

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER  
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA  
Reunião ordinária  
17 / 08 / 2011**

---

**A T A**

---

**Participantes:**

**Sociedades técnico-científicas:**

Carlos Sérgio Chiattonne – **Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**  
Carlos Manoel Mendonça de Araújo – **Sociedade Brasileira de Radioterapia**  
Hiram Silveira Lucas – **Sociedade Brasileira de Cancerologia**  
Alexandre Ferreira – **Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica**  
Cristiane Sanchotene Vaucher – **Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica**  
Cláudio Galvão de Castro Júnior – **Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica**

**Ausências justificadas:**

**ABRASCO**  
**SBOC**

**Prestadores de Serviços ao SUS:**

Ricardo José Curioso da Silva – **ABIFCC**  
Rodolfo Acatauassú Nunes – **ABRAHUE**  
Luiz Antonio Negrão Dias – **CMB**

**Gestores:**

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva – Diretor Geral do INCA

**Ausências justificadas:**

**CONASS**  
**CONASEMS**  
**Ministério da Saúde**

**Representantes dos Usuários do Fórum Nacional de Portadores de Patologia:**

Nildes de Oliveira Andrade – **ACELBRA / UNIFESP**  
Lilian Aliche – **ABRAZ**

**INCA**

**Coordenações:**

Cláudio Noronha – Coordenador Geral de Ações Estratégicas  
    José Payá - CGAE  
Élcio Novaes – Coordenador Geral de Gestão Assistencial – CGGA/INCA/MS  
    Gustavo Advíncula – CGGA  
    Maria Adelaide Werneck – Área de Regulação e Normas Técnicas

Luiz Augusto Maltoni Júnior – Coordenador Geral Técnico-Científico  
 Reinhard Braun – Coordenador de Planejamento  
 Eduardo Franco – Coordenador de Prevenção

Rosamélia Queiróz da Cunha – Chefe de Gabinete  
 Alexandre Pandino Azevedo – Direção Geral / INCA

**Diretores de Unidades Assistenciais do INCA:**

Carlos Frederico – **HC II / INCA**  
 Cláudia Naylor – **HC IV / INCA**

**Ausências justificadas:**

Silvio Lemos – **HC I / INCA**  
 Reinaldo Rondinelli – **HC II / INCA**  
 Luiz Fernando da Silva Bouzas – **CEMO / INCA**

**1. Aprovação da ata da reunião de 15 / 06 / 2011.....Dr. Santini**

Aprovada com as seguintes ressalvas:

À fls.03, da no primeiro parágrafo, o texto ficou da seguinte forma: **“Dr. José Eluf Neto** demonstra a sua satisfação de que esse programa seja prioridade da Presidenta. Tem se batido de que sempre os recursos são escassos, mas, considerando que a Força Tarefa Americana (US Preventive Services Task Force) mudou a faixa etária para a mamografia de 50 a 69 anos, para 50 a 74 anos, e a cada dois anos, acrescenta “que considera que no Brasil também deve ser adotada essa faixa – 50 a 74 anos de idade, com mamografia a cada dois anos”.

**Dr. Luiz Antônio Negrão Dias** – representando a Confederação das Santas Casas de Misericórdia – CMB, solicita que à fls.08, da ata de 15/06/11, o texto fique da seguinte forma: “Dr. Luiz Antonio Negrão Dias parabeniza a Dra. Silvia pela apresentação, considerando-a como uma das melhores já feitas no CONSINCA. Menciona que o trabalho de parceria é feito nas bases e ele não sabe se a Sociedade Brasileira de Cancerologia tem sido convidada para as reuniões...”

