

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA – CONSINCA
Reunião Ordinária
29.06.05

A T A

Participantes:

Sociedades Técnico-Científicas:

CBH – Roberto Passetto Falcão, SBC – Lair Ribeiro, SBCO – Odilon de Souza Filho,
SBOC – Roberto de Almeida Gil, SOBOPE – Sônia Maria Rossi Vianna, SBRT – João
Luís Fernandes da Silva.

Prestadores de Serviços:

ABIFCC – Ademar Lopes – Vice-Presidente
Ricardo José Curioso da Silva – Liga Norte Rio-grandense de Combate ao
Câncer.
CNM – Luiz Antônio Negrão Dias – Liga Paranaense de Combate ao Câncer –
Hospital Erasto Gaertner.

Gestores do SUS:

Ministério da Saúde:

Coordenação Geral de Procedimentos de Alta Complexidade:

Carlos Armando Lopes do Nascimento

José Luiz dos Santos Nogueira

Depto. de Análise de Situações em Saúde / SVS / MS:

Lenildo de Moura

Instituto Nacional de Câncer

José Gomes Temporão

Fórum Nacional de Entidades de Pessoas Portadoras de Patologias e Deficiências /
CNS

MORHAN – Eni Carajá Filho

INCA

Antônio Antunes Bertholasce – Divisão de Atenção Oncológica / Conprev / INCA

Aparecida Isabel Bressan – Central de Regulação e Área Técnica

Cláudia Brito – Divisão de Atenção Oncológica / Conprev / INCA

Eliana Cláudia Otero Ribeiro – Coordenação de Ensino e Divulgação Científica / INCA

Gulnar Mendonça – Conprev / INCA

Luiz Augusto Maltoni Júnior – COAS/INCA

Luiz Antônio Santini – COAE / INCA

Rosamélia Queiroz da Cunha – Chefe de Gabinete

Diretores:

Cláudia Naylor – HC IV / INCA

Luiz Fernando da Silva Bouzas – CEMO/INCA

Reinaldo Rondineli – HC II / INCA

Rita Byington – HC I / INCA

Ausências justificadas:

Edmur Flávio Pastorelo – FOSP

Moisés Goldbaum – SCTIE/MS

Ausências:

Entidades técnico-científicas:

Paulo Gadelha – ABRASCO

Ângela Coe Camargo – SBEO

Prestadores:

Amâncio Paulino de Carvalho – ABRAHUE

Sílvio Fernandes da Silva – CONASEMS

Gestores:

José Carlos de Moraes – DARCS/SAS/MS

André Luiz Bonifácio de Carvalho – DAD/SE/MS

Diretores / INCA

César Augusto Lasmar

Assuntos abordados:

1. Aprovação da ata:

Aprovada sem ressalvas.

2. Informes:

Com a palavra, Dr. Temporão menciona que o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria Interministerial 862, de 07 de junho de 2005, certificou as unidades assistenciais do INCA como hospitais de ensino. Informa que o Ministério da Saúde estará aprovando recursos para a estruturação de uma rede brasileira de pesquisas clínicas.

2.1 - Assembléia Mundial de Saúde e Comitê Assessor da OMS para Câncer:

Dr. Temporão menciona a sua participação na 58ª Assembléia Mundial da Saúde, realizada em Genebra, durante o mês de maio, ocasião em que foi aprovada pela primeira vez uma resolução especificamente sobre uma política de câncer. Na realidade é a segunda resolução, a primeira foi a criação do IARC (Internacional Agency of Research on Cancer) há cerca de 10 anos. Pela primeira vez o câncer é destacado por uma resolução específica como problema mundial e com uma estratégia global de enfrentamento do problema. Os objetivos principais: discutir em profundidade a estratégia global do controle do câncer e elaborar um manual para países subdesenvolvidos e em desenvolvimento de como fazer. Menciona que

19 países foram convidados: Nova América, Canadá, Estados Unidos e Brasil, representado pelo Diretor Geral do INCA. Distribui a resolução aprovada na 58ª Assembléia Mundial de Saúde. Menciona, ainda, como um ponto extremamente importante o fato de o Brasil possuir assento no Comitê Assessor da OMS, atualmente sendo representado pelo Dr. Paulo Buss, Presidente da Fiocruz.

