

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Conselho Consultivo do INCA
Reunião Ordinária
18 / 06 / 08

A T A

Participantes:

Participantes:

Conselheiros:

Sociedades técnico-científicas:

SBC – Hiram Silveira Lucas

SBCO – Eduardo Linhares

Repte.: Odilon de Souza Filho

SBEO – Ângela Coe Camargo

SBOC – José Getúlio Segalla

SBRT – Neiro Waechter Motta

Ausências justificadas:

CBH – Carlos Chiattonne

ABRASCO – José Eluf Neto

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**

Dr. Santini dá início à reunião, solicitando desculpas pelo atraso e informando o falecimento do Dr. Procópio Valle, pai da Secretária Executiva do CONSINCA, Maria Cristina Procópio Bellani.

1) Aprovação da ata da reunião ordinária de 16/04/08.....Dr. Santini

Aprovada, sem ressalvas.

2) INFORMES:.....Dr. Maltoni

2.1 Grupo de Trabalho para discussão da Portaria 467 referente à hormonioterapia do carcinoma de próstata (constituição de grupo de trabalho) – definição do Coordenador e estabelecimento de agenda de trabalho.

Dra. Inez Gadelha menciona que à fls.4, da ata da reunião de 16/04/08, consta os nomes dos profissionais que deverão compor o grupo de trabalho para análise da Portaria 467, referente à hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata,

faltando, apenas, indicar o nome do coordenador do Grupo, para que tome as providências necessárias.

Dr. Santini pergunta quem será o coordenador do Grupo e Dr. Maltoni menciona que será o Dr. Enaldo Melo de Lima.

2.2 – Diretrizes da Política Nacional de Radioterapia:

Dr. Neiro Motta considera que o assunto está muito no ar e que o Dr. Maltoni informou na reunião do CONSINCA, de abril, que algumas reuniões internas já tinham sido realizadas, com vistas a situar o problema. Gostaria de saber sobre as conclusões preliminares, enfatizando que, no ano passado, já havia sido definido quais as atribuições dos membros do grupo. Pergunta se não seria importante que os primeiros dados levantados fossem repassados para a SBRT. Menciona, ainda, que vários serviços têm pedido auxílio à SBRT, pois não conseguem trocar as pastilhas das bombas de cobalto. Cita o caso de Goiânia, que solicitou auxílio à SBRT, pois, estão sem fontes para os equipamentos. Sugere que a **Dra. Maria Helena Marechal, da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN**, seja convidada a participar do CONSINCA para que seja indagada sobre o assunto.

Dr. Maltoni menciona que, quando propôs a formação do grupo, havia um trabalho já feito pela área técnica da Divisão de Atenção Oncológica, que mostrava o cenário da Radioterapia no Brasil. Menciona que não repassou o material para o grupo sem que houvesse a definição das atribuições do grupo. Compromete-se em repassar esse trabalho para a SBRT.

Dra. Inez informa que está na pauta do Fantástico a “Situação da Radioterapia no Brasil”, compondo uma série de reportagens que, supõe, foram desencadeadas pela reportagem da Folha de São Paulo e pelo ocorrido com a jornalista Fátima Bernardes.

Dr. Santini, como conclusão da discussão, solicita que seja agendada uma reunião do Grupo de Trabalho e o material levantado pela Divisão de Atenção Oncológica seja encaminhado para a SBRT.

2.3 - Titulação em Cirurgia Oncológica – organização de um Fórum com as sociedades cirúrgicas.

Dr. Santini informa que recebeu das mãos do Dr. Odilon de Souza Filho, representante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, cópia do documento da SBCO apresentando algumas sugestões em relação à titulação da cirurgia oncológica.

Dr. Odilon menciona que conversou com Dr. Maltoni sobre o Grupo de Trabalho e que o CBC chamou a SBCO para tentar fazer uma parceria. A SBCO, o CBC e o INCA irão fazer uma reunião no próximo dia 12 de julho para formular todas essas questões e dar as respostas o mais rápido possível.

Dra. Rosamélia pergunta se esse trabalho seria uma continuação do trabalho que foi desenvolvido pela CEDC/INCA

Dr. Maltoni esclarece que se trata da discussão sobre a titulação do cirurgião oncológico, cujos preceitos encontram-se na Portaria 741, que regula a política de atenção oncológica. Enfatiza que o CBC procurou a SBCO para discutir o tema e que já há uma reunião agendada para o dia 12 de julho, em que o que se pode fazer é aproveitar a oportunidade para formalizar um grupo de trabalho.

Dr. Santini menciona que o tema da formação e capacitação é complexo e realmente é preciso fazer um esforço dentro dessa discussão, pois, é uma contribuição para a qualidade do nível assistencial. Hoje existem muitos problemas de habilitação mínima e o assunto é da maior relevância.

Dr. Segalla questiona quem será o Presidente do Grupo de Trabalho.

Dr. Maltoni responde que poderia ser o Presidente, sugerindo novamente a formalização do grupo, com o envolvimento não só da SBCO e do CBC, mas também, da AMB e da SBC e trabalhar conjuntamente para trazer algum retorno para a próxima reunião do CONSINCA.

Dra. Inez diz que esse trabalho sobre titulação é da maior importância porque os CBO's foram incluídos nos procedimentos e é preciso haver uma orientação para que a tabela seja corrigida.

Dr. Ricardo Curioso menciona que é muito complicada a regulamentação e, a seu ver, deve haver uma certa tolerância, porque, se fecharem muito, vai ficar difícil para operacionalizar o atendimento.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias comenta que alguns mastologistas e urologistas fazem cirurgias sem a devida qualificação. Existe um documento elaborado pelo INCA, que define quais as qualificações do cirurgião oncológico, o mesmo acontecendo com muitos dentistas que fazem cirurgia buco-maxilo facial, sem a devida qualificação. Resumindo, há muito profissionais de outras áreas que estão atuando na cirurgia oncológica.

