

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA – CONSINCA**

Reunião Ordinária

16 /04 / 08

A T A

Participantes:

Conselheiros:

Sociedades técnico-científicas:

SBC – Enaldo Melo de Lima
Hiram Silveira Lucas
SBCO – Eduardo Linhares
Odilon de Souza Filho
SBEO – Ângela Coe Camargo
SBOC – José Getúlio Segalla
SBRT – Neiro Waechter Motta

Ausências justificadas:

CBH – Carlos Chiattonne
ABRASCO – Sérgio Koifman
FOSP – Edmur Flávio Pastorelo
SOBOPE – Renato Melaragno

Prestadores de Serviços ao SUS:

ABIFCC – Ricardo José Curioso da Silva
ABRAHUE – Alexandre Pinto Cardoso
CMB - Luiz Antônio Negrão Dias

Gestores do SUS:

Ausência justificada:

CONASS – Edmur Flávio Pastorelo (repte.)
CONASEMS – Luiz Roberto Tenório

MS:

DAE/SAS/MS: Alberto Beltrame
CGMAC/DAE/SAS/MS: Joselito Pedrosa e Maria Inez Pordeus Gadelha
DASS / SVS / MS: Lenildo de Moura

Ausência justificada:

DARCS / SAS / MS Cleusa Rodrigues Bernardo
DAD / SE / MS Lúcia de Fátima Nascimento Queiroz
SCTIE: Dirceu Brás Aparecido Barbano

INCA:

Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva

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

MORHAN - Eni Carajá Filho

Ausência justificada:

ACELBRA / UNIFESP: Nildes de Oliveira Andrade

INCA:

Coordenações:

Presentes:

Cláudio Noronha - **CONPREV**

Marco Porto – **COAE**

Luiz Augusto Maltoni Júnior – **COAS**

Maria Adelaide Werneck – **Área de Regulação e Normas Técnicas**

Ausências justificadas:

Eliana Cláudia de Ottero Ribeiro - **CEDC**

Marisa Breitenbach – **CPq**

Diretores de Unidades Assistenciais / INCA

Presentes:

César Lasmar – **HCIII – repte.** Sérgio Melo

Claudia Naylor – **HC IV**

Luiz Fernando da Silva Bouzas – **CEMO repte.** Décio Lerner

Paulo de Biasi Cordeiro – **HC I**

Reinaldo Rondineli – **HC II**

Aprovação da ata da reunião de 20/02/08.....Dr. Santini

Dr. Neiro Motta, Presidente da Sociedade Brasileira de Radioterapia, no que se à Portaria nº146, de 11 de março de 2008, que inclui na Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES os códigos de habilitações 17.15 – Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar e 17.16 – Serviço de Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar, solicita que seja colocado em ata que, embora em suas considerações a Portaria nº146 mencione a manifestação favorável do CONSINCA à apresentação feita na reunião do Conselho de 20/02/08, pela Coordenação-Geral de Procedimentos de Média e Alta Complexidade sobre a “**REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA - SITUAÇÃO ATUAL DOS ESTADOS E HABILITAÇÃO DE CACON / UNACON / SERVIÇOS ISOLADOS**”, essa manifestação não se encontra registrada na ata da dessa reunião.

Com a ressalva do Dr. Neiro, a ata é aprovada.

Departamento de Atenção Especializada / DAE / SAS / MS:

2.1 Portarias SAS – Impacto e Perspectivas:

466 (iodoterapia do carcinoma diferenciado da tireóide) – 20/08/07

467 (hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata) – 20/08/07

Dra. Inez menciona que houve a publicação das portarias 466 e 467, com a preocupação de se avaliar o seu impacto sobre a produção dos procedimentos. Com a implantação da tabela unificada a partir de janeiro de 2008, a CGMAC/DAE/SAS cuidou de fazê-lo com a produção de 2007 com a avaliação dos 04 meses (de setembro a dezembro de 2007) de vigência dessas portarias, publicadas em agosto No que se refere à Portaria 466 (iodoterapia do carcinoma diferenciado da tireóide), houve a recomposição e revalorização do SH, SP e SADT; a inclusão

do procedimento da dose de 250 mCi, com o objetivo de aumento da produção. Houve uma análise de mês a mês, o que demonstrou que houve um aumento de produção de 20%. Na Portaria 467 (hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata), houve a inclusão do Hospital-Dia para orquiectomia bilateral; inclusão da prótese testicular; recomposição das linhas de hormonioterapia; estabelecimento de diretrizes terapêuticas, com os seguintes objetivos: incentivo à supressão androgênica cirúrgica, redução da medicalização e atendimento à demanda dos Serviços de Auditoria - SEAUD e DENASUS, de especificar os medicamentos correspondentes aos procedimentos de 1ª e de 2ª linha, para melhor condução das auditorias operativas e correção das distorções encontradas. A rigor, a portaria trouxe a adequação que se pretendia.