2.2 – Dr. Temporão faz menção aos novos presidentes das seguintes entidades:

CONASS:

Marcus Pestana (Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais);

CONASEMS:

Silvio Fernandes da Silva (Secretário Municipal de Saúde de Londrina);

ABIFCC:

Aristides Maltez Filho – Diretor do Hospital Aristides Maltez e Presidente da Liga Bahiana Contra o Câncer, representado pelo Dr. Ademar Lopes, Vice-Presidente da ABIFCC.

Com a palavra, o Dr. Ademar Lopes, Vice-Presidente da ABIFCC, informa ter comparecido na reunião a pedido do Dr. Aristides Maltez Filho, novo Presidente da ABIFCC, para apresentar a nova Diretoria da entidade e que o Dr. Ricardo José Curioso da Silva, da Liga Norte-Riograndense de Combate ao Câncer, continuará representando a ABIFCC nas reuniões do CONSINCA.

2.4 – Novo representante do Fórum Nacional de Portadores de Patologias / CNS

Eni Carajá – MORHAN

2.5 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Leucemia Mielóide Crônica - resposta da SAS/MS por intermédio do Ofício GS/SAS nº682/05, de 19.05.05).

Dr. Temporão menciona ter recebido a resposta da Secretaria de Atenção à Saúde por intermédio do Ofício GS/SAS nº682/05, de 19.05.05, quanto à proposta do Colégio Brasileiro de Hematologia de modificação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Leucemia Mielóide Crônica, apresentada no CONSINCA em 31.08.04 e encaminhada à Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos em 13.10.04. Posteriormente, foi encaminhado o Ofício Gab.INCA nº98, de 09.03.05, ao Dr. Jorge Solla, Secretário de Atenção à Saúde / SAS /MS, reiterando o teor do Ofício anterior. O Senhor Secretário de Atenção à Saúde, reafirma que o pleito é de competência da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, mas, ressalta que a SAS manifesta-se favorável à proposta de criação de um cadastro nacional de portadores de LMC integrado ao Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea – REREME, bem como informa que o assunto será discutido na reunião da Câmara Técnica de Células-Tronco Hematopoéticas prevista para junho próximo. Posteriormente, foi informado que a reunião da Câmara Técnica será realizada na primeira quinzena de agosto.

Dr. Roberto Passetto Falcão demonstra a sua preocupação pela demora na condução da solicitação.

Dr. Temporão compromete-se a estabelecer um contato com o novo Secretário de Ciência e Tecnologia, Dr. Moisés Goldbam para saber do andamento.

Dr. Roberto Gil sugere que se estabeleça um prazo para o estabelecimento de uma definição.

Dr. Temporão sugere que o assunto seja incluído na agenda dele em Brasília com o Dr. Moisés e que se monitore com o Dr. Bouzas quanto à reunião da Câmara Técnica.

Decide-se, também, informar à ABRALE quanto à posição em que se encontra o assunto.

3. Resultado das discussões do Grupo de Trabalho para revisão da Portaria 3535/98.....Antônio Bertholasce – Divisão de Atenção Oncológica / Conprev / INCA.