2. INFORMES:

2.4 – Judicialização.

Dr. Maltoni menciona não ter sido possível dar início às reuniões dos grupos de trabalho, apenas com a realização de uma reunião no dia 03/06/08 do grupo de judicialização, com a participação de representantes da Coordenação de Assistência, da Assessoria Jurídica, do Conselho de Bioética, do INCA, de um representante da Divisão de Assistência Farmacêutica, do Ministério da Saúde, de um da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e de um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Menciona que, na primeira reunião, houve três encaminhamentos iniciais: **1)** Importante que a Direção Geral formalize o grupo por intermédio de Portaria, para convocação das entidades. **2)** Menciona que as ações judiciais têm aumentado muito no decorrer dos últimos anos (2%, em 2005 e 30%, em 2008). De acordo com o levantamento feito pela SAS/MS, até maio do ano em curso, as demandas judiciais relativas a medicamento oncológico estavam em torno de 126, e a projeção de cálculo que envolvia esses mandados demonstrou que quase 10 milhões de reais estavam sendo pagos judicialmente, ou seja, fora do orçamento. Enfatiza que os membros do grupo ficaram de conversar com outras entidades e trazer algumas propostas para a próxima reunião. **3)** Importância da atualização nos protocolos de tratamento e nos procedimentos oncológicos. Sugere que a ata da reunião do grupo de trabalho seja divulgada entre os conselheiros.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias menciona que o assunto tem vários aspectos, o lado do paciente, dos advogados, entre outras e, quando ele ouve as razões de

cada um, dá razão a todos. A seu ver, deve ser analisado o que o sistema tem de errado que dá margem a essas ações.

Dra. Inez informa que a magistratura do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina estará promovendo um encontro nos próximos dias 26 e 27, do qual fará parte de uma mesa, o que demonstra que a preocupação não é só de quem faz o atendimento na saúde, mas, também, do judiciário, em função do aumento das demandas judiciais. Compromete-se a fazer um relato do que for discutido no Encontro e enviar para a Secretária Executiva do CONSINCA, para ser divulgado aos conselheiros.

Dr. Marco Porto comenta, face à complexidade do assunto, que gostaria de encaminhar para discussão o relatório que foi feito a partir da reportagem divulgada na Folha de São Paulo, sobre o envolvimento de ONGs na Judicialização. Sugere que o documento seja divulgado para os conselheiros, já que o relatório é público.

Dr. Santini concorda com a formalização do grupo, mas enfatiza que é necessário definir bem o que se espera, que é a discussão do impacto da judicialização na atenção oncológica e o que pode ser apresentado para o Ministério da Saúde como um alerta ou proposta, deixando bem claro que o escopo do trabalho não é a discussão da judicialização.

3) **Proposta de transição do Projeto EXPANDE.....Dr. Antônio Bertholasce - Área Técnica de Organização e Gestão de Redes / DGRO/CONPREV**

Dr. Antônio Bertholasce, da Área Técnica de Organização e Gestão de Redes, da Conprev/INCA, inicia a apresentação da proposta de transição do Projeto Expande, abaixo transcrita:.

- 1ª Etapa do processo seletivo: Para a concorrência de novas unidades hospitalares para a implantação do Projeto de transição do EXPANDE serão desenvolvidos pelo INCA/MS critérios com atribuição de pesos e graus, que conformarão o algoritmo 1, com o objetivo de hierarquizar os estados quanto a sua candidatura ao Projeto de transição do EXPANDE. Como cada estado poderá apresentar mais de uma proposta - que compreende diferentes unidades hospitalares -, serão criados critérios com pesos e graus para hierarquizar as propostas. Esses últimos critérios conformarão o algoritmo dois, referente às propostas. Os critérios para hierarquização dos estados e das propostas serão apresentados para aprovação da Diretoria Executiva do INCA, trazendo mais transparência ao processo. Como apenas os critérios para hierarquização dos estados são variáveis com valores conhecidos previamente pelo INCA, somente o algoritmo 1 será apresentado ao Conselho com a priorização dos estados. O algoritmo 2 só poderá ser elaborado após o envio das propostas das unidades hospitalares pelas SES ao INCA/MS. Todos os estados com necessidade de ampliar a oferta radioterápica podem se candidatar ao processo seletivo, independente da classificação de necessidade, que será um dos critérios do algoritmo 1. Além disso, cada estado poderá apresentar mais de uma proposta (exemplo: propostas para macrorregiões diferentes ou propostas para estabelecimentos diferentes

na mesma macrorregião), trazendo mais concorrência ao processo seletivo. Critério de Exclusão da 1ª Etapa: **ter oferta ou não ter necessidade de ampliação da oferta de radioterapia na macrorregião /estado**. Os critérios do algoritmo 1 são:

1. Déficit de **radioterapia**, com base na estimativa de casos novos de câncer e na capacidade instalada do SUS, subtraindo a parcela referente à Saúde Suplementar (peso 4);
2. Distribuição da capacidade instalada em oncologia por macrorregião (peso 2);
3. Capacidade de planejamento em oncologia do gestor (rede e plano em oncologia aprovados na CIB e no Ministério da Saúde) (peso 2);
4. Número médio de cirurgias oncológica por UNACON e CACON (peso 1);
5. Percentual de RHC implantado nas unidades habilitadas em oncologia (peso 1).

2ª Etapa do processo seletivo:

- O objetivo dessa etapa é a hierarquização das propostas encaminhadas pelas SES. Todas as propostas enviadas pelas SES serão analisadas e classificadas segundo os critérios estabelecidos pelo INCA (algoritmo 2). Posteriormente, será efetuado o somatório do algoritmo 1 (pontuação dos estados) com o algoritmo 2 (pontuação das propostas) para a seleção das propostas com maiores pontuações. As unidades referidas nas propostas de maior pontuação receberão visita técnica do INCA. Após as visitas técnicas, as propostas poderão sofrer mudança na sua pontuação. Critérios de Exclusão da 2ª Etapa: (1) ser estabelecimento de saúde privado (2) ser um hospital geral com menos de 100 leitos ou sem centro-cirúrgico ou sem UTI e (3) propostas sem a concordância do gestor municipal, CIB regional (instâncias regionais de gestão do SUS) e CIB estadual.