**2. INFORMES:**

**2.1** - Grupo de Trabalho sobre desabastecimento de medicamentos oncológicos.....**Dr. Élcio Novaes** – Coordenador Geral de Gestão Assistencial do INCA

Dr. Élcio Novaes, Coordenador Geral de Gestão Assistencial, passa a palavra para o Dr. Gustavo Advíncula, Analista de Gestão Pública, da Coordenação Geral de Gestão Assistencial do INCA, faz a seguinte apresentação: “GT sobre desabastecimento de medicamentos oncológicos”, relacionando os seguintes problemas: - O desabastecimento acontece de forma diferente entre regiões e estados brasileiros; - o INCA não é um bom parâmetro para detectar desabastecimento; - há dificuldades em todas as fases do processo: documentação e licenças, fabricação, distribuição e até na matéria prima; as informações não são

centralizadas e nem organizadas; as informações que conseguimos da ANVISA geralmente são “burocráticas” e não da conta das necessidades dos usuários; a legislação brasileira é muito rígida em relação ao processo fabril dos medicamentos oncológicos dificultando a fabricação de medicamentos de pouco valor de mercado. Menciona que os medicamentos foram divididos em três grupos: **1)** Grupo em desabastecimento atual; **2)** Grupo sob ameaça de desabastecimento; **3)** Grupo de monitoramento. Quanto ao grupo em desabastecimento atual, temos: 1) Procarbazina; 2) L-asparaginase; 3) Carmustina; 4) Tioguanina; 5) Raltitrexede. Quanto ao grupo sob ameaça de desabastecimento: 1) Daunarrubicina; 2) Melfalano; 3) Clorambucil; 4) Bussulfano. Quanto ao Grupo de monitoramento: 1) Ciclosfosfamida (apresentação comprimido); 2) Cisplatina; 3) Citarabina; 4) Bleomicina; 5) Doxorubicina; 6) Etoposide; 7) Vimblastina; 8) Vincristina; 9) Mesna (apresentação injetável); 10) Mitoxantrona; 11) Tamoxifeno; 12) Imunoglobulinas. Como proposta de encaminhamento para constar no documento a ser apresentado à ANVISA: - centralização das informações dos motivos de desabastecimento, conforme exemplo do site do FDA, de forma a facilitar e agilizar o acesso às mesmas; - agilidade para inclusão do medicamento na lista dos medicamentos liberados para importação ou regulamentação por resolução específica (como no caso da procarbazina); produção por laboratórios oficiais para atendimento do SUS:

- Avaliar se há perspectiva de substituição destes medicamentos em curto e médio prazo (definir custo/médio prazo)
- Avaliar necessidade de modificação da legislação relacionada à produção desses medicamentos de forma a garantir o acesso à terapêutica específica.

**Proposta de encaminhamento para constar no documento a ser apresentado à ANVISA:** - mudanças nas regras de interrupção de fabricação/importação de forma que somente sejam autorizados pela ANVISA de preferência:

Consulta às áreas técnicas para avaliação do impacto na assistência aos pacientes e verificação da disponibilidade de outros medicamentos que apresentem os mesmos resultados dos protocolos *standards*; 2) Transferência de tecnologia da fabricação do medicamento para outro laboratório, por exemplo: os laboratórios oficiais; 3) A empresa solicitante de importação do medicamento demonstrar que é possível a importação. Quando do registro do medicamento, o fabricante deveria garantir a transferência de tecnologia para outros laboratórios ou qualquer outra ação para manutenção do medicamento no mercado, mesmo que, sem interesse comercial mas para atender e garantir a assistência aos pacientes. Faz a seguinte pergunta: onde estamos hoje ? – Fazer uma última reunião para fecharmos os possíveis substitutos dos medicamentos em desabastecimento e se há aumento de custo no tratamento; - Convidar um representante da ANVISA para participar da reunião.