Dr. Antônio Bertholasce, da Divisão de Atenção Oncológica, apresenta o resultado do Grupo de Trabalho constituído por representantes do Ministério da Saúde, do Conass, do Conasems, da ABIFCC, da CNM, da SBOC, da SBRT e da SBCO, para rediscussão da Portaria 3535/98, que define os critérios de cadastramento dos centros de alta complexidade. Apresenta um conjunto de regulamentações, tendo como início uma Portaria a ser assinada pelo Ministro de Estado da Saúde, instituindo a Política Nacional de Atenção Oncológica, que inclui: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantados em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. A Portaria GM/MS estabelece que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios permitindo: 1. Desenvolver estratégias coerentes com a política nacional de promoção de saúde; 2. Organizar uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção e atendimento; 3. Constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica (Planos Estaduais de Saúde, hierarquização, fluxos de referência e contra-referência, acesso e atendimento integral); 4. Definir critérios técnicos para o funcionamento e avaliação e monitoração dos serviços públicos e privados; 5. Ampliar a cobertura (universalidade, equidade, integralidade, controle social e acesso); 6. Fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica; 7. Contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção Oncológica; 8. Promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações. 9. Qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde; 10. Fomentar a formação e especialização de recursos humanos; 11. Incentivar a pesquisa na atenção oncológica. Como componentes fundamentais da Política citam-se: 1) promoção e vigilância em Saúde; 2) atenção básica; 3) média complexidade; 4) alta complexidade; 5) centros de referência de alta complexidade em Oncologia; 6) Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco, do câncer do colo do útero e da mama; 7) Regulamentação suplementar e complementar; 8) Regulação, fiscalização, controle e avaliação; 9) Sistemas de Informação; 10) Diretrizes Nacionais para a Atenção Oncológica; 11) Avaliação Tecnológica; 12) Educação permanente e capacitação. Ao final, estabelece o Instituto Nacional de Câncer como o Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde (Art.4º). A seguir, uma portaria a ser assinada pelo Secretário de Atenção à Saúde, definindo as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Alta Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades, com os seguintes anexos: I – Normas de Classificação e Credenciamento de Unidades e Centros de Assistência e Autorização dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia; II – Normas para Manutenção do Credenciamento de Serviços Isolados de Radioterapia e/ou Quimioterapia; III – Parâmetros de Distribuição Demográfica, Produção e Avaliação das Unidades e Centros de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia para Organização da Atenção Oncológica em Rede (em construção). IV – Formulário de Vistoria do Gestor para Classificação e Credenciamento de Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (ainda não elaborado); V – Formulário

de Vistoria do Gestor para Manutenção de Credenciamento de Serviços Isolados de Radioterapia e Quimioterapia (não elaborado)

Dr. Ricardo Curioso menciona que o acesso ao sistema oncológico está cada vez mais complicado e a criação de uma rede pretende resolver o problema, havendo a necessidade de o gestor estadual estar imbuído na gestão da rede, com a necessidade da cobrança do gestor federal. Diz que o paciente leva no mínimo de 60 a 80 dias de intervalo entre um atendimento e outro.

Dr. Roberto Gil menciona que além de discutir-se teoricamente, viu-se a necessidade de uma integração das esferas de poder.

Dr. Temporão menciona a necessidade da capacitação do gestor como estratégia específica.

Dr. Ricardo Curioso considera as eleições dos secretários de dois em dois anos muito inconveniente.

Dr. Odilon sugere a criação de uma rede de treinamento de cirurgia oncológica.

Dr. Roberto Gil menciona como gargalo a qualidade da cirurgia com a sobrevivência do paciente. Deve-se melhorar o gargalo e a qualidade do atendimento. Concorda com a exigência de que o Oncologista Clínico deva residir no município ou em cidades circunvizinhas

Dr. Temporão considera de vital importância que tais unidades adotem algum sistema de aferição de qualidade.

Dr. Antônio Bertholasce sugere que a exigência seja inserida em disposições gerais.

Dr. Luiz Antônio Negrão Dias menciona que a leitura é a de que o CACON fizesse a quimioterapia necessária e o que sobrasse fosse para o serviço isolado. O que se deseja é que se tenha um certo controle.

Dra. Aparecida Isabel Bressan menciona que os serviços isolados não oferecem meios do paciente ter um acompanhamento dos resultados dos tratamentos.

Centros de Referência devem ter hospitais de ensino.

Eni Carajá sugere uma integração da política e seus anexos com o controle social.

Dr. Roberto Gil menciona que o psicólogo e a nutricionista estão incluídos nos serviços específicos.

Dr. João Luís menciona que o que o Eni Carajá menciona está incluído na legislação dos Conselhos.

Dr. Temporão sugere que se acrescente um ponto na portaria que se refira ao controle social, já mencionado na Lei 8080.