Os critérios que compõem o algoritmo 2 são:

1. Estrutura hospitalar geral da unidade SUS - descrito na portaria SAS 741/05 (peso 4);
2. Existência de credenciamento em alta complexidade (peso 2);
3. Localização geográfica da unidade (avaliado por distância, transporte facilitado entre municípios) (peso 1);
4. Natureza jurídica (peso 1);
5. Instrumento para gestão da qualidade implantado na unidade (Prontuário único; disponibilidade de Taxa de Infecção Hospitalar atualizada; existência de Comissão de Prontuário e Adesão à Política Nacional de Humanização comprovado por meio da existência de grupo de trabalho de humanização com plano de trabalho definido) (Peso 1)
6. Adequação à Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 e RDC Nº 306 de 07 de dezembro de 2004 da ANVISA (Peso 1)

A assinatura do protocolo de mútua cooperação (terceira etapa) será feita após análise e aprovação pelo INCA do projeto arquitetônico.

3ª Etapa do processo seletivo:

Para a assinatura do Protocolo de Mútua Cooperação será necessário o cumprimento das seguintes exigências por parte dos candidatos selecionados (Pré-requisitos – Termo de Intenções):

1. Aprovação pela CIB ou COSEMS regional (região de saúde referente ao município onde será habilitado o hospital como UNACON ou CACON) e pela CIB estadual da unidade selecionada para implantação do Projeto de transição do EXPANDE.
2. Deverão ser pactuados na CIB regional e estadual os recursos financeiros para a realização dos exames complementares necessários ao diagnóstico, ao estadiamento, ao tratamento e ao seguimento dos pacientes de cada município, de forma a viabilizar financeiramente a manutenção do projeto.
3. Elaboração do Projeto Arquitetônico das adaptações necessárias no hospital para a assistência oncológica – com exceção do projeto de radioproteção para a casamata, que depende da definição das características do equipamento a ser adquirido (o Rio de Janeiro já tem condições de elaborar o projeto com as casamatas e encaminhar para a CNEN autorizar a construção).
4. Garantia dos recursos para as obras, com o cronograma físico-financeiro definido;
5. Estratégia para a contratação e fixação dos profissionais da oncologia elaborada;
6. Plano de Trabalho elaborado, contendo todas as metas a serem alcançadas pelo hospital (incluindo as adaptações necessárias na estrutura hospitalar geral para cumprimento da Portaria MS/SAS 741/05), definindo, recursos, prazos e responsabilidades;

Nessa terceira etapa o INCA analisa e emite o parecer sobre adequação do Termo de Intenções para a habilitação do hospital como da UNACON ou CACON. O processo de aquisição dos equipamentos previstos no projeto ocorrerá após a aprovação do Protocolo de Intenções e a assinatura do Protocolo de Mútua Cooperação.

Comentários:

Dr. Santini pergunta se a Dra. Ana Ramalho poderia fazer algum comentário sobre a apresentação feita.

Dra. Ana Ramalho lembra que, em implantações anteriores, houve problemas para o pleno funcionamento, por isso a necessidade da verificação de todos os critérios. São recebidas inúmeras solicitações para “implantação do CACON” direto das unidades e, muitas vezes, não se tem nenhuma notificação anterior da gestão daquela área. É importante garantir que, na hora da implantação, todos os acordos prévios tenham sido feitos.

Dr. Marco Porto ressalta que as experiências anteriores serviram para o amadurecimento da visão da rede de alta complexidade e da equipe chefiada pela Dra. Ana Ramalho e que esse processo tem aspectos positivos e negativos e que os pontos negativos estão sendo compreendidos para resolução da política pública.

Destacou que na etapa 3 existe a preocupação quando se atribui ao gestor apresentar estratégias de fixação de recursos humanos. É indispensável que haja o envolvimento do gestor.

Dr. Bertholasce concorda com a observação e diz que a questão não é só do gestor, mas que também é do SUS. Diz que o problema deve ser equacionado em um âmbito mais geral.

Dr. Joselito Pedrosa diz que a estratégia de envolver o gestor no processo passa pelo setor de planejamento do Ministério da Saúde, enfatizando que houve casos em o Expande foi desenvolvido, sem o envolvimento do gestor e, quando algo não dá certo, -o Ministério da Saúde é cobrado. Menciona a experiência do Acre, em que houve estratégia e discussão prévia com o gestor e o resultado tem sido positivo.

Dr. Santini ressalta que o Diretor do INCA compromete-se com coisas que, absolutamente, não pode cumprir; primeiro, porque os prazos não permitem e, segundo, porque a maior parte do que ele se compromete a fazer não é da sua responsabilidade.

Dr. Joselito Pedrosa menciona que, da 3ª para a 4ª etapa da apresentação feita, há a necessidade da definição da estratégia do Ministério da Saúde. Comenta sobre o caso do Mato Grosso, em que o Secretário de Saúde não sabe o que fazer.

Dra. Ana Ramalho menciona que é preciso verificar onde haverá a integração do INCA + Alta Complexidade/MS e incluir a palavra “integração”, pois trata-se de um documento para o futuro.

Dra. Rosamélia ressalta que o objetivo da proposta ser apresentada ao CONSINCA é para que seja aprovada, divulgada “on line” e que, para isso, precisa ser compactuada entre o INCA e o Ministério da Saúde para dar consistência ao processo.

Dra. Inez informa que, nos estados em que a rede oncológica tem um bom desempenho, geralmente o que chama atenção é que o gestor é o responsável direto pela gestão e que há a necessidade de diferenciar o público do privado. Sugere que haja a observação de quando a instituição for pública (estadual e municipal) e de quando a instituição não for de natureza pública, pois o tipo de abordagem com relação a recursos humanos será diferente. Com referência à interferência política, informou que a proposta está bastante técnica (as bases técnicas ficam muito claras), mas também no pensamento da operacionalidade deve-se imaginar a instância do conflito político.

