertensão intracraniana nestes pacientes ? Através de tomografias seriadas ? quantas tomografias ? Que hospital terá condições de suportar este aumento de fluxo de pacientes na tomografia ?5. Quando o tomógrafo quebrar ? Da Efetiva Utilização Atual :1. O primeiro fato é que todo o aparato do Estado, seja a Governo Federal, Governos Estaduais e Governos Municipais, já pagam a utilização deste Produto através de licitações públicas, e pagam muito caro. Apenas para exemplificar, estamos anexando ordens de compra de algumas licitações. O Governo do Estado de Sao Paulo adquiriu este produto através de pregão eletrônico para o Hospital Ipiranga por R\$ 4.400,00, e para o Conjunto Hospitalar de Sorocaba pelo valor de R\$ 4090,00. O Ministério da Educação adquiriu através de licitação pública (Pregão Eletrônico) um produto similar pelo valor de R\$ 9980,00 (nove mil novecentos e oitenta reais). Tais pregões para este produto ocorrem às dezenas anualmente em todo o país, e o sistema de saúde arca com valores expressivos. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO Universidade Federal FLuminense Hospital Universitário Antônio Pedro Ata de Realização do Pregão Eletrônico Nº 00105/2013 (SRP) Às 10:09 horas do dia 04 de novembro de 2013, reuniram-se o Pregoeiro Oficial deste Órgão e respectivos membros da Equipe de Apoio, designados pelo instrumento legal DTS 054/2013 de 08/08/2013, em atendimento às disposições contidas na Lei nº 10.520 de 17 de julho de 2002 e no Decreto nº 5.450 de 31 de maio de 2005, referente ao Processo nº 23069078442201303, para realizar os procedimentos relativos ao Pregão nº 00105/2013. Objeto: Objeto: Pregão Eletrônico - Aquisição de Fresas e Brocas para S.Neurocirurgia.. O Pregoeiro abriu a Sessão Pública em atendimento às disposições contidas no edital, divulgando as propostas recebidas. Abriu-se em seguida a fase de lances para classificação dos licitantes relativamente aos lances ofertados Descrição: CONJUNTO (I) Descrição Complementar: CONJUNTO (I), TIPO MONITORIZAÇÃO PRESSÃO INTRACRANIANA VENTRICULAR, COMPOSIÇÃO DRILL C/PARADA PROTETORA, SENSOR DE TEMPERATURA, COMPONENTES CATETER PONTA TRANSDUTORA DE FIBRA ÓTICA(360"), CARACTERÍSTICA ADICIONAL ESPECÍFICO PARA MOTOR CAMINO Tratamento Diferenciado: - Aplicabilidade Margem de Preferência: Não Quantidade: 40 Unidade de fornecimento: UNIDADE Valor estimado: R\$ 9.338,8500 Situação: Aceito e Habilitado Aceito para: CG MED COMERCIO DE MATERIAL HOSPITALAR LTDA - ME, pelo melhor lance de R\$ 9.338,0000 e a quantidade de 40 UNIDADE . Item: 3 - GRUPO 2 Descrição: CONJUNTO (I) Descrição Complementar: CONJUNTO (I), TIPO MONITORIZAÇÃO PRESSÃO INTRACRANIANA SUBDURAL, COMPOSIÇÃO C/CATETER C/ PONTA TRANSDUTORA, CARACTERÍSTICA ADICIONAL COMPATÍVEL C/MONITOR PIC TIPO MPM1 Tratamento Diferenciado: - Aplicabilidade Margem de Preferência: Não Quantidade: 40 Unidade de fornecimento: UNIDADE Valor estimado: R\$ 9.980,5333 Situação: Aceito e Habilitado Aceito para: CG MED COMERCIO DE MATERIAL HOSPITALAR LTDA - ME, pelo melhor lance de R\$ 9.980,0000 e a quantidade de 40 UNIDADE 2. O segundo fato, em nossa visão, é que nenhum neurocirurgião vai deixar de utilizar esta modalidade terapêutica. Os custos, de uma maneira ou de outra serão absorvidos pelo sistema de saúde.3. O terceiro



Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
		<p>fato é que a tabela SUS tornou-se um balizador para o mercado de órteses e próteses. Na ausência de um referencial, os preços se tornam aleatórios e estratosféricos. Dos Custos e da Incorporação desta Tecnologia pelo SUS. Portanto, já existe um custo financeiro considerável para o sistema de Saúde na utilização deste tipo de tecnologia. A nossa colaboração, como fornecedores, pode ser nos seguintes aspectos :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ventura Biomédica possui um sistema de monitorização da PIC registrada pela ANVISA que utiliza de metodologia hidráulica. Com esta metodologia, fomos a única empresa que disponibilizou este produto para o SUS por mais de uma década. Este produto não está mais disponível para o SUS devido à defasagem de custos ocorrido ao longo de 15 anos sem reajuste financeiro. Portanto, NAO existe um único fornecedor de tecnologia de monitorização da PIC atualmente, embora exista o procedimento e o compatibilidade de órteses e próteses.