Dr. Luiz Antônio Negrão Dias menciona que a portaria anterior só não funcionou porque não houve cobrança do gestor. E, nesse ponto, é que entra o controle social.

Dr. Bouzas menciona que o transplante de medula óssea só aparece como garantia de acesso o que desvincula o transplante do tratamento. Sugere que se coloque a possibilidade de o CACON ter um serviço de transplante. Menciona que existem 40 unidades de transplante mas nem todas são CACON.

Dr. Maltoni sugere que as unidades que têm serviço de cirurgia oncológica disponham de um serviço de medula óssea.

Dr. Temporão pergunta o que seria necessário para que o trabalho fosse encerrado e colocado em prática ?

Dr. Carlos Armando menciona que a Câmara Técnica está prevista para 05 de julho e que o documento deve ser apresentado totalmente preenchido.

Dr. Antônio Bertholasce permanece anotando os tópicos mais relevantes.

4 Revisão dos procedimentos oncológicos do SIA/SIH/SUS.....Luiz Augusto Maltoni Júnior – Coordenação de Assistência / INCA

Dr. Luiz Augusto Maltoni Júnior, Coordenador de Assistência do INCA, faz a introdução do trabalho, que reputa como sobrehumano, e que será apresentado pela Dra. Belinha. Agradece a

todos pela colaboração, mas especialmente à equipe da área da Dra. Belinha. Agradece também à Divisão de Informática. Dra. Belinha inicia com um breve histórico, enfatizando que em fevereiro de 2004, durante a reunião do CONSINCA, houve a discussão do financiamento da Atenção ao Câncer, apontando para a necessidade da revisão das tabelas de procedimentos. Em abril de 2004, houve a aprovação dos princípios da revisão no CONSINCA, tais como: - incorporação tecnológica por nível de evidência e por relação custo/efetividade; ajuste de valores: valorização diferenciada do trabalho profissional, em detrimento de insumos; a tabela como instrumento de adequação da assistência oncológica de alta complexidade, com vistas a propiciar o melhor ao maior número possível de pessoas. Faz menção à metodologia do trabalho, qual seja: a) levantamento de portarias e tabelas vigentes, encaminhamento do material às sociedades de especialidades e retorno de suas propostas; b) revisão (alteração, inclusão ou exclusão) da descrição atual dos procedimentos, com bases técnicas; c) revisão de regras de cobrança; d) descrição de atributos – características do CACON (conforme novas portarias de habilitação); e) elaboração de planilhas de apuração de custos; f) atribuição de valores financeiros de custos pelo Ministério da Saúde; g) publicação das tabelas e portarias de regras de cobrança. Enfatiza que durante a reunião será entregue um disquete com todos os procedimentos que deverão ser revistos pelo Grupo de Trabalho constituído na reunião anterior, composto por um representante da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC, da Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica - SOBOPE, do Colégio Brasileiro de Hematologia - CBH, da Sociedade Brasileira de Radioterapia - SBRT e da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica – SBCO. Estabelecido o prazo de até 03.08.05 para que encaminhem o resultado da análise para o Dr. Maltoni, pelo e-mail maltoni@inca.gov.br. Como expectativas, menciona a análise do conteúdo e apresentação por escrito das modificações e criação de grupos temáticos específicos para discussão de dissensos e formulação de propostas finais.

Dr. Roberto Gil menciona a demora para a apresentação do trabalho, o que não ocorreu com a revisão da Portaria 3535/98, quando o grupo de reunião a apresentou a proposta.

Dra. Belinha menciona que a dinâmica aplicada foi totalmente diversa, pois para a revisão dos procedimentos contou com a colaboração dos profissionais da rede assistencial do INCA. Dr. Roberto Gil menciona que quando se analisa uma tabela hoje o que se depreende é a priorização.

Solicitado que as tabelas sejam revistas em um prazo máximo de 02 anos.