Medidas concretas:

**Dr. Maltoni** menciona a relação com a FIOCRUZ, o **Dr. Santini** considera importante que o GT continue e o **Dr. Rodolfo Acatauassú** menciona que o INCA tem uma grande responsabilidade, conseguindo, inclusive, preços menores. Menciona a Constituição Federal que prevê

que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, sugerindo que o Ministério

**2.2 – Rede de Expansão de Cuidados Paliativos.....Dra. Teresa Reis**  
**Reis** – Diretora Substituta do HC IV / Coordenação Geral de Gestão Assistencial / INCA

**Dra. Teresa Reis**, Diretora Substituto do HC IV / INCA, menciona as tarefas a serem desempenhadas: **A** – Modelos de Serviços Regionais: - mapeamento por regiões: Hospital Terciário / ensino; hospital secundário; serviços de atenção primária (locais); programa de saúde de família disponíveis –assistência domiciliar; **A1** – Possíveis modelos para os itens acima; **B** – Educação Permanente: - Proposta de ensino e treinamento: hospital terciário/ensino; hospital secundário; serviços de atenção primária (locais); Programa de Saúde de Família; Assistência Domiciliar; **C** – Protocolos: - clínicos; - administrativos; **D** – Política de medicamentos: - avaliar medicamentos disponíveis na cesta do SUS; - armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, na lógica da rede (Dawson, 1920) – futilidade terapêutica; polifarmácia.

No que se refere à Tabela de Procedimentos para Cuidados Paliativos, optou-se por procedimentos já existentes na Tabela do SUS, que se adequam ao tratamento do paciente fora de possibilidade de tratamento.

**2.3 – Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo de Útero e Mama – Dr. Cláudio Noronha**  
**Noronha** – Coordenação Geral de Ações Estratégicas / INCA

**Dr. Cláudio Noronha** faz uma apresentação quanto ao “Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, a saber: **EIXOS: 1)** Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero; **2)** Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama; **3)** Ampliação e Qualificação da Assistência Oncológica no SUS. **EIXOS TRANSVERSAIS: 1)** Difusão de informação e mobilização social; **2)** Informação epidemiológica – melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer.

**Componente 1 – Fortalecimento da gestão do Programa:**

► Fortalecer a gestão regionalizada do Programa: Desenvolvimento de modelo de planejamento regionalizado das ações, apresentado e aprovado no Comitê Gestor em 10/08;

► Aprimoramento do sistema de informação: módulo rastreamento descentralizado, web etc. Aprimoramento em fase de desenho, com participação DATASUS-INCA-DAB-ATSM.

► Mudança do modelo de financiamento das ações de rastreamento: Estudo solicitado ao DRAC, contemplando financiamento dos exames de rastreamento, incentivos para organização da gestão, incentivos para programas de qualidade.

**Componente 2 – Qualificação de equipes da APS para o rastreamento**

► **Desenvolver ações de Educação Permanente em Saúde para qualificação das equipes da APS, com apoio SGETS/MS e INCA/MS** – Instituído Grupo Transversal de Gestão de Educação, portaria GM 1473, de 24/06/2011;

► **Fortalecer parcerias com s SMMFC e outros para qualificação profissional** – publicada portaria que institui comitê de especialistas, portaria 1472, de 24/06/2011;

► **Publicar revisão do CAB 13 – Detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama.** Em processo de revisão – INCA e DAB. Reunião dias 17 e 18 de agosto em Brasília. Atividades de revisão em andamento.

► **Qualificação das equipes para o conjunto de ações de responsabilidade da APS no controle do câncer do colo do útero** – Indicadores do controle do câncer incluídos como um dos componentes para avaliação das equipes de APS no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica portaria GM 1654, de 19/07/2011. Sistemas de informação sendo aperfeiçoados para identificação das equipes – DRAC-DATASUS (Atualmente identificam unidades de saúde. Criado CNES por equipe.

► Fortalecimento da prevenção do câncer do colo do útero nas populações indígenas – reunião do grupo executivo com SESAI em 18/08/2011 e agendamento de vídeo conferência com SES e Distritos de Saúde Indígena (DSAI) da Região Norte (INCA-SESAI-DAB-DARAS-ATSM: SES em 30/08/2011 para diagnóstico de situação, com vistas à melhor integração das ações.

### **Componente 3 – Gestão da Qualidade da Citopatologia**

► **Indução de escala na realização de exames** – estudo em curso sobre a produção individualizada de cada Laboratório e índices de positividade. Apresentação da questão no Congresso do CONASEMS, no Simpósio da SBC a ser realizado em Belém em 25 a 26 de ago, em diferentes reuniões do MS.