</li> <li>2. Ventura Biomédica se tornou a única empresa da América Latina a produzir um cateter de pressão intracraniana que se utiliza da mesma tecnologia avançada que está em discussão para utilização. Este produto está registrado na ANVISA, disponível, e temos condições de oferece-lo para o SUS pela metade do preço atualmente disponibilizado no mercado.</li> <li>3. O descritivo do material a ser incorporado necessita ser separado e melhorado. Atualmente, o descritivo “ 0702010090 – Conjunto de cateter de drenagem externa e MPIC “ incorpora duas indicações cirúrgicas distintas. Algumas patologias relativamente comuns não requerem monitorização da PIC, mas somente a drenagem. Separando as indicações, o sistema de saúde economiza quando se utilizar somente drenagem.</li> <li>4. Na monitorização da PIC, existem abordagens para o sistema ventricular e abordagens para os outros locais anatômicos. Eles precisam ser diferenciados para se evitar fraudes, pois o acesso ventricular requer um sistema coletor adicional, enquanto que em outros acessos o sistema coletor não se faz necessário. Se permanecerem todos juntos, haverá uma enxurrada de utilização de sistemas coletores sendo que na verdade muitos deles não terão sido utilizados.....</li> <li>5. O sistema hidráulico pode ser mantido com um preço inferior, desde que reajustado. Isto colaboraria ainda mais para conter os custos, já que são indicações excludentes, isto é, quando se indicar o método hidráulico, mais barato, não há a necessidade de se utilizar o método mais sofisticado do microsensor. Portanto, aceitando-se a manutenção da metodologia da medida da pressão intracraniana e incorporando-se metodologias mais modernas, ainda assim é possível fazê-lo com bom senso e a um custo que possa ser absorvido pelo sistema de saúde do Brasil. Estamos dispostos a colaborar.</li> </ol>	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2014	Sociedade médica	<p>CARTA RESPOSTA À CONITECO Departamento de Trauma e Terapia Intensiva da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia - SBN; Departamento de Neurointensivismo da SBN e Comitê Executivo da Associação NeuroTraumaBrasil em reunião extraordinária realizada durante o segundo Simpósio Internacional NTB/SBN de Atualização em Neurotraumatologia e Neuromonitoração, realizado entre 01 a 03 maio de 2014, em Araxá – MG, manifestam-se em sua missão de melhor zelar pelo bem estar de seus pacientes e em resposta ao parecer do Ministério da Saúde/CONITEC a respeito da implementação de tecnologia para monitoração da pressão intracraniana em pacientes com traumatismo cranioencefálico (TCE) grave:Estavam presentes:Prof Dr Sebastião Gusmão Presidente da SBN, Professor Titular Neurocirurgia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.Prof Dr José Carlos Veiga Secretário Geral da SBN , chefe da Neurocirurgia Santa Casa São Paulo, Professor Titular Livre Docente da Santa Casa de São Paulo. Dr Rodrigo Faleiro Coordenador Departamento de Trauma SBN e chefe Serviço de Neurocirurgia do Hospital João XXIII BH, Membro coordenador NeuroTraumaBrasil.Dr Gustavo Cartaxo Patriota Coordenador Departamento Neurointensivismo SBN, Membro coordenador NeuroTraumaBrasil.Dr Marcelo Chioato Secretário do Departamento de neurointensivismo SBN, Chefe do Serviço de Neurocirurgia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Membro coordenador NeuroTraumaBrasil.Dr Robson Amorim Coordenador do Ambulatório de Neurotrauma do HC-FMUSP SP, Membro coordenador NeuroTraumaBrasil.Dr Ítalo Suriano Coordenador do Pronto Socorro de Neurocirurgia da UNIFESP SP, Membro coordenador NeuroTraumaBrasil.Prof Dr Nelson Saade Coordenador do Pronto Socorro de Neurocirurgia da Santa Casa SP, Professor Doutor da Universidade de Ciências Médicas de São Paulo, Membro coordenador NeuroTraumaBrasil.Dr Ângelo Masset, Coordenador da Neuroemergência do Hospital da Fundação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Membro coordenador NeuroTraumaBrasil.Dr Carlos Vinícios Motta Melo, Chefe do Serviço de Neurocirurgia e Neuroemergência do Hospital Dr. José Frota Fortaleza CE, Membro coordenador NeuroTraumaBrasilDr