Dr. José Getúlio Segalla, Presidente da SBOC, discorda das colocações feitas pela Dra. Inez Gadelha no que se refere à iodoterapia do carcinoma diferenciado de tireóide, pois ainda não houve tempo suficiente para sentir-se o impacto. Menciona, a seu ver, que o objetivo de tratar o câncer ainda não foi atingido, ou seja, não houve aumento da cobertura e o problema volta a ser o mesmo, o teto orçamentário que precisa ser discutido. No que se refere à Portaria 467, considera a inclusão do hospital-dia um grande ganho, mas, em sua opinião, os objetivos não serão atingidos. Lembra que a SBOC manifestou-se contrária, inclusive por escrito, já que houve apenas uma mudança de código, com apenas o ganho da inclusão da prótese, que é vendida pelos representantes a um preço superior ao que é pago pelo SUS. Em sua opinião, a Portaria deve ser revista com a valorização da cirurgia e a prótese com o preço ajustado.

Dr. Joselito Pedrosa considera que o período de 04 meses é muito curto para avaliação do processo, mas já se identificou uma evolução e a operacionalização do sistema. Com relação à 467, precisa-se da opinião do CONSINCA, se a idéia é a de valoração do SP. Com relação ao custo da prótese, dois aspectos devem ser levados em conta: 1) a capacidade do serviço e do gestor em negociar (uns fazem bem, outros não), já sendo possível avaliar por quanto os serviços estão comprando as próteses, com uma diferença de R\$ 20,00 a R\$ 30,00 entre o valor pago e o valor da tabela, não sendo este um indicador de não realização da cirurgia. Quanto ao teto financeiro, é uma discussão ampla e não está relacionada apenas à Oncologia. O Senado aprovou a EC 29, faltando apenas a aprovação pela Câmara dos Deputados. Há a necessidade de que o CONSINCA defina se a estratégia que está sendo adotada pelo Ministério da Saúde é a correta.

Dr. José Getúlio Segalla menciona que, se a intenção é a de aumentar o volume de procedimentos, o aumento do teto deve ser considerado. Pergunta o “por quê” de não ter havido o reajuste dos valores do procedimento clínico. Ele sabe que a intenção é a de aumentar o número de orquiectomia em detrimento do procedimento clínico e os oncologistas clínicos não estão contra isto, mas não se pode reduzir o número dos procedimentos clínicos em função do aumento da inflação.

Dra. Inez Gadelha menciona que fizeram um levantamento dos valores oferecidos no mercado pelas próteses e o resultado foi entre R\$380,00 a R\$420,00, quando o SUS paga R\$350,00. Considera não ter sido o preço o maior problema, mas sim o de não ter havido reajuste do valor pago ao profissional (SP).

Discutem sobre as doses de quimioterápicos e o **Dr. Segalla** menciona que gostariam que o custo do medicamento fosse revisado na tabela.

Dr. Enaldo Melo de Lima, representando a SBC, menciona problemas no conceito sobre o que o Ministério da Saúde considera e o que os especialistas consideram, enfatizando que a dose de leuprorrelina para o tratamento do câncer de próstata é de 7,5mg, e não 3,75mg, como sugerido em documento da CGMAC, ao mencionados preços de medicamentos. Quando há falha no análogo, o paciente deve ser encaminhado para a orquidectomia. Deve permanecer o uso do estrógeno e a portaria não o considerou.

Dra. Inez Gadelha enfatiza que o procedimento não refere medicamento, sendo o tratamento responsabilidade do médico. A portaria garante a castração medicamentosa como 1ª linha; e a castração cirúrgica, por indicada como 2ª linha, é técnica (efeito superior a qualquer outro procedimento e padrão-ouro na hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata) e

bioeticamente (doença avançada, incurável e resistente à 1ª linha) correta; quando o paciente sai da 1ª.linha, a castração cirúrgica é a solução, não se tratando de uma questão anti-ética. A portaria é indutora à castração cirúrgica.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias, representando a CMB, elogia a portaria do iodoterapia do carcinoma de tireóide. Com relação ao câncer de próstata, considera-se muito mais profunda do que uma simples codificação. Hoje em dia, o rico toma hormônio e o pobre tira o testículo. Os pobres que não queriam tirar os testículos, procuravam o seu direito e ficava uma grande confusão. Diz que o bloqueio androgênico completo é a orquiectomia e os comprimidos. Antes, a portaria pagava a orquiectomia e os comprimidos. Agora a portaria contempla a orquiectomia isolada e não paga os comprimidos. Considera que isto é uma decisão de consenso médico e ele não concorda que seja melhor.

