

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA – CONSINCA
16.08.06

A T A

Participantes:

Conselheiros:

Sociedades técnico-científicas:

SBC – **Hiram Silveira Lucas** (representando)

SBCO – **Eduardo Linhares**

SBE0 – **Ângela Coe Camargo**

SBOC – **Enaldo Melo de Lima**

SBRT – **Neiro Waetcher Motta**

Ausências justificadas:

ABRASCO – **Paulo Gadelha**

CBH – **Carlos Sérgio Chiattonne**

SOBOPE – **Sônia Maria Rossi Vianna**

Prestadores de Serviços ao SUS:

ABIFCC – **Ricardo José Curioso da Silva**

CNM – **Luiz Antônio Negrão Dias**

Ausência justificada:

ABRAHUE – **Alexandre Pinto Cardoso**

Gestores do SUS:

CONASS – **Edmur Flávio Pastorelo** (representando)

MS:

CGPAC: **Maria Inez Pordeus Gadelha** (representando)

INCA: **Luiz Antônio Santini**

Ausências justificadas:

CONASEMS – **Valter Lavinias**

Ministério da Saúde:

Departamento de Avaliação, Regulação e Controle de Sistemas / SAS / MS

José Carlos de Moraes

Departamento de Apoio à Descentralização / SE / MS

André Luiz Bonifácio de Carvalho

DASS / SVS / MS:

Otaliba Libânio de Moraes Neto

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos / MS:

Moisés Goldbaun

Fórum Nacional de Entidades de Defesa dos Portadores de Patologia e Deficiências / CNS:

MORHAN - Eni Carajá Filho

Ausência justificada:

ACELBRA / UNIFESP: Nildes de Oliveira Andrade

GAT/CONSINCA:

ABRALE: Merula Steaguel

FEBRASGO: Gutemberg Leão de Almeida Filho (representando)

INCA:

Direção e Coordenações:

CEDC/INCA - Eliana Cláudia de Otero Ribeiro

COAE/INCA – Marco Porto

COAS / INCA – Luiz Augusto Maltoni Júnior

Área de Normas Técnicas e Regulação – Maria Adelaide Werneck

DAO / CONPREV / INCA – Roberto Parada

Chefia de Gabinete da Direção Geral – Rosamélia Queiroz da Cunha

Diretores:

César Lasmar – HCIII / INCA

Claudia Naylor – HCIV / INCA

Celso Rotstein – HCII / INCA

Walter Roriz – HCI / INCA

Ausências justificadas:

CEMO / INCA : Luiz Fernando da Silva Bouzas

Assuntos abordados:

1. Aprovação da ata da reunião de 19.04.06:

Aprovada sem ressalvas.

2. INFORMES:

2.1 - Projeto de Lei nº01/2003 (Emenda 29) – correspondências encaminhadas em nome do CONSINCA para:

Dr. Santini menciona que o INCA recebeu resposta do Deputado Aldo Rebelo, por intermédio da Carta nº294/06/GP, Presidente da Câmara dos Deputados, informando que o tema está para ser incluído na pauta para discussão daquela Casa Legislativa. Menciona, outrossim, não ter recebido resposta do Senador Renan Calheiros. O Senador Renan Calheiros não respondeu à Carta nº294/06/GP.

2.1 - Pagamentos feitos pelo FAEC: Memo Gab.INCA nº156/06, de 26.04.06, encaminhado ao Secretário de Atenção à Saúde, José Gomes Temporão, solicitando a manutenção do pagamento do exame preventivo ginecológico pelo FAEC, bem como a inclusão da mamografia para rastreamento no mesmo mecanismo de pagamento.

Dr. Inez Gadelha menciona que quando houve as oficinas para implantação da Política Nacional de Atenção Oncológica, apareceu muito esta demanda e ficou de ser agendada uma reunião a realizar-se dia 29.08.06, às 14:00 horas, com o Dr. José Carlos Moraes, para discussão do assunto.

Dr. Santini menciona que o Pacto de Gestão ainda não definiu os instrumentos para o financiamento dessas ações, motivo pelo qual houve o receio de se retirar uma ferramenta de viabilização não só de financiamento como também de rastreamento, não tendo onde colocá-los. Esta foi a razão da preocupação do CONSINCA. Menciona, ainda, reunião feita na SAS com vistas à avaliação do que já foi feito e para um planejamento futuro. Ficou evidenciada que entre as linhas de cuidado que poderiam ser implementadas estão as linhas ligadas ao câncer de mama e do útero. Considera que a reunião do dia 29 deve associar o que já foi discutido na SAS.

Dr. Marco Porto menciona que está havendo uma proposta de mudança na política de financiamento, mas no caso dos cânceres de útero e mama, pela sua prevalência e outros aspectos, os procedimentos deveriam ser mantidos no FAEC. Diz que há a necessidade de haver uma conscientização de todos os gestores, mas como a realidade não é esta, foi entendido que os exames para rastreamento desses cânceres seria mantido no FAEC.

Dra. Inez Gadelha menciona que todo esse processo está seguindo uma política de descentralização, mas deve haver uma proposição transitória para que não haja perda na cobertura. Menciona que o Conass e o Conasems têm de concordar.

Pubenza Castellano, da Secretaria de Ciência e Tecnologia / MS, menciona que há uma proposta para discussão do pacto de gestão no Conass e no Conasems.

Dr. Luiz Antônio Negrão Dias pergunta se o procedimento já foi retirado do FAEC, sendo sua opinião que está sendo muito rápido e que os municípios estão confusos.