Ruy Monteiro , Chefe do serviço de Neurocirurgia do Hospital Municipal Miguel Couto RJ, Coordenador Executivo da secretaria municipal de Saúde do Rio de Janeiro para assistência Neurocirúrgica nos Hospitais de urgência e emergência municipal da cidade do Rio de Janeiro, Diretor presidente do NeuroTraumaBrasil.Os trabalhos que justificaram o parecer da CONITEC apresentaram falhas éticas e metodológicas importantes, que vem sendo mundialmente apontadas por diversos expertos em neurotraumatologia e se prestaram apenas para uma realidade médica local na Bolívia e Equador, segundo as publicações anexas. A neurotraumatologia de vanguarda mundial apresenta melhores resultados baseados na prevenção e otimização terapêutica das lesões cerebrais secundárias, mais importante fator de morbiletalidade nestes pacientes com lesão cerebral grave, através da neuromonitoração, dentre elas a monitoração da pressão intracraniana.Segundo a Brain Trauma Foundation e o Consórcio Europeu de Trauma Craniano – EBIC, a metodologia de monitoração da pressão intracraniana é recomendada em seus guidelines desde 1995 e seguidas pela associação Médica Brasileira - AMB e Sociedade Brasileira de Neurocirurgia desde 2001 na publicação do projeto diretrizes para o TCE que passou a guiar a conduta considerada de excelência em todo o território nacional.Portanto, segundo este comitê a monitoração da pressão intracraniana é uma metodologia eficaz e segura, devendo</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
		<p>ser mantida como tecnologia acessível aos pacientes usuarios do SUS. Convem resaltar que esta metodologia tem sido contemplado há mais de 20 anos pela tabela SUS: Trepanação craniana para propedêutica neurocirurgica com implante para monitoração da pic (040301034/9). Esta metodologia apresenta ampla aplicação baseada na fisiopatologia da hipertensão intracraniana dos pacientes neurocríticos. Este comite recomenda, que sejam não só mantidas, bem como permitidos o acesso aos pacientes do SUS de tecnologias mais atuais de monitoração da PIC, como microsensores e/ou sistemas de fibra óptica. Referências:Chesnut RM, Petroni G, Rondina C. Intracranial pressure monitoring in traumatic brain injury.N Engl J Med.2013 May 2; 368(18): 1751-2.Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. VI. Indications for intracranial pressure monitoring. J Neurotrauma 2007; 24 Suppl 1: S37-44.</p>	
11/05/2014	Sociedade médica	<p>Estudos a favor da monitorizacao da pic</p> <p>Estudos a favor da monitorizacao da pic</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p> <p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2014	Sociedade médica	<p>A monitorização da PIC é imprescindível no manejo do Trauma Craniano Grave</p> <p>A monitorização da PIC é imprescindível no manejo do Trauma Craniano Grave</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p> <p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2014	Instituição de ensino	<p>Prezados Membros da CONITEC, Informo que a medida da Pressão Intracraniana (PIC) por meio de cateter ventricular e instalação de sistema de derivação externa, frequentemente NÃO é possível a punção do ventrículo cerebral pois este se encontra colabado em decorrência do inchaço cerebral e a punção torna-se com elevado risco de hemorragia. Além disso, para o controle pós-operatório também é dificultado.</p> <p>ESTABELECENDO ANALOGIA: TRATAR HIPERTENSÃO INTRACRANIANA SEM MEDIR A PRESSÃO INTRACRANINA (PIC) É EQUIVALENTE A TRATAR UMA CRISE HIPERTENSIVA SISTÊMICA SEM A MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL (PA). O próprio Ministério da Saúde ADMITE ao estabelecer as Linhas de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (em anexo) na página 22, ao se referir ao tratamento da HIC, a necessidade de monitorização da PIC, o que pelo já mencionado acima, frequentemente só é possível mediante cateteres intraparenquimatosos ou subdurais. A não permissão para o uso dos referidos cateteres corre o risco de se tornar medida negativa histórica. Nos países europeus e nos EUA a medida da PIC é rotina nos TCE graves e a maioria dos Centros de Referência em Trauma afere também o consumo tissular de oxigênio (PtiO2). Entretanto, em nosso país, dentro da