Dra. Inez Gadelha ressalta que o bloqueio androgênico completo é a 2ª segunda linha que a nova portaria regulamenta (orquiectomiacirúrgica e anti-androgênio), ao contrário de antes, quando se tinha uma inversão: o anti-androgênio era compatível com a 1ª linha e a orquiectomia medicamentosa, com a 2ª linha. Porém, se existem dúvidas e controvérsias, sugere que se crie um novo grupo técnico para nova discussão.

Dr. Neiro Motta pergunta por que o levantamento não foi feito com pacientes orquiectomizados e com os pacientes que estavam fazendo uso de hormônio.

Dr. Joselito concorda com a criação de novo grupo, mencionando que o trabalho é feito com base na evidência; a realidade local não deve ser considerada. Menciona que a portaria levantou a discussão sobre o assunto, indicando onde se deseja chegar.

Conclusão: Face à discussão, decide-se pela constituição de um novo grupo de trabalho para a apresentação de um estudo na próxima reunião do CONSINCA do dia 18/06/08.

Dr. Segalla enfatiza a necessidade de que o aumento do volume de procedimentos esteja atrelado ao aumento do teto orçamentário.

Dr. Joselito Pedrosa menciona o SIOP (Sistema de Informação e Planejamento em Saúde), que demonstra o desempenho orçamentário dos municípios a cada mês. Se a análise for feita, verifica-se que o município não consegue consumir a verba. Como se dá o aumento de teto financeiro se eles não conseguem gastar tudo?

Dr. Ricardo Curioso enfatiza que é possível que não se gaste tudo, mas também não se paga ao prestador.

Dr. Santini enfatiza que estão entrando em uma outra discussão, que é o modelo de financiamento do SUS, e a proposta do Ministério da Saúde é o da contratualização. Menciona que a portaria sobre o tratamento do câncer de próstata evidenciou os seus diversos aspectos. A falta de teto é um bloqueio e o seu aumento não necessariamente significa aumento do acesso. O modelo de financiamento baseado na oferta criou esta distorção.

Dr. Segalla concorda com a colocação feita pelo Dr. Joselito, mencionando que, se intenção do Ministério da Saúde é a de aumentar o acesso, deve haver o aumento do teto, com a correção das distorções.

Dr. Santini diz que não se pode induzir uma reordenação de recursos pela manutenção do teto. Portanto, a política não pode ser esta.

Dra. Inez Gadelha menciona que toda a vez em que uma portaria é publicada, antes calculou-se o impacto e o resume em uma planilha executiva, de uma folha só, para o encaminhamento aos tomadores de decisões. Nesse trabalho, considera-se a produção pelo novo valor, acrescentando-se o aumento de doentes a partir daquele momento já com o novo valor, prevendo-se no mínimo de um aumento inercial, entre 10% a 15% anualmente.

Dr. Segalla compromete-se a trazer o aumento que houve no Estado de São Paulo.

Conclusão: constituição de um novo grupo para discussão dos pontos aqui discutidos (Luiz Antonio Negrão Dias – CMB, Enaldo Melo de Lima – SBC, José Getúlio Segalla – SBOC, Luiz Augusto Maltoni Júnior – INCA e Maria Inez Pordeus Gadelha – SAS/MS).

2.2 Habilitações em Oncologia - Situação atual e quadro comparativo

Dr. Joselito Pedrosa faz uma apresentação sobre a Rede de Atenção Oncológica – Situação Atual das Habilitações dos Serviços – CACON / UNACON / SERVIÇO ISOLADO / HG NOS ESTADOS. Menciona as Portarias GM 3.535/1998 e SAS 741/2005, além das Portarias SAS 513, de 26 set 2007, e 146, de 11 de março de 2008, esta em vigor, que normalizaram a atenção oncológica no país. Apresenta, então, as **ETAPAS PARA AS HABILITAÇÕES FINAIS E RECLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS – OUTUBRO/07 A JANEIRO/08:**

- Realização das 22 vistorias programadas e elaboração dos relatórios.
- Novos levantamento e organização dos estabelecimentos conforme o cadastro em janeiro de 2008 e a produção em 2007.
- Verificação da consistência das habilitações propostas pelas SES e correção de possíveis distorções.
- Compatibilização das habilitações atuais com a produção em 2007.
- Levantamento dos serviços isolados habilitados e não habilitados e organização de reuniões com as respectivas SMS e SES.
- Publicação da Port. SAS nº 146/março/08 de habilitações com revogação da PT SAS 513 e todas as demais desde 1999.