5 Oficina de Trabalho sobre Residência Médica em Oncologia –Eliana Cláudia de Otero Ribeiro – Coordenadora de Ensino e Divulgação Científica do INCA

Dra. Eliana Cláudia de Otero Ribeiro, Coordenadora de Ensino e Divulgação Científica / INCA faz uma apresentação do quadro geral sobre os temas discutidos durante a realização da II Oficina sobre Residência Médica – Cirurgia Oncológica – definição de competência, quais sejam: Áreas de competência, Ações e Desempenho, assim divididas: Área de Competência 1: Clínico-cirúrgica, com ênfase nos seguintes aspectos: 1) realização de diagnóstico; 2) estabelecimento de plano de cuidado; 3) realização de terapêutica cirúrgica. Área de Competência 2: Gestão: 1) Identificação de necessidades de organização de serviço; 2) Intervenção nos problemas da organização e da operacionalização do serviço; 3) Monitoramento e avaliação dos resultados no cuidado oncológico do serviço. Área de competência 3: Educação: 1) Identificação das necessidades de aprendizagem individuais e coletivas; 2) organização de atividades de ensino-aprendizagem; Área de Competência 4: Pesquisa – 1) Avaliação e produção de conhecimentos na área de oncologia. Apresenta, a seguir, as planilhas distribuídas para os participantes da Oficina de Trabalho para validação das áreas de acordo com a avaliação de cada um. Após a explicação da dinâmica dos trabalhos, menciona que a Oficina contou com a participação de representantes de todas as áreas da

cirurgia oncológica. Diz que a reunião teve a duração de dois dias, em um clima produtivo, com discussões de grande profundidade. Como conclusão definiram que o cirurgião tem de trabalhar de comum acordo com a clínica e necessita ter quatro áreas de atuação, o que vale dizer que as instituições formadoras vão ter de desenvolver ferramentas para isso. Voltará para uma segunda validação e terão a terceira oficina de atributos, em agosto. Paralelamente a isto, na Oncologia Clínica, estão enviando a solicitação de Oncologistas Clínicas para a Oficina a realizar-se dias 16 e 17 de agosto. Em outubro, no congresso de Oncologia Clínica pretendem apresentar o resultado do trabalho das Oficinas. O resultado da Oficina foi a síntese de todas as tarjetas apresentadas. Menciona que o Ministério da Saúde concluiu um trabalho sobre a necessidade de especialistas no país e seria interessante que pudessem conjugar os trabalhos da rede de atenção oncológica com a rede de formação. Todos parabenizam pelo trabalho e mencionam que finalmente verifica-se em bases técnicas que o cirurgião oncológico é diferente dos demais cirurgiões.