Dr. Ricardo Curioso menciona que o CONSINCA é um fórum muito importante, mas como ele está na ponta menciona que o Conselho Estadual do Estado dele está sofrendo com o desmonte da estrutura de atendimento da Fundação Nacional de Saúde, no estado onde há endemia de esquistossomose, o exame de fezes é de competência do município e o ano passado a verba foi recebida e não se fez nenhum exame. Demonstra a sua preocupação, que nem toda a prefeitura, por ter outras urgências no município, não se utiliza dos recursos para a atenção contínua. Não concorda com o que está sendo proposto.

Dr. Pastorelo menciona que o pacto pela vida já está pactuado, mas há ações estratégicas que devem ser reforçadas como ações estratégicas como o rastreamento do câncer de mama e de útero. Considera muito temerário que não se deixe reservas dentro do pacto para os exames de rastreamento.

Eni Carajá Filho menciona que há vários debates ocorrendo no Brasil e considera importante que o CONSINCA oriente para que haja linhas de atuação na política de atenção oncológica. Diz que o Conselho Nacional de Saúde fará uma grande reunião para melhor compreensão do Pacto, porque ainda há muita confusão. Diz que estão fazendo com a ajuda da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde é uma cartilha bem detalhada

sobre o Pacto pela Saúde. Diz que o Dr. Santini esteve no CNS fazendo uma apresentação sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica e foi uma grande oportunidade, que sensibilizou muito os conselheiros, pois foi a primeira vez que tiveram uma pauta com a oportunidade de debater a Política de Atenção Oncológica. A seu ver a linha é esta, ou seja, é a de ter várias frentes de discussão.

Dr. Marco Porto menciona que o que está se discutindo é o exame de rastreamento, mas o que o Eni Carajá Filho enfatizou foi a importância da discussão sobre o câncer em várias frentes. Que a linha de cuidados está toda estruturada do ponto de vista técnico, ou seja, a proposta técnica está estruturada, mas se não se resolver administrativamente, nada será resolvido. Considera indispensável a participação nos Conselhos, porque se vai haver a descentralização dos recursos tem de haver a descentralização do conhecimento e os Conselhos são um instrumento indispensável.

Dr. Santini, a partir da discussão, diz que o CONSINCA mantém o mesmo ponto de vista a respeito da importância de que se discuta mais profundamente alguns dos mecanismos existentes a serem preservados e outros que devem ser incluídos, com vistas a que a implementação do pacto não venha a ser um prejuízo a implementação da Política de Atenção Oncológica. Menciona a reunião do dia 29, em que o INCA manterá a mesma posição aqui expressada. Menciona, ainda, a sua participação na 168ª reunião do CNS, em que expôs a problemática do câncer como problema de saúde pública, com alta taxa de incidência e mortalidade, impacto dos custos no sistema de saúde e principais providências e o custo-efetividade de tratamento, todos como elementos estruturantes da proposta da política de atenção oncológica, instituída a partir do processo de discussão que foi iniciado a partir de um grupo técnico do CONSINCA que ensejou a nova portaria da Política de Atenção Oncológica e o processo da implementação da Política. Considera que a reunião do Conselho foi um dos marcos da Política que rompe o aspecto da atenção oncológica como um problema da alta complexidade, mas, sim, como um problema de saúde pública, que envolve ações da promoção da saúde, da prevenção, do rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos, além da articulação da Política que é a formação e capacitação de recursos humanos, a pesquisa e o desenvolvimento e incorporação tecnológica.

Proposta: O Conselho Nacional de Saúde propôs a realização de um seminário para conhecer e aprofundar os conhecimentos da Política de Atenção Oncológica.

2.3 - Relatório Final sobre Residência Médica em Cancerologia:

Encaminhado por intermédio do Ofício Gab.INCA nº118/06, de 03.05.06, ao Dr. Nelson Maculan, Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica:

Dra. Eliana Cláudia, Coordenadora de Ensino e Divulgação Científica do INCA – CEDC / INCA, menciona que o Relatório Final sobre Residência Médica em Cancerologia foi o primeiro trabalho realizado nas bases em que foi apresentado. Diz que a composição da Comissão Nacional de Residência Médica não está estruturada de forma a avaliar as especialidades existentes e que a Associação Médica Brasileira foi contra, o que é absolutamente contraditório, já que a Sociedade Brasileira de Cancerologia esteve durante toda a discussão. Apesar de todos os percalços, o processo foi vencedor. Como desafio menciona a necessidade de discussão semelhante nas demais especialidades e que o trabalho terá de ser mais detalhado. Menciona um estudo feito sobre os egressos, ou seja, saber o que está acontecendo com os especialistas que estão sendo formados e a surpresa pela constatação de que cada um forma cirurgiões oncológicos totalmente diversos.

Dr. Eduardo Linhares questiona o “por quê” da AMB ter votado contra.

Dra. Eliana Cláudia menciona que publicamente aprovaram, mas depois começaram a questionar os custos.

Dr. Eduardo Linhares menciona que quando a SBCO descentralizar-se em regionais, o CONSINCA poderá fortalecer os residentes.

Dra. Eliana Cláudia informa que vão, a partir da discussão sobre a Cirurgia Oncológica, fazer o mesmo estudo com a Oncologia Clínica.

Dr. Enaldo Melo de Lima, da SBOC, menciona que em 11.07.06, assinou com a SBC um acordo para trabalharem juntos. Menciona que o representante do Conselho dos Especialistas da AMB solicitou que a SBOC apresentasse o projeto para a formação do residente em Oncologia Clínica.

Dr. Ricardo Curioso menciona que estamos no Brasil, ganhando em real, com a economia do jeito que se apresenta, e o é problema operacional é muito importante. Considera que devem abraçar o processo. Diz que o projeto da SBOC é muito bom e que o INCA deveria ajudar.