Apresenta também um demonstrativo da situação final das Redes (26 apresentadas e 1 não apresentada), do processo de reorganização da rede de oncologia no Brasil, do período 1998 a abril/2008 (perspectiva de 26 credenciamento propostos), um Quadro Comparativo da Situação Anterior (PT GM 3.535/1998) *versus* Situação PT SAS 741/2005 (pós PT SAS 513/2007 e pós PTSAS 146/2008), a situação pós-Portaria GM 3.535/1998, dos CACON (183) e dos serviços isolados (91), a situação pós Portaria SAS 513/2007, no que se refere a UNACON (154), UNACON com radioterapia (77), CACON (27), SERVIÇO ISOLADO (64) e HOSPITAL GERAL (2); situação pós portaria SAS 146/08: CACON (41), UNACON (173), Hospital Geral com Cirurgia Oncológica (9), Serviço Isolado de Radioterapia ou de Quimioterapia (52). Resumindo a Situação Anterior (PT SAS 513) *versus* Situação Atual (PT SAS 146 e após) 199 habilitações *versus* 223 (inclusive complexos hospitalares)

26 *versus* 41 CACON

141 *versus* 173 UNACON

67 *versus* 75 UNACON com Serviço de Radioterapia

64 *versus* 52 serviços isolados

03 *versus* 09 hospitais gerais com Cirurgia Oncológica

* 08 envolvendo 21 estabelecimentos em 08 estados (BA, CE, DF, MG, PR, RJ, RO e SC).

Serviços Isolados: Pendentes 52 *versus* 26 novas habilitações propostas:

RT: 13

QT: 33

QT e RT: 6

Dr. Neuro Motta menciona que na listagem de serviços existem alguns complexos, cuja idéia é excelente, mas chama a atenção para alguns aspectos que, na prática, não está funcionando, como o caso de um serviço isolado, atrelado a um UNACON, cujos pagamentos saem para o mesmo CNPJ, o que faz com que o pagamento saia para um só.

Dr. Joselito enfatiza que esta estratégia foi para que houvesse uma adequação dos serviços isolados, sendo a forma de pagamento em cima de um único CNPJ. Não haverá pagamento em separado para os serviços isolados. A lógica não será modificada para se resolver um problema pontual.

Dr. Neuro Motta cita como exemplo a situação de Caxias do Sul, com dois hospitais, sendo um deles um hospital geral e o outro, o Hospital Pompéia, que é um UNACON com um serviço de Radioterapia, sem que este Serviço tivesse sido consultado e desse o seu aval.

Dr. Beltrame menciona que houve um acerto com a SES-RS de que, com a troca de endereço do serviço isolado, haveria a sua vinculação ao Hospital Pompéia.

Dra. Inez menciona que o que mais se procura com essas normas é a integralidade da assistência e que a Portaria 146 não é a definitiva e que está em mutação.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias enfatiza que todos os estados devem ter um CACON.

Dr. Enaldo Melo de Lima diz que a portaria 146 refere-se à extinção dos códigos relativos a serviços isolados em radioterapia e quimioterapia em fevereiro de 2009.

Dra. Inez Gadelha menciona que há 52 serviços isolados, com autorização precária, apenas no sistema, e que não estão incluídos na portaria 146. O objetivo da portaria é que haja a formação de complexos hospitalares, com a incorporação dos serviços isolados a hospitais.

Dr. Joselito Pedrosa menciona que uma coisa são os serviços isolados que compõem o complexo hospitalar (código 17.15) que se extingue em 2009; os demais 52, não foram incluídos para não se ratificar a situação anterior. Eles têm autorização até 2009 e está havendo negociação com os gestores para que eles sejam incorporados. O cuidado deve ser redobrado para não induzir a desassistência e não criar um problema político local.

Fica acertado que a apresentação da Dra. Inez será enviada para os conselheiros.

Dra. Inez menciona que a tabela unificada criou 26 atributos para cada procedimento e existem dois que dizem respeito à habilitação: um deles é o de serviços (cirurgia oncológica, radioterapia, oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica); o segundo atributo é a habilitação do estabelecimento, cujos códigos de habilitação são desde o 17.04 até o 17.16. Menciona que a Dra. Adelaide encaminhou às Secretarias de Saúde um documento com as orientações necessárias, e apresenta o seu resumo, em uma tabela de correspondências.

Dr. Maltoni solicita à Dra. Adelaide que as informações enviadas às Secretarias de Saúde sejam incluídas no Portal da Atenção Oncológica.

Sugestão de pauta: inclusão de esclarecimentos sobre os Procedimentos Oncológicos.