- 6 Oficina de Trabalho para formação da Rede de Atenção Oncológica -.Luiz Antônio Santini – Coordenação de Ações Estratégicas / INCA
- Dr. Luiz Antônio Santini, Coordenador de Ações Estratégicas do INCA, faz a apresentação da Oficina de Trabalho para formação da Rede de Atenção Oncológica, realizada dia 14 e 15 de junho de 2005. Menciona o modelo de análise que enfocou componentes estruturantes como as políticas de saúde (estado e governo); as ações e serviços de saúde, com a necessidade da integração dos 03 níveis de abrangência da história natural da doença (paciente, doença e problema), incluindo a população, a região, a escala (economicidade) e os recursos humanos, enfatizando que a alocação de recursos deve ser decidida em função da efetividade da etapa da atenção oncológica e da demanda na etapa da atenção oncológica. Quanto à História Natural da Doença deve-se levar em conta três fatores indispensáveis, quais sejam: tempo, as etapas da atenção oncológica e os elementos estruturantes. Como objetivos do combate ao câncer, temos a redução da incidência, a redução da mortalidade e a melhoria da qualidade de vida. Quanto à redução da incidência, devem ser enfocados o rastreamento e a informação, a promoção e a prevenção da doença e a mobilização social, a pesquisa, a educação e o ensino e os recursos financeiros. Quanto à redução da mortalidade, temos o tratamento, a detecção precoce, a mobilização social, a pesquisa, a educação e o ensino e os recursos financeiros. Quanto à melhoria da qualidade de vida, temos a reabilitação e o tratamento paliativo, com a tecnologia apropriada e igualmente a mobilização social etc. Surge, então, a necessidade da mudança do paradigma atual com a implantação da Rede de Atenção Oncológica. Dr. Santini enfatiza que atualmente, os sistemas de saúde público e privado encontram-se fragmentados, com informações dispersas, comunicação pontual e ações sociais isoladas, havendo a necessidade de mudança na política de governo, recursos financeiros, desenvolvimento de Ciência e Tecnologia, articulação intersetorial e mobilização social com vistas a tratar o problema do câncer com de saúde pública, com o envolvimento de todos os segmentos da sociedade. Menciona que o modelo de gestão a ser adotado começou a ser construído por intermédio do olhar interno do próprio INCA que prevê em sua estrutura organizacional o Conselho Deliberativo, incorporando toda a estrutura do INCA e criando uma Diretoria Executiva para realização do próprio trabalho. Viu-se também a importância de articular a visão interna do INCA com relações externas com outros setores envolvidos no problema como o Ministério da Educação, da Mulher etc. Quanto ao CONSINCA, cuja composição foi modificada com a incorporação de gestores e prestadores, visando uma maior representatividade dos diferentes segmentos envolvidos na atenção oncológica e o ConBio, como um instrumento de discussão de questões éticas, bioéticas, de incorporação tecnológica etc. Nesse sentido, a idéia de rede significa articular todos os setores da política de saúde instituindo redes ou sub-redes com vistas à coordenação dos serviços de saúde, do conhecimento e da mobilização social. Como

objetivo da Rede temos a geração, disseminação, articulação e implantação de políticas, conhecimento e ações de atenção oncológica, com a participação de atores governamentais e não governamentais e da sociedade. Menciona, ainda, que o resultado da Oficina será encaminhado a todos os componentes e pretendem desenvolver a construção de um portal, como já havia sido discutido em reuniões do CONSINCA, em que as articulações possam ser feitas de forma organizadas com o acesso às apresentações, atas etc. Esperam que o CONSINCA tenha um papel central na formulação, na construção, no acompanhamento e na avaliação do processo. O portal, que já está sendo preparado, seria o portal da Rede de Atenção Oncológica.

Dr. Temporão menciona que existe a idéia de que, a partir da aprovação pela tripartite da política de prevenção do câncer do colo do útero e mama, já na sua operacionalização, possa haver um trabalho com base no conceito de rede integrada.

Dr. Ricardo Curioso menciona que a noção de rede motivou também o trabalho do grupo que atuou na modificação do documento regulador da atenção oncológica.

Dr. Roberto Gil diz que se pensou na rede não com um caráter assistencial, mas como uma rede de mobilização. Que ao ouvir o depoimento de outras áreas, como a AIDS, verificou-se a necessidade de tornar o câncer como uma área prioritária do Ministério da Saúde, com uma dimensão maior do que apenas uma rede assistencial, mas uma rede de mobilização para poder interferir não só no tratamento do paciente e da doença.

7 Política Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama.....Gulnar Azevedo Mendonça – Coordenadora de Prevenção e Vigilância / INCA