► **Monitoramento interno da qualidade dos exames MIQ.** Iniciada Força Tarefa do DENASUS para visita técnica a todos os laboratórios que atuam no SUS (CNES-SISCOLO-SIA. Formulário adaptado para verificação de indicadores de existência de atividades de monitoramento interno.

► **Monitoramento externo de qualidade MEQ.** Em fase de redação do Manual de Monitoramento de Qualidade da Citopatologia (INCA-SBC). Difusão da necessidade de gestão da qualidade da citopatologia como fator crítico de sucesso dos programas de rastreamento.

► Ampliar a oferta de cursos citotécnicos por meio das Escolas Técnicas do SUS – em pauta com a SEGETS.

### **Componente 4 – Garantia da confirmação diagnóstica e tratamento das lesões precursoras.**

► **Estruturação de Serviços de Referência para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras.**

Meta 2011 – 2014: estruturar 20 serviços a partir de projetos de redes regionalizadas contemplando toda a linha de cuidado, apresentados pelos gestores (CGR-SES), prioridade para Região Norte e Nordeste.

R\$3 milhões, investimento e R\$ 14 milhões, de custeio.

Aberto o sistema para apresentação de projetos de redes regionalizadas. Prioridade para as regiões Norte e Nordeste. Estabelecidos critérios de avaliação dos projetos e disponibilizados na página do FNS.

► **Estruturação de Centros Qualificadores de Ginecologistas**

**Meta 2011 – 2014:** estruturar 10 centros qualificadores – publicada a oficialização da Rede Colaborativa na portaria GM 1472, de 24/06/2011.

► **Revisão das diretrizes de tratamento das lesões precursoras –**  
Publicação julho / 2011 – INCA / MS

As diretrizes foram revistas e publicadas. Fase atual: divulgação das diretrizes, redação de súmulas e artigos, apresentação em eventos técnico-científicos etc.

## 2. **Fortalecimento do Programa Nacional de Controle Nacional de Controle do Câncer de Mama:**

**Componente 1 – Fortalecimento da gestão do Programa, acompanhamento e monitoramento.**

► **Definir parâmetros nacionais para a detecção precoce do câncer de mama: Projeto piloto de Curitiba-** piloto em andamento;

**Componente 2 – Qualificação de equipes da APS para a detecção precoce do câncer de mama**

► Estes dois componentes estão sendo trabalhados simultaneamente com o Programa de Controle de Câncer de colo do útero, guardadas as particularidades de cada linha de cuidado.

**Componente 3 – Programa Nacional de Qualidade em Mamografia:**

► Implementar a gestão da qualidade da mamografia em todo o país.

Em andamento, as providências para fechamento do programa. Previsão de finalização em setembro para apresentação ao Comitê de Especialistas. Ação DAE-INCA-ANVISA. Gestões com a ANS para implantação do Programa nacionalmente realizado pelo DAE.

► Diagnóstico da situação de funcionamento dos mamógrafos do SUS-FORÇA TAREFA – Finalizada a força tarefa, relatório detalhado em fechamento (DENASUS). Primeiros Resultados já divulgados.

**Componente 4 – Garantia de Confirmação diagnóstica**

**Estruturar Serviços de Referência para o Diagnóstico Mamário (SDM) no Brasil.**

Meta 2011-2014 – MS financiar a estruturação de 50 serviços deficitárias, a partir da implantação regionalizada da organização da linha de cuidado do câncer de mama.

R\$50 milhões investimento e R\$112,3 milhões de custeio (recursos novos)

Aberto o sistema para apresentação de projetos de redes regionalizadas. Estabelecidos critérios de avaliação dos projetos e disponibilizados na página do FNS.

## **EIXOS TRANSVERSAIS**

### **1. Difusão de informação e comunicação social.**

► Ampliar a difusão de informação com base em evidências científicas sobre detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama.

ASCOM – 6 milhões de reais / ano para comunicação e educação em saúde.