2.3 Linha de crédito da CEF: Data e local para a assinatura do Termo de Cooperação

Dr. Joselito Pedrosa informa que a negociação com a Caixa Econômica Federal está finalizada e só dependendo da Secretaria Executiva para assinatura. Os termos do acordo são: hospitais filantrópicos, aquisição, troca e manutenção de equipamentos; possibilidade de negociação local para reformas de espaço físico; 30% do limite máximo da arrecadação da instituição (faturamento SUS); carência de 06 meses para o início do pagamento; juros em torno de 1,20%, sempre abaixo dos juros de mercado.

Dr. Santini menciona que a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde poderá induzir o mercado a oferecer novos financiamentos.

Dr. Ricardo Curioso acredita que muitos dos presentes não acompanharam o início desse processo de linha de crédito. Há alguns anos, o Ministério da Saúde fez um investimento maciço na aquisição de equipamentos de Radioterapia. A ABIFCC teve a idéia de solicitar um financiamento para as peças de reposição. Deixou de ser apenas para comprar as peças de reposição, transformando-se na possibilidade de também para comprar os equipamentos. Todos vêm com bastante alegria a concretização desse pleito.

Dr. Santini enfatiza a necessidade de se valorizar o momento, pois a medida adotada não visa apenas à diminuição da defasagem, mas também é de caráter estrutural. O SUS tem como característica a prestação de serviços por entidades governamentais e filantrópicas, embora a sua forma de organização seja baseada no mercado. O CONSINCA registra o nome do Dr. Aristides Maltez Filho como a pessoa que deu início ao processo. Ressalta que o Ministério da Saúde vem dando respostas organizadas à defasagem antes existente com a unificação das tabelas e a reestruturação da rede, com um grande esforço por parte da Secretaria de Atenção à Saúde e ao Departamento de Atenção Especializada.

2.4 Temas para revisão:

Serviço de Cirurgia Oncológica, Código Brasileiro de Ocupações nos procedimentos de hormonioterapia e Titulações.

Dra. Inez menciona a necessidade de revisar o que está na portaria sobre os temas mencionados no item 2.4, no que se refere ao serviço de cirurgia oncológica, já que o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira reclamam da exigência de que os cirurgiões tenham especialização em cirurgia oncológica. Diz que, por ocasião das visitas técnicas aos hospitais, no Paraná foi chocante a situação no interior, como também em Santa Catarina e no Tocantins, onde existe a turma da cirurgia do Hospital e a turma da cirurgia oncológica. Os cirurgiões

gerais não querem atender os pacientes oncológicos, porque a porta de entrada está com a cirurgia oncológica, que é composta, no máximo, por dois cirurgiões. O outro problema é a visão do Hospital, que em sua grande maioria são habilitados como Cacon ou Unacon, hospitais gerais (universitários e santas casas) aos quais o próprio gestor restringe o acesso, sendo apenas para o paciente já diagnosticado de câncer. Menciona, ainda, a pressão feita pelos urologistas e mastologistas que consideram que a hormonioterapia deve ser a eles também facultada. Menciona, também, as titulações com cirurgiões e radioterapeutas, com títulos anteriores a 2002, cujo título é o de cancerologia, ficam atendendo e respondendo por serviços de oncologia clínica.

Dr. Ricardo Curioso menciona que há profissionais que não querem comprometer-se com pacientes com câncer e o CBO veio para regulamentar o assunto, mas só complicou. Atendem amigdalite, sinusite e rinite, mas não querem paciente com traqueostomia.

Dr. Odilon de Souza Filho informa que a SBCO foi procurada pelo CBC para acertarem como vão proceder com relação ao assunto. Como cirurgião oncológico, menciona que a qualificação do profissional dever ser a nível nacional, ou seja, se o profissional trabalhar no interior do país, estará qualificado para fazer qualquer tipo de cirurgia.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias menciona que surgiu uma dúvida no CONSINCA sobre o cirurgião oncológico. Foi feita uma Oficina de Trabalho, organizada pela Coordenação de Ensino do INCA, coordenada pela Dra. Eliana Cláudia, em que foi provado que o cirurgião oncológico é diferente dos demais. O cirurgião oncológico é um profissional que deve ser preparado para trabalhar do “fio do cabelo ao dedão do pé”. Naquele momento, a portaria definiu que um UNACON pode ter um cirurgião geral, um cirurgião do aparelho digestivo, urologista, etc, mas tem de ter um cirurgião oncológico que responda pelo processo, com vinculação aos protocolos de um CACON de referência. Paralelamente, as sociedades deram abertura de se criar títulos, porque há entre os especialistas, alguns que operam muito melhor do que o cirurgião oncológico, mas não é sempre que ocorre. E é por aí que ocorre a fragmentação do sistema, porque eles operam e depois informam ao paciente para procurarem um lugar para fazerem a complementação do tratamento, ou seja, a quimioterapia e a radioterapia. O profissional que atua na Oncologia, que comprova que tem experiência, poderia inscrever-se nas Sociedades para obter o título. Houve apenas 04 inscrições. Ele procurou um urologista, que faz oncologia, que informou que não se inscreveu porque havia muita teoria de Oncologia. Diz que até podem rever o trabalho desde que se considere todo o passado que foi analisado.