Dr. Santini comenta que é uma proposta de um modelo, pois, é preciso ter um argumento técnico.

Dr. Neiro Motta sugere que sejam colocados no projeto os aspectos da RDC20 e informa que não entendeu o que se refere a encargos, pois está preocupado com qualidade. Questiona sobre quem arcará com os custos do aparelho. Muitos equipamentos doados estão parados por falta de assistência técnica. É preciso preocupar-se com o “depois”.

Dr. Santini informa que o que foi apresentado é uma “proposta de transição”, não contemplando o que está previsto no PAC da Saúde.

Dr. Neiro Motta enfatiza que deve haver esta preocupação mesmo na fase de transição.

Dr. Santini esclarece que seria uma nova fase de “expansão” do projeto de transição.

Dra. Inez reforça que a escolha do aparelho deve ser uma preocupação. Deve-se ficar atento a esse detalhe.

Dr. Bertholasce e Dr. Santini informam que o assunto é um dos temas do Grupo de Trabalho para estabelecimento da Diretrizes da Política Nacional de Radioterapia.

Dr. José Getúlio Segalla menciona que o principal defeito do Projeto Expande, na verdade, não é propriamente do Projeto. Com a tabela de procedimentos defasada, não é possível fazer a manutenção e reposição dos equipamentos. O Estado de São Paulo não tem falta de equipamentos, entretanto a Secretaria criou um novo serviço de Radioterapia na USP que irá receber quatro equipamentos para resolver a demanda na capital. No interior, houve o fechamento em Araçatuba e em Marília. O hospital de Jaú tem quatro equipamentos, sendo que dois não estão funcionando. Sugere que o projeto não seja órfão e considera que o reequipamento das unidades atuais é muito mais importante. Considera que o assunto, embora seja de novos serviços, não pode ser desvinculado do reequipamento das unidades já existentes.

Dr. Bertholasce comenta que em São Paulo alguns equipamentos são unidades de cobalto muito antigas, o que impossibilita a troca das pastilhas.

Dra. Inez informa que a FOSP está ciente disso.

Dr. José Getúlio Segalla informa que reequipar é um projeto.

Dr. Fernando Cossio Martins Júnior, representando o Departamento de Apoio à Descentralização/SE/MS, comenta que a proposta apresentada pelo Dr. Bertholasce é um bom avanço dentro da gestão.

Dr. Joselito Pedrosa menciona que a idéia não é levar para a pactuação, mas, sim, para apresentar para a avaliação.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias parabeniza quem elaborou o trabalho, pois os critérios são técnicos, mencionando que se perdeu um pouco no sentido dos hospitais selecionados que não deram certo - e por quê? (não apareceram na proposta apresentada). Acrescenta que, com a redefinição da Rede, o Ministério da Saúde precisa dar diretrizes mais diretas. Todos os estados precisam ter hospitais habilitados como CACON, comentando que existem três tipos de gestores: o que não sabe o que está fazendo, o que está on-line e o que quer passar do ponto, destacando pontos importantes como Recursos Humanos e Manutenção de equipamentos.

Dr. Santini menciona que o processo é para dizer como responder a essa necessidade, ou seja, qual é a metodologia para responder a essa necessidade e não apenas fazer um investimento físico ou tecnológico, mas viabilizar a sustentabilidade do investimento. E que realmente é preciso apresentar o estudo feito em relação ao EXPANDE e qual é a situação atual, pois em função desta situação está sendo apresentado o projeto.

Dra. Inez informa que a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo consultou o Ministério da Saúde a respeito da reorganização interna do Hospital de Clínicas, que vai concentrar em um prédio toda a assistência oncológica, ou seja, o Instituto de Câncer de São Paulo não será propriamente uma nova habilitação, mas a integração de vários setores de oncologia do HC da USP.:

Dr. Neiro Motta ressalta que no sentido de radioterapia já foi dito muitas vezes que é melhor investir no serviço que já existe do que abrir um novo e muitos

radioterapeutas dizem que têm um serviço que precisa ser re-equipado e o Ministério da Saúde oferece um equipamento para o hospital que está ao lado.

Dr. Santini questiona se isso é fato ou é uma percepção simbólica, pois o Ministério da Saúde tem duas políticas, sendo a primeira de re-qualificação (melhoria da qualidade do equipamento) ou re-equipamento. Para isso, a CEF abriu uma linha de crédito que permite que as instituições possam partir de sua própria capacidade e fazer um investimento. Ressalta que não há dúvida da necessidade de expansão onde não tem o serviço e do re-equipamento onde já tenha o serviço. O Ministério da Saúde não tem a proposta de abrir um serviço ao lado do que já existe e isso precisa ser identificado individualmente.

Dr. Neiro Motta questiona sobre qual seria a ouvidoria?

Dr. Santini responde que o INCA é um dos lugares e o outro é a Coordenação da Alta Complexidade/DAE/SAS, que a responsabilidade em termos de decisão é do INCA que é sempre consultado, mesmo que a sua opinião não seja decisiva.

Dra. Cláudia Brito ressalta que nada impede que uma unidade, que já tenha o equipamento, possa participar do projeto apresentado pelo Doutor Bertholascé.

Dr. José Getúlio Segalla comenta que não tinha conhecimento desse aspecto.

Dra. Claudia Brito ressalta, ainda, que a questão de recursos humanos é grave.

Dra. Rosamélia destaca a doação com encargos e que é preciso harmonização das situações. E informa que a Advocacia Geral da União destaca que só pode haver doação para Instituição Pública. Para unidades privadas, tem de haver acordo com o gestor local.