Dr. Luiz Antônio Negrão Dias diz que no início estavam pedindo que o CONSINCA encaminhasse uma carta à CNRM e para a AMB solicitando que fosse restabelecido o tempo da residência médica em cirurgia oncológica de 02 para três anos. Ao participar da Oficina liderada pelo Dra. Eliana Cláudia é que ele entendeu a complexidade do problema e que o trabalho feito teve dois aspectos: 1) encaminharem uma carta à CNRM com embasamento do pedido feito; 2) terem um instrumento que aponta como deve ser a cirurgia oncológica no Brasil. Diz que mesmo com todo o embasamento venceram por um voto. Tem receio que o projeto da SBOC, sem embasamento, não seja aprovado.

Dr. Santini agradece a todos pelas manifestações e menciona que o processo foi muito rico e inovador em relação ao anacronismo com que a CNRM toma decisões. Diz que pela primeira vez levou-se à CNRM mais do que uma reivindicação com relação ao tempo da realização da residência, mas uma definição das capacidades que devem ser adquiridas pelos profissionais em formação para que possam exercer a profissão. Diz que a discussão saiu da posição cartorial da CNRM, em que se faz apenas um requerimento, para a definição. Muito mais do que o resultado, foi muito importante definir o que o residente deve saber ao final do curso. Diz que o objetivo é resgatar a diretriz hipocrática de que o exercício da profissão médica é um processo contínuo e permanente de formação. O que se precisa é definir o que é necessário para assumir determinadas funções, o que é feito por etapas. Considera a discussão profícua e o resultado muito bom.

2.4 Dilação de prazo para contratualização dos hospitais filantrópicos especializados:

Ofício Gab.INCA nº117/06, de 28.04.06, encaminhado ao Secretário de Atenção à Saúde.

Resposta: Ofício GS/SAS nº1.562 – prorroga o prazo até 25.07.06

Dr. Luiz Antônio Negrão Dias diz que dos 22 hospitais filantrópicos de câncer, 21, que são os formadores na área de cancerologia, não assinaram, porque há questões que estão sendo discutidas. O prazo está sendo dilatado e não porque não queiram. Mas, porque há questões que não são resolvidas. Acha que se a situação persistir, os hospitais de câncer vão ficar fora da contratualização.

Dr. Maltoni diz que há uma proposta de reunião para discussão da reformulação dos contratos dos hospitais de câncer, mas, em função da saída do Dr. Amâncio Paulino de Carvalho, Diretor do Departamento de Atenção Especializada, houve um atraso dos trabalhos.

Dr. Ricardo Curioso menciona que a grande dificuldade de assinar é que algumas especificidades dos hospitais de câncer não são contempladas na contratualização. Depois do pacto, ficou mais difícil. Menciona a necessidade de um contrato específico para os hospitais de câncer.

Dra. Inez menciona que a contratualização surgiu em função da necessidade de melhorar as condições de financiamento.

Dr. Santini sugere que na reunião que será realizada na SAS dia 29, seja incluída a discussão dos contratos dos hospitais filantrópicos que se dedicam ao tratamento do câncer.

2.5 Aumento do GLIVEC: Memo Gab.INCA nº166/06, de 27.04.06, encaminhado ao Secretário de Atenção à Saúde.

Dra. Inez diz que receberam vários ofícios mencionando o aumento do Glivec, o que levou o Ministério da Saúde a congregar os setores para estudarem o assunto. Diz que a ANVISA tem feito levantamento de preço, de estoque, estão estabelecendo uma estratégia para enfrentar a questão, porque não está fazendo sentido para o Ministério da Saúde o aumento de preço. Menciona que o Glivec está sempre em curva ascendente, com várias distorções, principalmente em serviços isolados. Diz que chega a 140 milhões de reais, para 28.000 procedimentos, com um aumento em determinados serviços de 35 a 45% de incorporação, causando espécie a “epidemia” da fase de transformação da leucemia mielóide crônica. Procurou fazer um estudo por natureza da instituição, cujos valores médios variam de acordo com a natureza dos serviços. Menciona que está havendo uma distorção preocupante e que não há sistema que possa absorver este custo. Hoje está se fechando o estudo dos estoques que será confrontado com a cobrança feita. Diz que todo o processo do Glivec foi fechado com a cotação de R2,50 do dólar, o que não faz sentido e que acredita que até a próxima semana devem ter notícia sobre a reunião.

Dr. Ricardo Curioso pergunta se estas distorções são auditadas? Menciona ter recebido no CACON 05 auditores do SUS, que saíram de Alagoas para auditarem em Natal. Diz que perguntou aos auditores se iriam fazer auditoria em serviços isolados., o que lhe causou espécie, pois menciona ter ouvido do gestor local que dispõem de um estudo que demonstra que o preço cobrado pelos serviços isolados é muito maior do que o praticado pelas entidades filantrópicas.

Dr. Maltoni diz ser indispensável priorizar as auditorias, ou seja, devem ser direcionadas.

Dra. Inez menciona que o DENASUS programou auditorias nos CACON. Menciona que as oficinas apontaram distorções que não foram detectadas pelo DENASUS, que alegou que precisavam de “expertises” na avaliação dos serviços isolados. O INCA e a SAS fizeram uma reunião com o DENASUS e solicitaram interferência em determinados serviços isolados.

Dr. Enaldo menciona que a mesma carta que a SBOC enviou ao Ministério da Saúde e para o CONSINCA, enviou também para a NOVARTIS e que eles alegam que não estão aumentando o preço, mas sim reduzindo o desconto.

Dra. Inez menciona que é necessário auditar-se para ver se não é questão de codificação, ou seja, estão tratando a fase crônica, mas codificando como a fase de transformação.