nossa realidade, o uso correto e indicado da medida da PIC trará muitos benefícios aos pacientes vítima de TCE grave. Coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos,</p> <p style="text-align: right;">Atenciosamente,Coloco-me à disposição</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2014	Instituição de saúde / hospital	<p>À Conitec Caros amigos, Envio-lhes essa mensagem para manifestar minha posição sobre a incorporação da monitorização da pressão intracraniana no SUS. Sou neurocirurgião em Minas Gerais, cidade de Governador Valadares que recebe pacientes de uma região de quase 1 milhão de habitantes. São muitos os pacientes, vítimas de acidentes de trânsito com traumatismo craniano grave, que chegam ao Hospital Pronto Socorro, referência em trauma, aqui na minha região. Recebo e acompanho em UTI todos esses pacientes. Esses pacientes “graves” são pacientes inconscientes ( em estado de “coma” ), sem condições para manter uma respiração espontânea e muito menos de nos expressar verbalmente o que sentem. Frente a isso, temos uma série de alterações encefálicas acontecendo em todo o tempo após o traumatismo e conseqüentemente um grande risco do aparecimento das chamadas lesões secundárias, que são lesões com possibilidades de serem evitadas e que se aparecem, aumentam muito a morbidade e mortalidade desses pacientes. Como são pacientes comatosos, necessitamos muito de monitorização, inclusive da pressão intracraniana, para termos parâmetro em tempo real e conseqüentemente intervir em qualquer alteração que poderia matar o paciente. A grande maioria desses pacientes, imagino eu, são do SUS e porque não darmos essa condição para melhorar e otimizar o tratamento da hipertensão intracraniana. É muito difícil tratar um choque, sem monitorização hemodinâmica, por exemplo, pressão intra-arterial ( procedimento invasivo ) e porque não, monitorização da pressão intracraniana no tratamento do traumatismo craniano grave. É um parâmetro que só ajuda, uma arma contra o aparecimento de lesões secundárias fatais. Devemos ter o máximo de informações para tratarmos um paciente que está em coma e com sedação contínua e precisamos também da monitorização da pressão intracraniana. Sou a favor da monitorização da pressão intracraniana e quando não instalada perdemos um parâmetro importante de evolução encefálica. Muitas vezes já fui surpreendido por complicações agudas pela falta da monitorização e já sem o que fazer para tratar e reverter tal complicação. O ideal é tratarmos e acompanharmos enquanto existe complacência cerebral e não em estado de herniação cerebral e midríase bilateral ! E com isso a monitorização contínua da pressão intracraniana nos mostra essa evolução enquanto existe reversibilidade. Peço a reflexão e compreensão de todos. Os benefícios são maiores que as complicações e o tratamento mais coerente e correto. Sei que vocês já tem inúmeros trabalhos sobre a monitorização da pressão intracraniana, e alguns sabemos que não apresentaram resultados de grande diferença, mas também temos as dúvidas de alguns detalhes em alguns deles. Na prática sabemos que a monitorização da pressão intracraniana ajuda e muito. Além dos pacientes com traumatismos cranianos que chegam graves, tem aqueles que pioram do estado leve e moderado para grave e como a mortalidade é alta e são pacientes adultos jovens na maioria, porque não fazermos um tratamento de excelência em nosso país. Obrigado pela oportunidade. Ivan Magalhães Viana – CRMMG: 29515. Membro Titular da SBN.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2014	Ministério da Saúde	CONSIDERAÇÕES TÉCNICO-CIENTÍFICAS AO PARECER TÉCNICO CONITEC (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS) PARA O USO DA MONITORAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA	<a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2014	Instituição de ensino	<p>Caros membros do CONITEC venho por meio desta manifestar minha total indignação com a conclusão desta renomada comissão: "Devido à ausência de efetividade clínica do procedimento, os membros da CONITEC, presentes na 23ª reunião do plenário realizada nos dias 12/03/2014 e 13/03/2014, decidiram, por unanimidade, não recomendar a incorporação da Monitorização