Dr. Hiram cita como exemplo o fato de o INCA ter cedido em comodato um aparelho de braquiterapia de alta taxa de dose que está sem funcionar, pois a Secretaria Municipal de Saúde informa não há dinheiro para cadastrar o equipamento. Parabêniza a equipe pelo trabalho e deseja que se superem as injunções políticas e que se tenha sucesso.

Dr. Santini menciona que uma das preocupações da proposta é o investimento e a sustentabilidade do mesmo.

Dr. Joselito Pedrosa menciona que o importante é definir quem será o responsável pelo equipamento e isso será discutido na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, em que o fluxo é discutido.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias destaca um caso “fictício” de um hospital filantrópico que recebe por uma tabela defasada e vai acumulando débitos, o que leva ao sucateamento. Os critérios precisam estar muito claros, por-que a alegação é a de que não há recursos, mas, subitamente, constrói-se um hospital como foi o caso de São Paulo; em sua opinião os recursos deveriam ter sido investidos no Hospital A . C. Camargo.

Dr. Joselito Pedrosa informa que desde o final do ano passado, o Ministério da Saúde, com a participação do INCA, está trabalhando em estratégias para combater essa situação.

Dra. Ana Ramalho menciona que é preciso evitar a relação do gestor federal com a unidade. É preciso passar pelo gestor estadual e municipal para poder ampliar a possibilidade de atendimento.

Dra. Rosamélia e Dra. Ana Ramalho mencionam a Divisão de Gestão da Rede Oncológica, da CONPREV/INCA.

Dr. Rosamélia sugere que seja apresentado na próxima reunião do CONSINCA o diagnóstico do Projeto.

Dr. José Getúlio Segalla solicita que conste em ata a solicitação do Dr. Luiz Antonio Negrão Dias de atualização das tabelas.

4) Apresentação da proposta do PAC da Saúde ao CONSINCA - Dr. Reinhard Braun – Chefe da Divisão de Planejamento / INCA

Dr. Santini escusa-se pelo fato de o Dr. Reinhard Braun, Chefe da Divisão de Planejamento do INCA, ser quem vai apresentar o tema, mencionando que gostaria que o Dr. Joselito fizesse observações sobre o assunto. Menciona que o que vai ser apresentado é a inserção do INCA no Ministério da Saúde, o que não representa toda a política de oncologia pactuada com o INCA, que tem uma grande parte na SAS/MS.

Dr. Reinhard Braun inicia a apresentação do MAIS SAÚDE, dizendo que se trata de um programa estruturante, que complementa as ações do PPA, consolidando as ações do SUS. Menciona que a cadeia da saúde representa 7% a 8% do PIB e emprega 10% da força de trabalho do Brasil. Ressalta que o MAIS SAÚDE absorve o que já estava acontecendo, priorizando os objetivos e metas do pacto pela saúde, trazendo aspectos inovadores como o fortalecimento do complexo produtivo de inovação em saúde, agora de forma estruturada. Coloca questões de qualificação dos serviços e de gestão, além de procurar equacionar as situações de financiamento do SUS. Tais diretrizes nortearam a formulação de 07 eixos de intervenção: 73 medidas, 165 metas ou ações e, em termos de recursos, representa 89,5 bilhões de reais / ano, sendo que 65 bilhões já estão previstos no PPA (04 anos) e 24,3 bilhões de expansão das ações de saúde. A partir dos eixos colocados, foi construído um mapa estratégico, em que cada secretaria ou instituição apresentou os seus objetivos de contribuição, através da materialização de ações concretas. Os objetivos gerais são os de contribuir para a melhoria da saúde e qualidade de vida do cidadão e contribuir para o desenvolvimento sócio-econômico do País. Os eixos foram hierarquizados, sendo 04 colocados como foco de atuação, 03 como base para o desenvolvimento da saúde, havendo o consenso de que haveria quatro premissas para tal: comunicação, estruturação da unidade, alinhamento dos planejamentos e assegurar os 24 bilhões mencionados. Os eixos foram divididos em quatro pilares.

Dr. Santini faz uma observação de que assegurar a disponibilidade dos recursos é o que está sendo discutido.

Dr. Joselito Pedrosa menciona que estão incluídas entre as ações a estruturação da rede, as ações de controle do câncer do colo do útero e de mama e a garantia da sustentabilidade dos hospitais habilitados em Oncologia, como UNACON ou CACON. Informa, ainda, que o painel que o Braun apresentou estará na sala do Ministro da Saúde, que ficará monitorando todas as ações em tempo real, com o comprometimento de todos para o funcionamento.

Dr. Santini parabeniza a equipe pela apresentação do modelo de gestão e mostra-se orgulhoso por participar desse grupo de trabalho, não sendo fácil assumir e tornar públicas responsabilidades desse tipo, destacando que, para que se possa levar adiante as ações necessárias para atender a todas as demandas, há necessidade de recursos adicionais. Não há como fazer tudo, mas há como fazer parte do que está

pactuado. Diz que o compromisso é com a realidade, comparando o nível de possibilidade com o nível de obstáculos.

Dra. Inez destaca que a organização e o profissionalismo do processo já contribuem muito.

Dr. Joselito Pedrosa lembrou que todas as áreas técnicas foram convocadas para construir o “Mais Saúde” e, posteriormente, o Ministro da Saúde forneceu as ferramentas para a implementação.