Dr. Santini diz que o que a Dra. Inez está fazendo uma correlação entre o número de pacientes em cada uma dessas fases que não corresponde à expectativa e que este é um assunto de auditoria. Diz que se deve ter muito cuidado, pois o CONSINCA é um órgão consultivo em que há a participação dos diferentes segmentos envolvidos no processo. Então, os problemas são trazidos para o Conselho, como por exemplo, o preço do GLIVEC e há várias abordagens e vários encaminhamentos que devem ser dados. Inclusive, as primeiras análises começam a demonstrar um desvio. Então, a provocação do CONSINCA em uma ação qualquer não pode significar o envolvimento de todo o Conselho. Considera que a situação está bem encaminhada.

Dra. Inez menciona que a SEMEP, que é uma câmara ligada diretamente ao Palácio do Planalto, fez um estudo mundial que demonstrou preços mais baratos que os que estão sendo praticados no Brasil.

Dra. Maria Adelaide Werneck diz que tem respondido a um número maior de pareceres que tem recebido uma resposta negativa do consultor e que a resposta do INCA tem sido contrária à indicação do GLIVEC; diz ainda que alguns gestores conscientes demonstram muita preocupação com o aumento.

Dr. Ricardo Curioso menciona ter trazido para a reunião uma solicitação da ABIFCC para saber quando será possível a utilização de novas drogas, mas depois do que foi mencionado durante a discussão sobre o aumento do GLIVEC, ele considera inviável.

3. Diretrizes Nacionais de Radioterapia.....Maltoni

4. Cuidados Paliativos

Dr. Maltoni menciona que o INCA passou por dificuldades no orçamento para passagens e diárias igualmente a todos os órgãos do Governo. Para amenizar o problema, resolveram fazer reuniões com os grupos internos do INCA que fazem parte dos grupos grandes, já têm trabalhado em um pré-documento que servirá de base à discussão do grupo grande pesquisando alguns dados, a saber: levantamento extenso de tudo o que existe publicado, levantamento de capacidade instalada no país, diagnóstico de problemas das dificuldades em relação as áreas e formatar alguns pontos para serem discutidos. Diz que terão ainda duas reuniões e poderão então chamar todos os componentes do grupo. O trabalho deve atrasar um pouco, mas em setembro já devem ter reuniões com os grupos completos.

Dr. Neiro Motta sugere que as entidades que fazem parte dos grupos recebam, com antecedência, o pré-documento para virem para a reunião já embazados.

Dra. Inez Gadelha diz que receberam na SAS um documento da ANVISA sobre a aplicação da resolução da Diretoria Colegiada, que pontua serviço a serviço de todo o país, especialmente o que diz respeito aos equipamentos de cobaltoterapia. A sugestão da Coordenação de Alta Complexidade / SAS / MS, sugeriu que o documento fosse encaminhado para o INCA, pois se o Instituto está trabalhando no assunto, não tem porque o Ministério fazer o mesmo.

Dr. Maltoni menciona que o documento ainda não chegou e solicita que ela agilize a sua remessa.

Dra. Inez menciona com relação aos cuidados paliativos, o Ministério da Saúde tem uma enorme demanda sobre o assunto. Diz terem feito reuniões internas e pensaram na dificuldade do processo e, principalmente, de gestão. Diz que houve uma reunião com vários componentes (Anestesiologia, Atenção Básica, dos Programas Especiais, da Alta Complexidade, do Conasems, da Neurocirurgia, da Sociedade Brasileira do Estudo da Dor, da SEGETS e do Departamento de Atenção Especializada. A reunião concluiu pela complexidade do assunto, ficando bastante evidentes os seguintes pontos: 1) que é cuidado paliativo independentemente da doença que o indivíduo tenha., se houver alguma especificidade como o câncer e o neuropata, que isso seja contemplado de uma forma específica. 2) que o controle da dor é algo muito importante dentro do cuidado paliativo, mas ela é muito mais abrangente do que o cuidado paliativo. Pensaram que talvez houvesse necessidade de duas políticas, mas com uma interseção entre elas.

Proposta: Grupo uno, mas com sub-grupos de trabalho para dor e para cuidados paliativos – Reunião agendada para 06.10.06. Diz que seria interessante que o INCA avançasse na discussão para que no dia 06.10.06 já houvesse um resultado.

Dr. Maltoni diz que a idéia é trabalhar o cuidado paliativo oncológico com as suas especificidades e que representa um percentual muito grande e é um grande problema na atenção oncológica porque a maioria dos pacientes precisa, sugere que o INCA seja um catalisador para poder subsidiar uma portaria maior de modo a atender a população. Estão para fechar um pré-documento de diretrizes em que a dor é apenas um componente do cuidado paliativo.

Dra. Inez menciona que há assuntos prementes é um deles é a revisão das portarias existentes porque tem a portaria 2.413/99, que liga o cuidado paliativo ao CACON e a outra foi a colocação de opiáceos em APAC, porque o sistema de APAC não é adequado para o paciente que sente dor que entra e sai muito no sistema. Dra. Inez não acredita que a política se desenhe até dezembro, mas podem liberar o sistema no que se refere a 2.413/99 e à morfina.

Dr. Luiz Antônio Negrão Dias enfatiza a necessidade de definir-se o que se quer porque há aqueles que consideram que o cuidado paliativo deve ser feito em domicílio, outros, que deve haver hospitais para a internação.

Dr. Santini enfatiza que a proposta é exatamente esta, ou seja, atualmente faz-se o que se quer porque não há normalização.

Dra. Cláudia Naylor menciona que os membros do grupo entenderam as dificuldades orçamentárias e haverá a realização de um II Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, organizado pelo pessoal do Hospital Erasto Gaertner.