Dr. Santini menciona que o trabalho feito foi para definir a residência em cirurgia oncológica, no qual foram levantados parâmetros para definir o perfil do cirurgião oncológico. O problema aqui mencionado é o de como se ajustar esse perfil à situação atual dos serviços. Pergunta qual é a autoridade legal para definir esse perfil ?

Dr. Hiram diz que é o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Federação Nacional dos Médicos. A Sociedade Brasileira de Cancerologia aplica a prova para concessão do título de especialista.

Dr. Neiro diz que a AMB delega a alguém para conceder o título; ou seja, a entidade que hoje delega o título tem competência concedida pela AMB?

Dr. Ricardo Curioso diz que em Cabeça e Pescoço existe problema com os otorrinos e, em função disto, a Sociedade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, criou uma prova para os que querem habilitar-se ao título.

Dr. Maltoni menciona que, durante a discussão para elaboração da Portaria 741, discutiu-se muito a questão de incluir ao invés de excluir e, em nenhum momento, houve a possibilidade de fechar a exclusividade, já que uma grande parte da população não é tratada por especialistas. Acha que há *gap* de informação para as Sociedades, faltando colocar claramente de que maneira se possibilita o acesso à titulação.

Dra. Inez informa que a CGMAC/DAE posiciona-se, em resposta a demandas do CFM, AMB e sociedades de especialistas, que o título de cirurgião oncológico é um plus para os médicos que são especialistas nas diversas especialidades cirúrgicas reconhecidas pelo CFM e AMB. E recorda que os procedimentos neurocirúrgicos, oftalmológicos e ortopédicos não são executados por cirurgião oncológico e também como são organizadas as clínicas cirúrgicas nos hospitais, inclusive os do INCA: Urologia, Ginecologia, Neurocirurgia, Mastologia, Cirurgia Torácica etc.

Dr. Paulo de Biasi concorda que as diversas especialidades são necessárias.

Dra. Simone Vincent pergunta sobre qual será a estratégia que o CONSINCA vai ter de estimular o acesso dos profissionais à titulação. Sugere a criação de um grupo de trabalho para o estabelecimento dessa estratégia.

Dr. Santini menciona que ainda que já exista regulamentação, há problemas, permanecendo a questão. Diz que estão entrando no ramo da pulverização da especialização médica. O que se deve fazer é decidir sobre a especialização da cirurgia oncológica.

Dr. Neuro Motta menciona que foi sugerido que houvesse a alteração da portaria, o que talvez fosse uma saída.

Dr. Segalla não concorda com a modificação da portaria, sugerindo a criação de uma orientação para quem vai operar o paciente com câncer, incluindo o CBO de cirurgião oncológico em diversos procedimentos. Enfatiza que o mastologista e o urologista não podem assumir a hormonioterapia se não vão acompanhar o paciente. Sugere e solicita que o CONSINCA reafirme que a hormonioterapia é parte intrínseca da oncologia clínica.

Dr. Santini sugere a organização de um fórum pela COAS (Dr. Maltoni) junto com as sociedades cirúrgicas.

Informes:

Judicialização

Proposta objetiva: Dra. Rosamélia Cunha deverá constituir um grupo de trabalho para elaborar subsídios a serem encaminhados ao Ministério da Saúde.

4. Assuntos gerais

4.1 – Proposição de pauta:

Como controlar a retirada de drogas quimioterápicas do mercado.....Carlos Chiattonne – representante do Colégio Brasileiro de Hematologia

Dr. Carlos Chiattonne desculpou-se pelo não comparecimento, por problemas de saúde.

4.2 - Comentários sobre a matéria divulgada na imprensa “A crise da Radioterapia”Neiro Motta - Presidente da Sociedade Brasileira de Radioterapia.