Dra. Gulnar Mendonça, Coordenadora da Conprev/INCA, faz a apresentação do Plano de Ação para o Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama / 2005/007, que será submetido à Tripartite, iniciando com um breve histórico: em 1997, ações isoladas; em 1997/98 – Projeto Piloto (Belém, Recife, Brasília, Rio de Janeiro, Curitiba e o estado do Sergipe); 1998 – 1ª Fase de Intensificação (Campanha); 1999 em diante – Fases de implantação / implementação; 2000 em diante – Consolidação das ações em âmbito nacional; 2002 – 2ª Fase de Intensificação (Campanha). Menciona, ainda, as principais conquistas do Programa Viva Mulher: 1) Padronização de procedimentos e condutas clínicas; 2) Implantação do sistema de informação do câncer do colo do útero (Siscolo); 3) Introdução da cirurgia de alta frequência (método de ver e tratar) – tratamento das lesões de alto grau no nível ambulatorial; 4) Ampliação do acesso à citologia e ao tratamento (meta em 2002 = 2 500 000 mulheres; cobertura 4 000 000). Enfoca, também, os principais problemas: - Alta impacto financeiro no SUS; - Não inverteu, nacionalmente, a condição de diagnóstico tardio e tratamento em estádios avançados; - Não se garantiu referência e contra-referência (não houve informação sobre seguimento das mulheres); - Estabilidade da taxa de mortalidade por câncer de colo nos últimos 20 anos (Programa não teve impacto na Incidência e Mortalidade). Apresenta o diagnóstico da situação do câncer de colo e de mama no Brasil: - alta taxa de mortalidade; - dificuldade de acesso das mulheres aos serviços e programas de saúde – diagnóstico tardio; - Baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos com atenção oncológica (principalmente em municípios de pequeno e médio porte); - Incapacidade do sistema público em absorver a demanda que chega às unidades de saúde; - Dificuldade dos gestores (municipais e estaduais) em estabelecer um fluxo orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção com os encaminhamentos adequados. Como estimativa de incidência para 2005 (casos novos) de câncer nas mulheres, temos: 1º Mama – 49.470 – 53 casos / 100 mil mulheres – 2ª Coldero Uterino – 20.690 - 22 casos / 100 mil mulheres. Como diretrizes estratégicas, face aos números apresentados, temos a seguinte justificativa: Apesar da existência de um programa de rastreamento para o câncer do colo de útero, o Brasil mantém taxas em estabilidade para o colo do útero e ascendentes para mama, o que indica a necessidade de reestruturação com garantia de ações estruturantes, multifocais, sinérgicas e qualificadas. Como objetivos: 1. Diminuição da incidência do câncer

do colo do útero; 2. Diminuição da mortalidade dos cânceres de colo de útero e de mama; 3. Melhora da qualidade de vida. Como ações propostas: - Aumento da cobertura da população-alvo; - Garantia de Qualidade; - Fortalecimento do Sistema de Informação; - Desenvolvimento de Capacitações; - Mobilização Social; - Desenvolvimento de Pesquisas. Com a finalidade de obtenção das ações propostas, prevê-se no que se refere ao aumento da cobertura da população-alvo: 1. a distribuição de equipamentos (mesa ginecológica e foco) para 17.000 Unidades de Saúde da Família; 2. aumento de remuneração para o exame citopatológico (garantia de insumos; estímulo ao registro do número do Cartão SUS); 3. aumento de teto para a mamografia nos Estados, associado à melhoria da qualidade dos serviços, iniciando pela Amazônia Legal (RD, PA, AM, RR, MA, TO, AP e MT) e da Região Nordeste (CE, PB, RN). Necessário ainda RS; 4. Organização da Atenção Básica: oferta diária de coleta, sem hora marcada; ampliação dos profissionais capacitados para a coleta; busca ativa da população-alvo na população adstrita dos ACS; formalização da referência para a média complexidade; 5. Uso das Taxas de Citologia Oncótica e de Mamografia para avaliação da qualidade da saúde suplementar (ANS); 6. Controle dos exames de prevenção pelos Serviços Especializados em segurança e medicina do trabalho de empresas privadas e serviços públicos. 7. Organização da Média Complexidade – Pólos Secundários para Atenção à Saúde da Mulher (valorização de procedimentos tecnicamente realizáveis em ambiente ambulatorial – CAF/biópsia ambulatorial). Como Garantia de Qualidade, prevê-se: 1. Inclusão de indicador de monitoramento de qualidade da Atenção Básica: Percentual de Amostras Insatisfatórias; 2. Desenvolvimento de capacitações específicas: coleta e processamento da amostra; citotécnico, etc. 3. Publicação de Diretrizes Nacionais de Condutas Clínicas do colo de útero e de mama (115.000 exemplares). 4. Implantação do Monitoramento da Qualidade dos Laboratórios de Citopatologia; 5. Implantação progressiva do Programa de Qualidade dos Serviços de Mamografia; 6. Expansão do Programa de Qualidade da Radioterapia (capacitações). Como fortalecimento do Sistema de Informação: 1. Desenvolvimento da nova versão do SISCOLO, com atualização da Nomenclatura e inserção do Módulo Tratamento; 2. Implantação da AGENDA DA MULHER para registro de dados e fonte de informações, utilizando o número do Cartão SUS; 3. Desenvolvimento do SISMAMA. Dra. Gulnar informa que a AGENDA DA MULHER é um documento destinado a 100% das mulheres brasileira a partir dos 12 anos de idade, cujos objetivos são: - Registrar dados clínicos-ginecológicos básicos, como os exames preventivos do câncer do colo de útero, das mamas e outros, além de imunizações, planejamento familiar, DSTs, atenção ao climatério, cirurgias e seus respectivos laudos AP, internações/procedimentos e doenças crônico-degenerativas. – Informar sobre os agravos mais comuns à saúde da mulher, assim como dispor de orientações para sua promoção e prevenção de doenças, oferecendo dados sobre direitos trabalhistas, saúde bucal, violência sexual e doméstica. No item Desenvolvimento de Capacitações, prevê-se: 1 – Assessoria técnica a gestores de saúde para organização da Rede de Atenção Oncológica; 2. Construção da Rede de Educação em Atenção Oncológica. O item Mobilização Social, prevê: a articulação com a sociedade civil – projetos de mobilização social e educação popular; campanhas focais. Quanto ao Desenvolvimento de Pesquisas, incluem-se: 1. Organização operacional hierarquizada do rastreamento do câncer do colo de útero e da mama. 2. Desenvolvimento de parâmetros assistenciais na área de média complexidade (organização da Rede de Atenção Oncológica).