da Pressão Intracraniana (PIC) tecnologia para monitorização da pressão intracraniana em pacientes com traumatismo crânio encefálico grave". Em primeiro lugar acredito que nesta comissão haja algum médico que durante a sua graduação e ou residência medica, aprenderam que existe uma condição clinica que é a hipertensão intracraniana e que há décadas é diagnosticada e tratada com a medição dos valores da pressão dentro do crânio, além de outros parâmetros é claro; como a perfusão cerebral (PPC), oxigenação cerebral (PtiO2, DAVO2), temperatura cerebral e de parâmetros sistêmicos como pressão arterial media (PAM), pressão venosa central (PVC), pressão do capilar pulmonar, debito cardíaco, etc... Não podemos ficar avaliando o comportamento da PIC única e exclusivamente pelo exame de tomografia do crânio, mesmo porque este nosso doente com indicação de monitorização da PIC deva ter uma pontuação pela Escala de Coma de Glasgow com 8 ou menos pontos, deva estar sedado e intubado em uma UTI, ficando difícil avaliá-lo pela resposta clínica ou mesmo repetir tomografia a cada 12 ou mesmo 24 horas. Em segundo lugar o Ministério da Saúde já nos contempla a medição da pressão intracraniana há anos, através de um sistema hidrostático, método sujeito a dificuldade de implantação, de leitura entre outras complicações. Por este motivo reivindicamos um sistema de micro sensor e ou de fibra óptica para mensurar estes parâmetros, mas por este parecer nem esta indicação a teremos!! E em terceiro e ultimo lugar, mais uma vez mostro minha indignação, por utilizarem como base de conhecimento a esta comissão um único trabalho realizado na Bolívia, os demais países desenvolvidos recusaram a fazer trabalho sem monitoração da PIC, inclusive o Brasil. Trabalho este repudiado pelos serviços sérios do mundo, onde expressaram seus descontentamentos através de artigos e cartas ao editor, muitos destes na referencia bibliográfica feita pela Comissão porem não citada no relatório. Peço aos senhores que re-analisem este parecer, aconselhem com profissionais que realmente trabalhem nesta área e façam um juízo de valor sobre o assunto de vital importância no tratamento dos pacientes com trauma crânio encefálico grave, obrigado.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2014	Instituição de ensino	<p>Caros membros do CONITEC Venho por meio desta manifestar minha total indignação com a conclusão desta renomada comissão: "Devido à ausência de efetividade clínica do procedimento, os membros da CONITEC, presentes na 23ª reunião do plenário realizada nos dias 12/03/2014 e 13/03/2014, decidiram, por unanimidade, não recomendar a incorporação da Monitorização da Pressão Intracraniana (PIC) tecnologia para monitorização da pressão intracraniana em pacientes com traumatismo crânio encefálico grave". Em primeiro lugar acredito que nesta comissão haja algum médico que durante a sua graduação e ou residência medica, aprenderam que existe uma condição clinica que é a hipertensão intracraniana e que há décadas é diagnosticada e tratada com a medição dos valores da pressão dentro do crânio, além de outros parâmetros é claro; como a perfusão cerebral (PPC), oxigenação cerebral (PtiO2, DAVO2), temperatura cerebral e de parâmetros sistêmicos como pressão arterial media (PAM), pressão venosa central (PVC), pressão do capilar pulmonar, débito cardíaco, etc... Não podemos ficar avaliando o comportamento da PIC única e exclusivamente pelo exame de tomografia do crânio, mesmo porque este nosso doente com indicação de monitorização da PIC deva ter uma pontuação pela Escala de Coma de Glasgow com 8 ou menos pontos, deva estar sedado e intubado em uma UTI, ficando difícil avaliá-lo pela resposta clínica ou mesmo repetir tomografia a cada 12 ou mesmo 24 horas. Em segundo lugar o Ministério da Saúde já nos contempla a medição da pressão intracraniana há anos, através de um sistema hidrostático, método sujeito a dificuldade de implantação, de leitura entre outras complicações. Por este motivo reivindicamos um sistema de micro sensor e ou de fibra óptica para mensurar estes parâmetros, mas por este parecer nem esta indicação a teremos!! E em terceiro e ultimo lugar, mais uma vez mostro minha indignação, por utilizarem como base