5) Esclarecimentos sobre os procedimentos oncológicos da tabela unificada

Apresentação sobre a Situação Atual, os Avanços e as Dificuldades com a Implantação da Tabela Unificada, na Oncologia.....**Dra. Inez Gadelha** – Consultora da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade CGMAC/DAE/SAS/MS

Dra. Inez Gadelha menciona que a unificação dos procedimentos das tabelas do SIH-SUS e do SIA-SUS foi um trabalho insano, desde 2003, envolvendo pessoas de dentro e de fora do Ministério da Saúde, que envolve bilhões de informações e dados, com uma ampla remodelação do sistema de informática, e que teve muitos problemas. Fará alguns esclarecimentos, com algumas “dicas”, para que se tenha um domínio melhor sobre o processo transitório, melhorando o processo de trabalho do faturamento pelos estabelecimentos de saúde. Primeiramente, deve-se conhecer a tabela que foi unificada. No caso dos serviços especializados oncológicos, deve-se conhecer bem os dois grandes grupos de procedimentos; na parte terapêutica, que diz respeito mais às discussões no CONSINCA, temos os grupo 03, dos procedimentos terapêuticos clínicos (no qual se incluem os radioterápicos, os quimioterápicos, os iodoterápicos e os oncológicos gerais) e o grupo 04, dos procedimentos terapêuticos cirúrgicos (no qual se incluem os procedimentos cirúrgicos oncológicos). A apresentação enfatiza os seguintes aspectos: Procedimentos Oncológicos da Tabela Unificada do SUS; Formas de Organização dos Procedimentos Quimioterápicos na Tabela Unificada do SUS (AIH e APAC); Forma de Organização dos Procedimentos Radioterápicos na Tabela Unificada do SUS – BPA-I / APAC / AIH; Formas de Organização dos Procedimentos Quimioterápicos na Tabela Unificada do SUS – APAC; Formas de Organização dos Procedimentos Quimioterápicos Especiais na Tabela Unificada do SUS – APAC ou AIH; Formas de Organização dos Procedimentos Iodoterápicos na Tabela Unificada do SUS – AIH; Formas de Organização dos Procedimentos Gerais na Tabela Unificada do SUS – AIH; Formas de Organização dos Procedimentos Cirúrgicos Oncológicos na Tabela Unificada do SUS – AIH. A seguir, enfoca os seguintes aspectos: Andamento e Perspectiva - PUBLICAÇÃO DA PT SUBSTITUTA DA SAS 296/1999 (radioterapia e quimioterapia em APAC), com descrição atualizada de procedimentos; atendimento a propostas feitas pelo CONSINCA - por alteração de descrição ou por substituição de procedimentos propostos para serem excluídos, sem a criação de novos procedimentos (por exemplo: ampliação da quimioterapia prévia do carcinoma do colo do útero em estágios mais precoces, quimioterapia – e não só de hormonioterapia – para o adenocarcinoma de endométrio, inversão das linhas da quimioterapia da tricoleucemia e da leucemia mielóide crônica, possibilidade de o inibidor de osteólise ser procedimento principal também para metástases ósseas...); concentração de todos os procedimentos de quimioterapia de

hemopatias malignas crônicas na forma de organização “Quimioterapia para controle temporário de doença”, com a transferência para ela de quatro procedimentos (doenças linfoproliferativas e mieloproliferativas raras, em duas linhas cada) da forma de organização “Quimioterapia paliativa”; possibilidade de utilização de novos medicamentos, em diferentes linhas terapêuticas, sem a criação de novos procedimentos (a exemplo da quimioterapia de 1ª linha da leucemia mielóide crônica com Mesilato de Imatinibe e de 3ª linha, para o mieloma múltiplo) e com a correção das distorções hoje existentes na codificação e faturamento de procedimentos dessa forma de organização; transferência do procedimento “Quimioterapia Intravesical”, de procedimento especial para a forma de organização “Quimioterapia Adjuvante”; unificação de dez procedimentos de radioterapia e de quimioterapia; exclusão da possibilidade de procedimentos principais de radioterapia externa serem secundários à braquiterapia de alta dose, criando-se a possibilidade de concomitância de APAC, em uma mesma competência, de dois procedimentos principais (o que melhora a informação e a capacidade de controle e avaliação da produção desses procedimentos); melhor explicitação da radioterapia de doenças e condições benignas e anexação do número máximo de campos de radioterapia externa também para elas; compatibilização das tabelas de finalidades terapêuticas com as melhorias pensadas para os sistemas operacionais do DataSus; compatibilização com as normas atuais de motivos de saída e permanência no subsistema APAC; e organização dos procedimentos por ordem topográfica mais aproximada da CID-10 e da PT SAS 296/99 (quimioterapia) e por ordem alfabética mais aproximada da organização na PT SAS 296/99.

ATUALIZAÇÃO DA RADIOTERAPIA E DA QUIMIOTERAPIA: O trabalho antes descrito permitirá que se agilize a análise do ajuste de valores e de inclusão de novos procedimentos radioterápicos e quimioterápicos propostos pelo CONSINCA.

PRÓXIMOS PASSOS: elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas por prioridades; **apresentação ao CONSINCA para revisão;** avaliação do impacto; encaminhamento para decisão final.

ATUALIZAÇÃO DA CIRURGIA ONCOLÓGICA: critérios técnicos já definidos (expostos anteriormente); feita a compatibilização da proposta do CONSINCA com os procedimentos unificados vigentes e as propostas de outras sociedades de especialidades (SBTO, SBN, SBO, SBCCP, SBU, SBCT...); revisão técnica completa procedida, com estabelecimento dos procedimentos seqüenciais (exigência normativa e meio de valoração da AIH).

PRÓXIMOS PASSOS : elaboração da versão para revisão; apresentação ao CONSINCA para revisão; avaliação do impacto; encaminhamento para decisão final.

AUTORIZAÇÃO / CONTROLE / AVALIAÇÃO: disponibilização na Internet do Manual de Bases Técnicas – Oncologia do SIA-SUS – 2008 (9ª edição); compatibilização dos procedimentos para o levantamento de dados e elaboração dos indicadores para avaliação da produção oncológica em 2008; treinamento contínuo dos autorizadores e auditores das secretarias de saúde.

Dr. Segalla pergunta qual o prazo para que o material esteve disponível para estudo?

Dra. Inez menciona que estará disponibilizado a partir de julho.

Dr. Bouzas questiona sobre os transplantes.

Dra. Inez responde que esse assunto é tratado por outra coordenação.

Dr. Segalla menciona que nos procedimentos clínicos não viu o hospital dia e pergunta sobre os cuidados prolongados.