Dr. Neuro Motta menciona a publicação de uma matéria na Folha de São Paulo sobre a “Crise Brasileira na Radioterapia” no acesso da população aos procedimentos de Radioterapia, enfocando os principais aspectos do assunto que são:

- Não é novidade a crise da radioterapia em nosso país.
- A SBRT detectou há muito tempo o problema e várias correspondências e visitas foram feitas ao Ministério da Saúde para levar sugestões daqueles que vivenciam diariamente essa situação.
- Além disso, várias vezes, nas reuniões do CONSINCA (Conselho Consultivo do INCa) o assunto foi abordado.
- O MS, portanto, tem perfeito conhecimento do assunto.
- É bem conhecida a deficiência do número de equipamentos para o atendimento dos pacientes portadores de câncer e que necessitam radioterapia, em nosso país.
- Também é sabido que em algumas regiões, de densidade demográfica menor, o problema é maior.
- No Brasil, a maioria dos pacientes que necessitam radioterapia é tratada em Serviços e Hospitais Privados (filantrópicos ou não).
- A remuneração do Ministério da Saúde por esses procedimentos é irrisória tanto em relação ao investimento e manutenção dos equipamentos, quanto ao custo de Serviço como um todo.
- Nos últimos 10 anos, essa remuneração teve um aumento de 10%.

- Ressalte-se que a inflação, nesse período, calculada por qualquer índice do governo, excede os 100%.

Como sugestão ao Ministério da Saúde do que fazer:

Há muitos hospitais e clínicas que, se incentivados, poderiam investir em radioterapia, implantando ou ampliando seu arsenal terapêutico.

Como sugestão ao Ministério da Saúde de como fazer:

- Diminuição de impostos e taxas sobre equipamentos sem similares nacionais
- Melhora da remuneração dos procedimentos
- Mudança estrutural na tabela de pagamento (com a inclusão de novos procedimentos e com adequação do número máximo de procedimentos),
- Aumento dos tetos físico e financeiro para as instituições parceiras.

Projeto do Ministério da Saúde:

- Quanto à implantação, pelo Governo, de novos Centros de Alta Tecnologia para tratamento do câncer, a SBRT entende ser uma medida salutar.
- No entanto deve ser feita, prioritariamente, em lugares nos quais não existam tais atendimentos e não, como às vezes acontece, para competir com estabelecimentos já existentes, com inestimáveis serviços prestados à população, há muitos anos e que, por contarem com a estrutura básica já montada poderiam, de forma mais barata ampliar o seu atendimento.

ANVISA

- As exigências da ANVISA são bem-vindas.
- Para implantá-las, no entanto, há necessidade de investimentos, muitas vezes incompatíveis com as receitas atuais dos Serviços, o que motivará, certamente, o fechamento de alguns deles, piorando, dessa forma, a situação.
- O Ministério da Saúde, outrossim, deve incentivar aqueles que se mostram inclinados a desenvolver um atendimento com qualidade.

Serviços Isolados

- Portaria ministerial assinada no dia 11 de março de 2008: os SI terão que formar complexos hospitalares, com hospitais habilitados como UNACON, perdendo sua autonomia.
- Se não o fizerem, não poderão atender pacientes do SUS.
- O que isto significará?
 - Menos atendimento.
 - Maior a fila
 - Necessidade de deslocamento a outros municípios.

Serviços isolados - História

- No passado, esses Serviços Isolados de Radioterapia só foram credenciados por possuírem parceria com hospitais que se dispunham a lhes dar suporte, caso houvesse necessidade de exames ou internações para eventual evolução da doença ou complicações do tratamento.
- Dessa forma, mantinham sua autonomia, sem correr o risco de não serem remunerados.

Conclusões

- Há muito para ser feito.
- Tudo isso não precisava chegar aonde chegou.
- Não foi por falta de conhecimento ou de avisos.
- A população tem o direito de reivindicar um bom atendimento.
- Ela tem o direito de ser tratada a tempo.
- Com o paciente na fila, a doença progride, podendo tornar-se, incurável.

- O tratamento para um paciente com câncer em fase inicial, além de ser muito mais efetivo, é muito mais barato para o governo.
 - A SBRT continua à disposição do governo e da sociedade, como sempre o fez, para discussão e sugestão de soluções.
 - Implantação de medidas? Bem... Essas são de responsabilidade do governo.
- ***A saúde é um direito de todos e um dever do Estado.***

Dr. Santini menciona que já começaram a discutir no CONSINCA o problema de acesso à Radioterapia, com a proposta de criação de um Grupo de trabalho para discussão das diretrizes da Política Nacional de Radioterapia, tendo dados e levantamento que podem ser trazidos para o CONSINCA.

Dr. Maltoni menciona que houve durante a semana uma reunião, já com os dados até dezembro de 2007, que servirão de subsídios para a proposição das diretrizes da Política.

Proposta objetiva: A COAS/INCA convocará uma reunião do Grupo.