8 Assuntos Gerais:

8.1 - Hospital Amaral Carvalho – Jaú – Teto Financeiro:

Dr. João Luiz Fernandes da Silva, Presidente da SBRT, menciona solicitação feita pelo Dr. José Getúlio Segalla, do Hospital Amaral Carvalho, de Jaú, de adequação do atendimento de pacientes pelo Serviço de Radioterapia daquele Hospital à determinação da

Secretaria de Estado de Saúde que não permite o faturamento do atendimento de pacientes acima do limite contratual do hospital, ou seja, acima do teto físico financeiro.

É informado pelo Dr. Temporão que se trata de um problema que deve ser discutido com o gestor local.

8.2 - Autorização de tratamento GEAP/PE;

8.3 - Comissão de Ética da UNIMED / Blumenau / SC

Os assuntos trazidos ao CONSINCA, também pelo Dr. João Luís Fernandes da Silva, Presidente da SBRT, são de recusa de cobertura de procedimentos por planos de saúde. O de Blumenau justificou a recusa por meio de citação de trabalhos que demonstraram que a radioterapia conformacional é mais danosa do que útil ao doente. O de Recife recusa o pagamento de blocos de colimação sem dar bases técnicas para tal. Devem ser resolvidos no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

8.4 - Aumento dos procedimentos de Radioterapia:

Dr. Ricardo Curioso menciona reunião com o Dr. Carlos Armando Lopes do Nascimento em que foi cogitado um aumento para a Radioterapia.

Dr. João Luís reitera esta informação dizendo que o Dr. Carlos Armando comprometeu-se em conceder um aumento ainda não definido como linear ou por procedimento. Menciona, ainda que foi mencionado o problema do teto financeiro, de uma linha de crédito para novos aparelhos e para manutenção, o que tem mobilizado as indústrias. Mencionou-se, também, o problema de recursos humanos, tendo sido informado a existência de um programa de bolsas para preceptoria.

Dr. Carlos Armando informa que haverá a disponibilização de 10% do faturamento, reconhecendo que há uma defasagem.

E, nada mais havendo, eu, Maria Cristina Penteado Procópio Bellani, redigi, digitei e encerro a presente A T A . Rio de Janeiro, 29 de junho de 2005.-.....

Próxima reunião: 24.08.05