Dra. Inez responde que o hospital-dia encontra-se em atributos do procedimento e cuidados prolongados não são exclusivos da oncologia.

Dr. Joselito menciona que boa parte da dificuldade de faturamento dos serviços foi em função de que na tabela unificada exige-se o CBO e o CID. Enfatiza que estão revisando e corrigindo cada área.

Dr. Hiram pergunta como é feito o acesso?

Dra. Inez informa que o acesso é feito on-line: <http://sigtap.datasus.gov.br>

USUÁRIO: publico (sem acento)

SENHA: publico (sem acento)

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias menciona que a cirurgia oncológica, de todos os tratamentos, é o mais curativo e a situação da cirurgia na tabela está caótica. Sugere que se dê uma prioridade para a cirurgia.

Dra. Inez informa que tem reunião agendada com a Dra. Adelaide para organizar toda a revisão feita dos procedimentos unificados.

Dr. Segalla pergunta sobre a proposta de atualização da Portaria SAS 296 e questiona se a tabela será discutida no CONSINCA.

Dra. Inez responde que é a atualização será puramente operacional, com as alterações antes apresentadas. Assim que for publicada, o manual será disponibilizado. Ressalta que o processo é dinâmico e contínuo e somente que usa as tabelas, os sistemas de informações e o manual pode apontar os pontos que precisam ser corrigidos.

Dr. Santini parabeniza á equipe do Ministério da Saúde pelo excelente trabalho apresentado.

6) Manual de Oncologia Clínica do Hospital Sírio e Libanês.....**Joselito Pedrosa** - Coordenador Geral de Média e Alta Complexidade - CGMAC/DAE/SAS/MS

Dr. Joselito Pedrosa menciona que o Hospital Sírio e Libanês, considerado como hospital de excelência, que guarda relação com o Ministério da Saúde, disponibilizou na sua página eletrônica a nova edição do “Manual de Oncologia Clínica”, com a inclusão de medicamentos que ainda carecem de resultados consolidados e que não foram aprovados pela ANVISA. Solicita a manifestação do CONSINCA.

Dr. Marco Porto comenta que o único aspecto positivo é que o manual não está dissimulado, mas, sim, ostensivo.

Dr. Hiram concorda plenamente com o problema colocado pelo Dr. Joselito, destacando que o problema a ser focado é se o hospital tem ligação com o Ministério da Saúde ou não, pois, é um hospital filantrópico.

Dr. José Getúlio Segalla elogia a qualidade do manual, enfatizando que, tecnicamente, não dá para fazer nenhum reparo e veio preencher uma lacuna. Os demais hospitais não têm o que eles têm. Pergunta onde está o manual do INCA? Pondera que isso é um grande problema na residência médica, porque, quando o residente chega a um hospital, ele recebe o Manual fornecido pela Roche. Menciona que, há cerca de um ano, a USP publicou um manual, muito mais realista porque é de um hospital que atende pelo SUS e que pode ser conseguido via FOSP e que a SBOC vai distribuir para os residentes. O problema não é você entregar um manual para um

médico formado há mais tempo, que já tem um raciocínio crítico, mas sim para um profissional em início de carreira.

Dra. Inez não questiona a existência do manual, mas, sim, o fato de estarem elencados medicamentos que não foram liberados pela ANVISA. Além disso, os artigos que se põem como base não passam por uma análise sistemática nem por uma crítica de custo/efetividade.

Dr. Segalla menciona que o que eles estão fazendo é pegando tudo o que já está publicado e atualizando. O que se está falando não é de informação, mas, sim, de formação e, nesse caso, o responsável é o INCA e as sociedades científicas. Estão ocupando um espaço que o estado não está. Teremos de fazer um esforço para correr atrás do prejuízo e tentar suprir o espaço.

Dr. Maltoni concorda plenamente com as observações feitas pelo Dr. Segalla e menciona que existe um “gap” muito grande. Informa sobre a divulgação da rotina interna de cada uma das unidades do INCA, exatamente porque estão passando por um momento de revisão dos procedimentos internos, em que, por um lado, alguns estão precisando de reavaliação e outros estão completamente defasados. É preciso ter cuidado ao publicar as rotinas internas do Instituto. Por isso, é muito complicado fazer a publicação do manual do INCA, como órgão do Ministério da Saúde, com procedimentos defasados.

Dr. Celso Rotstein concorda com as observações feitas pelo Dr. Segalla e menciona que, se no manual estão relacionados medicamentos que ainda não estão liberados pela ANVISA, é necessário que essa ressalva fique bem clara.

Dr. Maltoni comenta que na reunião de Judicialização foi analisado o volume da solicitação das medicações, mas o que mais preocupa é que das medicações que deveriam ter sido incorporadas, quase não há solicitações.

Dra. Simone Vincent comenta sobre o custo/efetividade – local – saúde suplementar.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias comenta sobre o foco em medicamentos e a cirurgia que realizou em paciente com câncer no estômago, quando foi obrigado a fazer o estadiamento durante a cirurgia, pois não conseguia fazer os exames necessários. Diz que conhece o pessoal do Hospital Sírio e Libanês e são profissionais extremamente sérios. É uma referência, embora possa se questionar a filantropia deles. Não podem ficar quietos e considera que o que está errado de início é colocar a marca do laboratório.

Dr. Hiram Silveira Lucas menciona que o que se pode criticar é o fato de o Hospital ter um caráter filantrópico, o que significa uma vinculação com o Ministério da Saúde.

Dr. Neiro Motta comenta que há cerca de 01 ano vem se reunindo com o Ministério da Saúde, comentando que o SUS não fornece determinados tratamentos, que são plenamente justificáveis, citando como exemplo procedimentos de radioterapia que já há 20 anos são feitos em outros lugares e que a tabela do SUS não contempla. Pergunta se o que está escrito no Manual do Hospital Sírio Libanês como rotina padrão é só para eles ou também o é para outros Serviços. Menciona que o que está escrito naquele Manual deve estar também escrito em outro lugar. Ressaltou que o CONSINCA já existe há alguns anos e, por diversas vezes, houve a tentativa de se fazer as rotinas baseadas em evidência, sem êxito.