Dr. Santini apresenta a publicação do Ministério da Saúde relativa ao “Mais Saúde – Direito de Todos” 2008/2010, que à fls. 38 menciona as ações de ampliação da oferta dos centros de radioterapia e ao reequipamento dos centros existentes, além de recursos de custeio para a implementação dessas atividades. Considera importante que fique bem claro exatamente do que está se falando, porque mencionar que há um déficit de 80 milhões de pessoas seria como comparar com a epidemia da dengue. Sugere a instalação de um grupo de trabalho, enfocando também o aspecto da falta de pessoal.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias solicita que seja trazida a proposta do PAC-SAÚDE para o Grupo.

Dr. Ricardo Curioso enfoca as emendas parlamentares para aquisição de equipamentos de radioterapia.

Hiram Lucas considera que o mais importante é a uniformização de números.

Dra. Inez Gadelha menciona que as informações sobre defasagem de equipamentos oferecidas na matéria em questão podem ou não ter sido fornecidas pela ANVISA. Diz que considera muito bem-vindas as ponderações feitas pelo Dr. Neiro, que só vêm acrescentar. Com relação ao número de doentes descobertos, a estimativa sempre se faz com base em 1.000 casos novos. Se nós temos 350 mil casos novos de câncer previstos para o Brasil em 2008 e temos 265 equipamentos e se cada equipamento cobre 1.000 casos novos, nós vamos ter um déficit de cobertura de 85 mil casos. Este é o número de correlação, mas, a rigor, somente 60% desses casos (ou seja, 51 mil) deverão necessitar de radioterapia. Isso, considerando o funcionamento dos equipamentos em apenas dois turnos diários de 04 horas.

Dr. Santini menciona, como questão principal, a adoção de uma política de comunicação pactuada e consensuada para que se fale o mesmo do mesmo assunto.

Dr. Segalla considera oportuna a colocação feita pelo Dr. Neiro Motta. Apóia duas pontos por ele enfocados: 1) lentidão do Ministério da Saúde e 2) a gravidade da situação. Diz que a RT é procedimento de longo prazo para poder ter resposta. Diz que frequenta a ABIFCC há 06 anos, período em que sempre houve as mesmas colocações. Não considera a alternativa do turno uma solução para o problema, porque em alguns lugares já estão adotando quatro turnos e o que acontece é que os aparelhos quebram mais. Enfatiza que realmente têm de acelerar o processo.

Dr. Joselito Pedrosa enfatiza a necessidade de lembrar as devidas responsabilidades, já que o Ministério da Saúde gastou muito dinheiro com equipamentos que ainda estão encaixotados. Menciona que o grupo deve trabalhar na estratégia. O Dr. Ricardo Curioso lembrou bem as emendas parlamentares. Cita o caso da UnB, que há quase três anos tem os equipamentos e não consegue instalá-los.

Dr. Santini, com relação à UnB, diz que o Tribunal de Contas acionou o INCA, que foi obrigado a canibalizar o acelerador, que parte foi para o Hospital de Base, e ainda corre o risco, de terem de enviar também a braquiterapia. Diz que há 03 unidades no Pará, que não estão trabalhando por falta de pessoal. A idéia de que não houve investimento não corresponde à realidade.

Dra. Inez Gadelha menciona que um serviço de radioterapia que funciona em um hospital está dentro do sistema e pode atender pacientes de outros hospitais.

Dr. Ricardo Curioso diz que um dos maiores problemas é o paciente crônico, que, muitas vezes, viaja quilômetros, para trocar uma cânula. Os hospitais estão sofrendo uma demanda exagerada, quando na sua cidade, os hospitais não sabem fazer os procedimentos. Está nascendo na ABIFCC uma proposta para fazer um curso itinerante para capacitar os profissionais para tratarem desse tipo de paciente. Sugere a elaboração de um manual, cursos itinerantes para treinarem os profissionais.

Dr. José Getúlio Segalla menciona reunião feita na ANVISA, em que foi abordada a Resolução 167, que considera como tratamento experimental todas indicações que não estão incluídas nas bulas. Em um levantamento rápido, viu que 80% das bulas dos medicamentos oncológicos estão desatualizadas, o que pode gerar um problema sério com relação aos convênios e que, se o convênio começar a recusar com base na bula, estará negando um tratamento que o doente já esteja recebendo. Os oncologistas enviaram correspondência para a ANS, para o CNS e também para cada PROCON. Diz terem recebido um documento da ANVISA, dizendo que iriam discutir o assunto, mas não receberam resposta da ANS. Estão, também, enviando uma correspondência para cada laboratório, solicitando que atualizem anualmente as suas bulas.

E, nada mais havendo, eu, Maria Cristina Penteado Procópio Bellani, redigi, digitei e encerro a presente A T A . Rio de Janeiro, 16 de abril de 2008..-.-.-.-.-