Dr. Hiram Lucas diz que entende muito bem a preocupação com cuidados paliativos mas diz que trabalha em um hospital que atende a população pobre e tem gente morrendo e com dor. Há uma portaria que determina que a população deve receber codeína, morfina e metadona, mas no setor não têm cobertura do SUS para este fornecimento pois não têm canal de comunicação com o gestor.

Dr. Neiro Motta menciona que em abril a Sociedade Brasileira de Radioterapia foi ao Ministério da Saúde e deixou um documento com uma série de sugestões sobre a área da Radioterapia, informando que até hoje não receberam resposta do Ministério da Saúde. Menciona também documento do CONSINCA encaminhando ao Ministério da Saúde com solicitação de inclusão de procedimentos na tabela de procedimentos do SUS.

Dr. Santini menciona que houve até a necessidade de se melhorar o entendimento, já que inicialmente pensava-se que o objetivo era tratar o problema do cuidado paliativo como uma discussão específica do cuidado paliativo em detrimento de uma discussão mais geral sobre o cuidado paliativo do câncer, quando o entendimento era a de que havia a necessidade de uma normalização e um encaminhamento adequado, no mínimo, para atualizar o que já estava normalizado por procedimentos anteriores. Por isso foi criado o grupo para propor as diretrizes e é bom que as instâncias do Ministério estejam se articulando em torno da construção da proposta e de acordo com o que a Dra. Inez mencionou é bom que se entenda o problema globalmente, para depois implementar as etapas que forem sendo equacionadas sem a expectativa de resolver toda a política.

5. Programa de Fixação de Especialistas em Oncologia em Áreas Prioritárias.....Eliana Cláudia de Otero Ribeiro - Coordenadora de Ensino e Divulgação Científica

Dr. Santini menciona a proposta a ser apresentada pela Dr. André Maciel, residente do Instituto Nacional de Câncer, que está participando a convite da Direção Geral do INCA e da Coordenação de Ensino. Diz que o tema busca criar mecanismos de implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, pois quando se fala de uma política nacional um aspecto fundamental é a disponibilidade de profissionais competentes que atuem na área. Diz que a proposta surgiu de uma preocupação detectada pelo Dr. André Maciel, residente do INCA, em função de o governo estar despendendo recursos na formação de profissionais na área que depois não conseguem trabalhar dentro da sua especialidade.

Dr. André Maciel, que também é bombeiro, foi fazer um atendimento em um município do Rio de Janeiro e surpreendeu-se com o atendimento prestado pelo médico socorrista que informou ter feito o seu treinamento no INCA. Faz a apresentação da proposta para fixação de especialistas, dizendo que o projeto surgiu de uma correspondência encaminhada por ele à Dra. Eliana Cláudia, que a enviou à Direção Geral do INCA. Demonstra a sua preocupação com o grande número de casos de câncer, já considerando como segunda causa de morte no primeiro mundo, a terceira em países em desenvolvimento, sendo que 70% dos casos de câncer no Brasil são curáveis se detectados no início. A ênfase do trabalho é na valorização de recursos humanos. Menciona que há 73% dos CACON's no eixo sul-sudeste, que é uma desproporção considerando o tamanho do país. Menciona que são cerca de 189 residentes que todo o ano são despejados no mercado. Considera que a especialização deles não é um investimento porque não se tem retorno, mas sim um custo, porque são treinados e depois não devolvem o que aprenderam para a sociedade. Isto se reflete em um atendimento ao paciente com câncer pouco eficaz, com uma mortalidade alta. Com a construção da Política de

Atenção Oncológica, por intermédio das portarias 3535/98 e, posteriormente, com a Portaria 2.439/06. Como proposta traçam algumas prioridades: 1) regulamentar a Oncologia como especialidade, com o apoio do Ministério da Saúde; 2) priorizar a incorporação de profissionais oncologistas na rede de atenção oncológica, por intermédio de equipes multiprofissionais. Foi criado no CEDC/INCA um banco de vagas e curriculums, com o objetivo de cadastrar os profissionais que estão se formando, informando quais são as suas pretensões, permitindo que retorne para o Estado o que foi investido no residente. 3) priorizar a formação oncológica nos concursos e contratações; 4) fixação das equipes respeitando o seu local de origem; a questão é saber se os locais de onde vieram têm como recebê-los de volta 5) interiorização do atendimento ao câncer, estimulando o profissional a atuar em uma área mais distante, como é o caso do militar que tem incentivo quando é transferido.

Dra. Eliana Cláudia identificou na proposta do Dr. André Maciel uma dimensão e potencial em uma política na área de formação e fixação de profissionais de saúde. Entenderam que as duas linhas, uma que é o custo-efetividade da fixação, cujo investimento não retorna efetivamente para o controle do câncer. A idéia da proposta dos residentes e especializando vem de encontro à idéias que estão sendo propostas pela SEGETS que é a de uma política de formação centrada em equipes multiprofissionais e a possibilidade da fixação de uma política de fixação de especialistas formados, a exemplo do que a CAPES faz hoje com a fixação de doutores, considera que deveria a mesma política deveria ser adotada na fixação dos residentes. Propõe a constituição de um grupo de trabalho para responder a questões muito diretas, quais sejam: 1) quantas bolsas podem ser oferecidas? 2) qual o valor e 3) quem decide a política de bolsas para este ano.

Dr. Santini menciona que de acordo com a sua percepção trata-se de um elemento central e que teve tanto da SAS, quanto da SEGETS uma vontade muito grande de apoiar, até no sentido de aumentar a capacidade técnica nas diferentes áreas, especialmente, nas áreas de alta complexidade técnica. Considera indispensável que haja uma proposta técnica, até porque vai haver um impacto financeiro.