de conhecimento a esta comissão um único trabalho realizado na Bolívia, os demais países desenvolvidos recusaram a fazer trabalho sem monitorização da PIC, inclusive o Brasil. Trabalho este repudiado pelos serviços sérios do mundo, onde expressaram seus descontentamentos através de artigos e cartas ao editor, muitos destes na referencia bibliográfica feita pela Comissão porem não citada no relatório. Peço aos senhores que re-analisem este parecer, aconselhem com profissionais que realmente trabalhem nesta área e façam um juízo de valor sobre o assunto de vital importância no tratamento dos pacientes com trauma crânio encefálico grave, obrigado.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2014	Profissional de Saúde	<p>A monitoração da PIC é um método de diagnóstico e deve ser tratado como tal. A monitoração por si só não vai determinar melhora da mortalidade. Há uma série de fatores envolvidos como: equipe que tratará do doente, outros processos fisiopatológicos existentes (oxigenação e perfusão cerebral), tipo de lesão cerebral, etc. É um total retrocesso privar os doentes com TCE grave do uso da monitoração da PIC. É praticamente pilotar um avião sem altímetro. As evidências científicas devem ser melhor utilizadas quando se avalia um método de diagnóstico. A monitoração da PIC é uma ferramenta e não uma medicação ou um tratamento cirúrgico. Estudos que se prestaram a avaliar esta metodologia não visaram identificar se a monitoração deve ou não ser utilizada, mas serviram de base para identificar e entender melhor os processos fisiopatológicos envolvidos no TCE grave. O único estudo randomizado e controlado foi feito no Equador e na Bolívia (Chesnut et al, 2013) e, esse estudo, como esperado, não revelou que o tratamento em pacientes com monitor de PIC era melhor que nos doentes sem monitoração. Este estudo somente foi realizado nesses países porque nenhum comitê de ética de países desenvolvidos aprovaria tal estudo. No relatório final da CONITEC é descrito que são necessárias "mais evidências...". Mais evidências derivariam, inevitavelmente, de estudos controlados e randomizados (Classe 1b de evidência pela classificação Oxford). Infelizmente, estas "evidências", demonstrando resultado negativo ou positivo, JAMAIS irão existir. Nenhuma instituição séria e renomada de neurotraumatologia, se disporia em realizar um estudo que a prezada comissão da CONITEC gostaria. Isso não vai acontecer porque em centros sérios e renomados não há o princípio da incerteza (equipose). Isto é, os neurointensivistas nesses centros não tem dúvida se a PIC é benéfica ou não nos doentes com TCE grave. O estudo classe 1b disponível, mostrou nada mais que o uso da monitoração da PIC provavelmente não apresenta valor se não for considerado o contexto do doente como um todo. Enfim, considero que a "medicina baseada em evidências" não deve ser prestada para este fim: que é bloquear o uso de metodologia mínima para se monitorar um paciente tão menosprezado, que é o doente com TCE. Aos membros da prezada comissão tenho três perguntas: 1. A controvérsia existente do uso da monitoração da PIC em relação a melhora prognóstica desses doentes, determinou retirada desse sistema de centros com experiência que já o utilizavam? 2. O autor principal do trabalho 1b (Randall Chesnut), modificou em sua instituição de origem, o protocolo de assistência ao doente com TCE grave abolindo o uso da monitoração da PIC? 3. Se no estudo de Chesnut et al, no grupo controle foram utilizadas mais medicações, mais exames tomográficos, mais tempo de ventilação mecânica e o resultado do trabalho não revelou a superioridade de um tratamento sobre o outro, não seria melhor utilizar a mPIC, que no computo final poderia determinar uma redução desses custos? A resposta para as duas perguntas primeiras é não. A terceira eu gostaria que a prezada comissão respondesse. Cordialmente, Robson Luis Oliveira de Amorim Médico Neurocirurgião e Neurotraumatologista Especialista em Pesquisa Clínica pela Harvard Medical School Vice-Presidente da Associação Brasileira de Traumatismo Cranioencefálico Contribuição pessoal para esta consulta pública, descrita em detalhes no anexo.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>