Dra. Ana Ramalho destaca a ciência e a prática médica (evidência). Qual o benefício que a sociedade pode pagar?

Dra. Rosamélia menciona que cabe ao Ministério da Saúde assumir e incorporar a inovação tecnológica. Reativar o trabalho de incorporação tecnológica.

Dr. José Getúlio Segalla citou o exemplo de como funciona no Exterior e diz que o nosso problema é a omissão.

Dr. Santini menciona que é importante não ter uma posição ingênua no que se refere ao conflito de interesses, passando o seguinte informe: Matéria publicada na Folha de São Paulo – Assembléia Geral da Organização Mundial da Saúde: “110 instituições apoiando a política de pacientes e patentes” (como se os pacientes estivessem trabalhando contra eles mesmos). O documento será encaminhado para os conselheiros.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias comentou o caso de Fátima Bernardes – matéria do Jornal Nacional, divulgando que faltam aparelhos de mamografia no Brasil.

Dr. Luiz Fernando da Silva Bouzas destacou a atuação da Indústria Farmacêutica

Dr. Marco Porto comentou que foram procurados e forneceram vários dados para a matéria sobre o parque mamográfico nacional, mas o divulgado foi só o que interessava ao jornal.

Dr. Bouzas lembrou que ONG's cobram mensalidades dos pacientes, citando o exemplo da ABRALE.

Dr. Hiram Silveira Lucas ressalta que instituições que têm pouca responsabilidade, se não forem combatidas, serão enaltecidas. É preciso saber combater para que elas não cresçam dizendo que foram defender o paciente e o CONSINCA rebateu.

Dr. Joselito Pedrosa lembrou que precisa existir um percentual para justificar a filantropia.

Dr. Joselito Pedrosa sugeriu uma manifestação simples. Fazer alguns questionamentos e, após receber as respostas, conversar com o Hospital Sírio Libanês.

Dr. Santini destacou que não houve consenso sobre a proposta em relação ao Manual do Hospital Sírio Libanês. E pergunta qual será o espaço que o Manual irá ocupar por omissão do CONSINCA? Que manifestação o CONSINCA pode fazer com relação ao manual?

Dr. José Getúlio Segalla enfatiza que é necessário agir pro-ativamente, com ênfase na discussão sobre a incorporação de tecnologia.

Dr. Ricardo Curioso sugere, com base na argumentação da Dra. Ana Ramalho, que seja analisada a possibilidade de o SUS ter condição de bancar e que benefício a sociedade ganhará com isso?

Dr. Bouzas cita o modelo da RENAME, que atua sobre evidências e é um modelo interessante: discussão técnica e revisão sistemática. Uma lista nacional que é divulgada.

Dr. Hiram menciona que é preciso uma solução prática e não apenas criticar ao Manual, citando como principal problema o fato de o Hospital ter uma vinculação com o Ministério da Saúde.

Dra. Inez sugere que seja a CITEC analise e se manifeste sobre o Manual

Proposta: reativação do trabalho de incorporação tecnológica, com o Manual sendo analisado pela CITEC.

7) **Assuntos gerais:**

- **José Getúlio Segalla** – Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

Dr. José Getúlio Segalla enfatiza os seguintes pontos:

1. Mesotelioma (tumor raro causado pelo amianto) – exige cirurgias especiais. Em São Paulo, no mês passado, foi promulgada uma lei proibindo a entrada do amianto no Estado. O CONSINCA precisa acompanhar o assunto e o Dr. Segalla compromete-se com trazer material para informação dos conselheiros. Apresenta a proposta de que haja alguns centros para o tratamento da doença.

2. Conversa tida com o Dr. Dirceu Raposo, do Departamento de Assistência Farmacêutica / MS, de que não há um sistema de fármaco-vigilância para medicamentos oncológicos.

3. Portaria 146 – serviços isolados sérios que estão querendo ser incorporados aos UNACONS estão passando por problemas jurídicos. Pede ao Ministério da Saúde que o credenciamento seja pelo CNPJ e o pagamento para o CNPJ da unidade que presta o serviço.

4. Problema em São Paulo – RDC 67 – ANVISA - A Vigilância Sanitária foi a um serviço em Campinas e, por conta da pressão negativa nas três salas de preparo de antineoplásicos, aplicou multa. Enfatizou que a RDC 67 não exclui a RDC 220.

5. Suspensão dos procedimentos com Mesilato de Imatinibe - GLIVEC nos serviços oncológicos - situação gravíssima. Assunto já discutido inúmeras vezes nas reuniões do CONSINCA. O tratamento de 30 dias de um paciente está a um custo é de R\$ 4.500,00 e na tabela o valor é de R\$ 4.063,00. O tratamento a R\$ 5.060,00 mensal – não há como o serviço de oncologia assumir R\$ 1.000,00 por paciente mês. Faz apelo ao Ministério da Saúde para diminuir o preço do remédio ou aumentar o valor na tabela. Solicita agilidade em uma solução.

Dr. Hiram Silveira Lucas enfatiza que existem muitos problemas técnicos e é preciso ter muito cuidado em lidar com isso, perguntando ao Dr. Joselito se não há uma forma de pressionar os laboratórios, pois é evidente que é preciso uma negociação com os mesmos.

Dr. Joselito Pedrosa responde ao Dr. Segalla sobre a tabela (o que vem sendo feito pelo Ministério da Saúde), informando, quanto aos laboratórios, que existem algumas formas de pressioná-los, mas, o processo envolve duas secretarias e o Ministro da Saúde. A ação tem impacto político e é preciso ter cuidado.

E, nada mais havendo, foi encerrada a reunião. Rio de Janeiro, 18 de junho de 2008.