Dr. Eduardo Linhares parabeniza o Dr. André Maciel e diz que o que mais angustia é quando se vai dar uma aula em um local distante e encontra-se um profissional que se especializou no INCA, trabalhando em pronto-socorro porque não conseguiu trabalhar na área. Menciona, ainda, que colegas que já foram vistoriar CACON alguns profissionais que não têm experiência em câncer. Acha que isto deveria ser uma exigência na portaria.

Dr. Santini diz que a portaria já define as exigências. A definição dos padrões mínimos e da formação dos residentes já existem e agora se completa o ciclo com este projeto. Considera que o caminho é este e parabeniza a equipe pelo trabalho.

Dr. Eduardo Linhares questiona o critério de concessão de título de especialista em cirurgia oncológica.

Dra. Maria Adelaide Werneck sugere ao Grupo de Trabalho que agregue um profissional que tenha conhecimento da Política Nacional de Humanização.

A Enfermeira Ângela Coe Camargo diz que demonstra a sua preocupação com o tipo de enfermeiro que está sendo formado em todos os encontros dos quais participa. Diz que na área de enfermagem é ainda mais complicado porque não existe especialidade dentro da Enfermagem, tendo sido procurada informalmente pela Divisão de Enfermagem para começarem uma discussão. Diz haver dificuldade de liberação de enfermeiros para treinamento no Expande e os enfermeiros que vêm não têm base nenhuma em Oncologia. Diz que este assunto está sendo levado para as Faculdades de Enfermagem. Menciona ter recebido solicitações para enviar os procedimentos de enfermagem em Radioterapia.

Dr. André Maciel reconhece o valor do Projeto EXPANDE, mas considera impossível trazer todos para o treinamento no INCA, sendo importante que se realoque.

Dr. Luiz Antônio Negrão Dias parabeniza pelo trabalho, mas diz que o problema reside no financiamento. Diz que de nada adianta receber bolsa, sem resolver o problema do

financiamento. Considera importante que se levasse em consideração o trabalho que foi desenvolvido no Hospital A . C. Camargo e no Erasto Gaertner que já fez um estudo sobre os egressos e que atualmente estão trabalhando como chefes de serviço. Concorde com a criação do Grupo de Trabalho para estudo do assunto, mas que deverá também levar em conta o financiamento.

Dr. Ricardo Curioso diz que o problema da remuneração esbarra na informação, porque está tentando contratar um oncologista clínico para um UNACON no município de Caicó, no Rio Grande do Norte e não conseguem apesar de estarem oferecendo um salário razoável, cerca de U\$2,000.00. Sugere a inserção na “homepage” do INCA da oferta de mão-de-obra e de oportunidade de emprego.

Dra. Eliana Cláudia menciona que democratizar a informação é a primeira providência com a criação de um banco de dados, ou seja, estabelecendo um diálogo entre as partes porque quando o Dr. André Maciel enviou um questionário para os residentes que se dispunham a trabalhar em lugares bastante distantes. Considera inviável imaginar que vão resolver o problema de recursos humanos, mas vão ser um instrumento de indução favorecido através de bolsas de fixação de especialistas em áreas prioritárias. Entende que o MS/SUS é o ordenador da formação de recursos humanos mas não tem uma política direcionada, o que faz com que se dispenda recursos sem nenhuma direcionalidade. Propõe que o Ministério da Saúde comece a construir uma política para o melhor uso dos recursos públicos para as ações de natureza prioritária.

Dr. André Maciel menciona que o INCA não pode perder o seu papel de instituição formadora de recursos humanos em Oncologia. Diz que o projeto está sendo apresentado pelo INCA, mas espera que seja difundido por intermédio da publicação na Revista Brasileira de Cancerologia, tendo sido criada também uma Associação de Pós-Graduandos, com o objetivo de que também se estenda para os outros hospitais. Com relação ao argumento mencionado sobre os custos, enfatiza que no dia em que os pacientes estiverem sendo tratados por pessoas habilitadas, certamente o custo será menor pois, a doença será melhor tratada. Diz que na Inglaterra a oferta de vaga é feita “on line”.

Dr. Hiram Lucas parabeniza o Dr. André Maciel pelo seu entusiasmo, sugerindo que o Grupo de Trabalho seja pequeno e objetivo.

Dr. Santini menciona que não se pode imaginar que a proposta apresentada resolverá o assunto, mas é obrigação do INCA / MS propor uma política de indução da fixação. Cumprimenta o Dr. André Maciel e aos demais componentes do grupo e diz que o portal da Rede de Atenção Oncológica

Dra. Eliana Cláudia sugere que o grupo seja composto pelo CONASS, CONASEMS, ABRAHUE, ABIFCC, CNM, SEGETS e INCA e, em uma segunda etapa do documento as sociedades científicas participariam, antes do documento ser apresentado ao CONSINCA para aprovação.

Aprovada

6. Núcleo de Apoio ao Paciente com Câncer – NAPACAN - solicita a sua inclusão no GAT/CONSINCA:

Dr. Santini apresenta ao plenário do Conselho, a solicitação do Núcleo de Apoio ao Paciente com Câncer – NAPACAN para a sua inclusão no CONSINCA, informando aos senhores conselheiros que a solicitação havia sido feita com vistas à inclusão do NAPACAN no CONSINCA como representante dos pacientes, e que, na ocasião, havia sido informado a Dra. Nise Yamaguchi, Presidente do NAPACAN, que ao Conselho Nacional de Saúde / MS cabe a indicação dos representantes do Fórum Nacional de Portadores de Deficiência e Patologia / CNS / MS, que integram o CONSINCA, e que a solicitação do NAPACAN seria apresentada para inclusão no GAT/CONSINCA. Os senhores conselheiros demonstram a sua preocupação com a proliferação de grupos na área da Oncologia que vêm arrecadando

recursos sem uma definição clara quanto aos objetivos e atividades que exercem e quanto à destinação dos recursos que são arrecadados, sugerindo que medidas sejam adotadas de imediato no sentido de coibir tal prática. A solicitação é negada, tanto para a inclusão no CONSINCA, quanto no GAT/CONFINCA.

Dr. Santini, como Diretor Geral do INCA e Presidente do CONSINCA, em consonância com o parecer contrário do plenário, sugere que, caso o CONSINCA julgue oportuno, a NAPACAN deverá encaminhar um projeto esclarecendo efetivamente quais as suas atividades e a que órgão está subordinado.

7. Apresentação pela Divisão de Atenção Especializada / SAS / MS.....Inez Gadelha:

7.1- Situação atual da alta complexidade em Oncologia na Rede de Atenção

7.2 - Situação atual de revisão dos procedimentos oncológicos da tabela do SUS

7.3 - Avaliação da prestação de serviços oncológicos no âmbito do SUS

Dra. Inez Gadelha menciona que em dezembro / 05 foi publicada a portaria 2439/05, que desenhou a estruturação da Política Nacional de Atenção Oncológica; no que tange à alta complexidade, publicou-se a portaria 741/05. O diferencial maior era fugir a ênfase da alta complexidade; 2) noção de rede, ao invés de níveis de complexidade; 3) parametrização para a organização do sistema (produção de serviços e necessidades de estrutura) postos para serem aplicados e para serem melhorados; 4) controle e avaliação. Em fevereiro / 06 foi constituído um grupo técnico que saiu pelo país para fazer a discussão da política. Em março /junho / 06 foram realizadas 17 oficinas SAS / INCA / UNAEM, onde foi focado: no primeiro dia, a discussão da Política, no segundo dia, a alta complexidade (que continua sendo o foco de toda a preocupação) e no terceiro dia, o controle e avaliação. Ao mesmo tempo, eram realizadas reuniões na CONPREV para o estabelecimento de indicadores. A pedido das secretarias de saúde foi ampliado o prazo até setembro / 06. Foram analisados os pedidos das Redes de Atenção Oncológica do Pará, Alagoas, Distrito Federal e Pernambuco, Duas solicitações foram aprovadas com ressalvas (Pará e Pernambuco). Alguns estados continuaram com a visão enfocada na visão de alta complexidade (Tocantins, Rondônia , Sergipe e Rio de Janeiro) , que só enviou um pedido de um CACON novo em Cabo Frio. Já estão para serem analisadas as redes de Amazonas, Rio grande do Sul, Rio Grande do Norte e Santa Catarina. Os serviços isolados têm de obedecer os critérios da portaria, sendo um problema muito sério e não terão teto caso o gestor decida mantê-los. Diz que a Comissão não tem poder decisório, analisa à luz da portaria. Diz que a instância política não tem interferido no trabalho do grupo.

Dr. Luiz Antônio Negrão Dias diz que a portaria está belíssima e se houver interferência na implantação da política, vai tudo por água abaixo. Diz que no Paraná, já tem havido muita pressão política, o que não é mais admissível.

Dr. Maltoni diz que a grande contribuição desses instrumentos é o de minimizar a influência política.

Sr. Eni Carajá Filho menciona o Hospital que foi credenciado ao arbítrio da Portaria e que acabou sendo descredenciado.

Dr. Santini menciona que quando a Dra. Inez fez as suas considerações iniciais ela destacou três diferenciais e ele deseja destacar um quarto que é o próprio modelo de organização do sistema de gestão do SUS, cuja proposta das redes tenciona o conceito da municipalização, ou seja, uma rede, como a oncológica, tem um problema de escala que ultrapassa o limite do município, pois, atribuir ao gestor municipal, cuja escala de referência é, no mínimo, de 100 mil habitantes, já estamos criando uma grande confusão.

Dra. Gulnar menciona a realização de 16 seminários que contemplaram todos os estados.

Dr. Luiz Antônio Negrão Dias diz que o pacto anula as portarias.

Dra. Inez menciona que o trabalho está em vigor e que já houve um lucro enorme. Mas, realmente, existe um grupo de resistência e deve haver muito cuidado, pois, realmente já há um rastilho no país com esta alegação.

Dr. Roberto Parada diz que houve oficinas em todos os estados, durante as quais houve a participação de técnicos do planejamento, da gestão em oncologia, do Viva Mulher etc. Diz que a participação dos municípios foi importante. Diz que já houve desdobramentos em vários estados em que foram confeccionadas redes, apresentaram as suas dificuldades e houve a discussão.

Dra. Inez Gadelha, com relação à tabela de procedimentos, menciona que a situação para o Ministério da Saúde é a unificação das tabelas. Informa que, desde o ano passado, o MS tem se concentrado na unificação das tabelas, sendo criado um sistema único de informação, acabando com o SIH/SIA. Na Oncologia, a parte da RT e da QT foi facilitada porque já havia a unificação, que foi feita em 1997. Portanto, se virem uma tabela publicada não significa uma tabela nova, mas, sim, a unificação. Com relação à Cirurgia Oncológica, o grupo que organizou em 1993, levou em consideração apenas os procedimentos principais, o que traz grandes dificuldades com a tabela de cirurgia oncológica, porque não se pensou no conceito de cirurgia múltipla e nem seqüencial. Portanto, haverá unificação, não haverá procedimento repetido, haverá um incremento, pois, quando for CACON o procedimento será um, se não for CACON ou UNACON, o procedimento será de outro valor. A menos que o procedimento seja exclusivo em Oncologia, como é o caso de uma desarticulação. O trabalho que o CONSINCA encaminhou sobre a cirurgia oncológica precisa ser profundamente revisto por ser muito díspares, sendo impossível harmonizar os valores. Faz uma proposta, por analogia à neurocirurgia, já publicada, em que foram excluídos todos códigos dos procedimentos dos subgrupos da especialidade e com isso unificou-se a neurocirurgia. Com isto, houve uma atualização de valor dos procedimentos e sairá também a seqüencial, trabalhando-se com a habilitação. A tabela da ortopedia, que constava de cerca de 1000 procedimentos relacionados às partes do corpo, apresentaram uma proposta de trabalhar as zonas topográficas do esqueleto, deixando à parte apenas os assuntos específicos, como o “túnel do carpo”. Propõe que se trabalhe a cirurgia oncológica dentro do mesmo parâmetro, porque em contrário demandará muito tempo. Pegar as áreas prioritárias, levando-se em conta as áreas muito específicas.

Dr. Maltoni menciona que neste rol de procedimentos que devem ser unificados devem estar incluída a Oncologia. Propõe que o trabalho que foi apresentado formalmente pelo CONSINCA, considerando os novos critérios propostos pelo Ministério para facilitar o trabalho, e fazerem uma discussão conjunta.

Discutem sobre os procedimentos de Radioterapia, levando-se em conta como é remunerada a unidade de valor.

Dr. Ricardo Curioso demonstra a sua preocupação com os aspectos financeiros já que há bastante tempo não tem sido concedido reajuste e os custos aumentam a cada dia. Não sabe como colocar para a equipe da SAS toda esta dificuldade. Diz que não conseguem majorar o valor dos procedimentos que já existem, o que dirá o acréscimo de tecnologia. Sugere um aumento linear.

Dra. Inez diz que a situação é muito complicada e fica pior porque para o SUS tem havido aumento de custo e isto acontece em função da distorção na codificação, o que é uma questão ética. Considera, do ponto particular, que os médicos poderiam tomar atitudes junto à CIB, que é a questão dos serviços isolados que tiram muito dos hospitais e tiram nos procedimentos superavitários ou nos menos onerosos. Outro aspecto que deve ser considerado, são as diretrizes porque há serviços no Brasil com cerca de 43% de óbito durante a quimioterapia. Se as sociedades de especialidades não enfrentarem o problema de frente, a situação vai ficar cada vez pior.

Dr. Maltoni considera que quando forem rever a questão de precificação concluirão que não há necessidade de aumento na dotação orçamentária, mas, sim um aumento na avaliação e controle por parte do Ministério da Saúde.

Dr. Neiro Motta diz que não se pode generalizar e se o Ministério da Saúde sabe onde está a fraude, as auditorias devem ser direcionadas.

Dr. Enaldo Melo de Lima, da SBOC, diz que a tabela subtrata o paciente, sendo um fator de mau prognóstico e os médicos ficam refém dos mandados judiciais. As propostas apresentadas pela SBOC para a revisão da tabela de quimioterapia são drogas realmente eficazes.

Dr. Luiz Antônio Negrão Dias menciona que o CONSINCA é um fórum importante e que a comunidade espera muito do que se discute no Conselho. E, agora o que vai ser informado? A situação dos hospitais é caótica, não se tem mais de onde tirar dinheiro e a questão da tabela continua sendo discutida. Diz que a Dra. Roseli Monteiro apresentou um relatório no CONSINCA em que todas as distorções foram apresentadas. Diz que o esquema existente foi decorrente da unificação da tabela, porque não se definir os percentuais de pagamento gera uma grande confusão. Diz que o trabalho apresentado foi de desunificação e o que querem é unificar. Pergunta porque não se dá 60% nos códigos existentes? Por que não fazer aumentos pontuais?

Dra. Inez enfatiza que lutou muito pelas tabelas, mas o impacto para o paciente é praticamente nenhum em função do modelo do sistema de saúde que subtrata os pacientes porque são pacientes com doença avançada, já em estágio III, IV.

Apesar de todas as divergências, concordam que a atenção ao paciente oncológico melhorou muito e que o SUS permitiu que toda a população tivesse acesso ao sistema, deixando de existir o indigente.

Dr. Santini menciona que a proposta que a Dra. Inez está apresentando, ao invés de se fazer a discussão macro da tabela, deve-se utilizar os novos critérios e discutir o que atende às nossas necessidades mais imediatas, independente da discussão futura. No caso, deve se compatibilizar o que foi proposto pelas sociedades com este retorno e que não deve ser feito nesta reunião. Conclusão: os grupos devem voltar a se encontrar para discutirem sobre esta nova ótica. Diz que a expectativa de aumento significativo orçamentário é praticamente nula. O gasto em saúde hoje tem muitos problemas, ou seja, não adianta apenas aumentar o volume de dinheiro para se obter um resultado melhor.

Dr. Ricardo Curioso sugere que seja encaminhada ao Ministério da Saúde uma solicitação de auditoria nos serviços que apresentaram distorções e solicitando também que na dotação orçamentária para o próximo ano sejam previstos os aumentos pontuais.

Proposta objetiva:

- 1) estabelecer uma agenda para discussão de aspectos pontuais;
- 2) encaminhar ao Ministério da Saúde uma solicitação de auditoria nos serviços que apresentaram distorções e solicitando também que na dotação orçamentária para o próximo ano sejam previstos os aumentos pontuais;
- 3) apresentação na próxima reunião do CONSINCA, em outubro, da “Avaliação da prestação de serviços oncológicos no âmbito do SUS”.

8. Realização do 2nd International Cancer Control Congress – Rio de Janeiro / novembro 07.....Santini

9. Eventos:

México - First International Comprehensive Cancer Control Leadership Fórum on Cancer Planning

Washington- UICC 2006 Cancer Control Congress