### **2. Informação epidemiológica – melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer.**

► Aprimoramento do SISCOLO e do SISMAMA para interfaceamento com sistemas da APS, módulo de rastreamento, plataforma web – DATASUS – em execução.

► Ampliação dos RHC para 100% das unidades habilitadas para tratamento de câncer.

### 3. **Ampliação e Fortalecimento da Alta Complexidade na Rede de Atenção Oncológica.**

#### **Componente 1: Revisão da Política Nacional de Atenção Oncológica**

Avaliar a assistência oncológica no SUS e reavaliar os parâmetros de necessidade e de produção de serviços cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos. (Portaria GM 2.439/2005 e SAS 741/2005) – até dezembro de 2011.

Inclui rever **modelo de financiamento** dos exames de rastreamento dos cânceres do colo do útero e de mama.

Publicada em 16/08/2011, a Portaria SAS 451, de 15/08/2011, que constitui grupo técnico de trabalho com a finalidade de redefinir, à luz da Política Nacional de Implantação das Redes de Atenção à Saúde, a Política Nacional de Atenção Oncológica. (Prazo de 90 dias para apresentar relatório).

#### **Componente 2: Ampliação e Qualificação da Oferta de Serviços Oncológicos.**

▶ Continuar a qualificação dos hospitais para a habilitação em oncologia com radioterapia (Em andamento: 12)

▶ Continuar a atualização da radioterapia dos hospitais habilitados em oncologia. (Em andamento: 14)

▶ Propor um novo modelo de gestão para os futuros projetos de qualificação (20) ou de atualização (34). (Total = 54, até 2014).

#### **Governança das Redes Temáticas:**

Estabelecida a estrutura de governança das redes temáticas, definidos e publicados participantes e calendário de reuniões.

▶ **Comitês Gestores** – formulação das propostas, acompanhamento e monitoramento.

▶ **Grupos Executivos** – execução cotidiana e operacionalização dos compromissos prioritários de governo.

▶ **Grupos Transversais** – responsáveis por discutir e elaborar diretrizes e prestar apoio matricial e estratégico, sendo eles:

- Grupo Transversal de Gestão da Educação;
- Grupo Transversal de Regulação e Financiamento;
- Grupo Transversal de Pactuação e Articulação.

▶ **Comitê de Mobilização Social** para ampliar a discussão e envolver a participação da sociedade.

▶ **Comitê de Especialistas**, responsável por subsidiar teoricamente a implantação da Rede temática.

- 2.4 **Portaria nº 451, de 15 de agosto de 2011** – constitui Grupo de Trabalho com a finalidade de redefinir, à luz da Política Nacional de Implantação das Redes de Atenção à Saúde, a Política Nacional de Atenção Oncológica.....Dr. Cláudio Noronha – Coordenador de Ações Estratégicas / INCA

**Dr. Cláudio Noronha, Coordenador Geral de Ações Estratégicas / INCA, faz a apresentação aos membros do Conselho Consultivo do INCA – CONSINCA, da PORTARIA No- 451, DE 15 DE AGOSTO DE 2011, da SAS/MS, que determina, com base nos seguintes instrumentos legais:**

**Decreto no- 7.508, de 28 de junho de 2011**, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro e 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

**Portaria no 2.349/GM/MS, de 08 de dezembro de 2005**, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

**Portaria n 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010**, que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

**Portaria SAS/MS no.741, de 19 de dezembro de 2005**, que orienta a estruturação da alta complexidade na rede de atenção oncológica e estabelece os parâmetros mínimos de necessidade e de produção de serviços;

**Portaria SAS/MS no 62, de 11 de março de 2009**, que orienta a integração hospitalar dos serviços isolados de radioterapia e de quimioterapia e atualiza a relação de todos os hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia;

**Decisão da 3ª Reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, de 28 de abril de 2011; e considerando** a necessidade de orientar e coordenar a ação conjunta com as secretarias estaduais e municipais de saúde para a avaliação e proposição de melhorias para a Política Nacional de Atenção Oncológica, **resolve:**

**Art. 1o** - Constituir **Grupo Técnico de Trabalho** com a **finalidade de redefinir, à luz da Política Nacional de Implantação das Redes de Atenção à Saúde, a Política Nacional de Atenção Oncológica, que será composto por representantes, titular e suplente, das seguintes instâncias:**

I - Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS:

a) Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS/MS);

b) Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS);

c) Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS);

d) Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/ SAS/MS); e

e) Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS).

II - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e

III - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

§1 o- - O Grupo poderá solicitar o apoio de especialistas ou entidades que atuem na área de saúde pública para prestar assessoria técnica no âmbito de suas competências.

§2 o- - As funções dos membros do Grupo não serão remuneradas e o seu exercício será considerado de relevância pública.

**Art. 2o** - Definir que a coordenação do Grupo Técnico de Trabalho ora instituído será exercida pela Secretaria de Atenção à Saúde, da seguinte forma:

I - Secretaria Executiva: Departamento de Atenção Especializada - DAE/SAS;

II - Secretaria Técnica: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA/SAS.

Parágrafo único. Cabe ao DAE/SAS/MS adotar as providências cabíveis à operacionalização dos trabalhos do Grupo.

**Art. 3o** - Determinar que o Grupo de Trabalho terá o prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para apresentação de relatório.

**Art. 4o** - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.



## COMENTÁRIOS

**Dr. Cláudio Noronha**, ao final da apresentação, menciona que o Grupo de Trabalho já tem uma reunião pré-agendada para daqui já duas semanas.

**Dr. Santini** considera importante trazer a discussão ao CONSINCA, uma vez que o Conselho tem sido a instância que regulamenta, desde a Portaria 3535/98, 2439 e 741, a Política Nacional de Atenção Oncológica, na linha de cuidados. É importante que se conheça e que se proponha, se for o caso, alguma forma de acompanhamento.

**Dr. Ricardo Curioso**, representando a ABIFICC, menciona que participou do Grupo de Trabalho que elaborou a minuta da Portaria GM/MS 2349/05, que criou a Política Nacional de Atenção Oncológica. São decorridos 06 anos, demonstrando-se surpreendido com a publicação de uma portaria que menciona a redefinição da Política de Atenção Oncológica, não levando em consideração o que já está em prática. Enfatiza que a Portaria mencionada foi o resultado de extensas reuniões do CONSINCA, tendo como resultado, ao seu final, um documento de consenso com as entidades que compõem o Conselho. Faz um protesto com relação à forma de encaminhamento do processo e solicita que seja encaminhada ao Dr. Helvécio, uma proposta para que o CONSINCA participe das discussões.

**Dra. Maria Adelaide Werneck** tem uma outra visão, entendendo que na Portaria 451 está se tentando vincular uma rede que já existe, que é a oncológica, dentro dessa abrangência maior que são as políticas de rede. Existe toda uma mudança de olhar e não de cuidado, a nível populacional e nós, do INCA, vamos convocar sub-grupos para que quando o representante do INCA chegar ao GT tenha material que foi fornecido pelo CONSINCA também. Acha que é vincular a rede que já existe, a uma outra rede que vai passar a existir.

**Dr. Cláudio Galvão**, da SOBOPE, questiona sobre quais os critérios para o GT solicitar o apoio de especialistas ou entidades que atuem na área de saúde.

**Dr. Luiz Antonio Negrão Dias**, da CMB, menciona que quando as coisas são feitas de forma não democrática, não participativa, certamente, não dão certo. Quando a PNAO foi elaborada, já como revisão da existente, o Ministério da Saúde chegou aqui no INCA com um documento sem pé nem cabeça e nós, do CONSINCA, levamos horas de reunião para explicar para eles que nós estávamos em um planeta e eles em outro. São funcionários burocráticos que não têm acesso a doentes. A portaria foi muito bem feita; o que não deu certo foi a fiscalização da implantação da portaria, com interferências políticas na implantação de CACONS, etc. A questão é que a portaria isolada não funciona; tem de haver o envolvimento da atenção primária e da secundária. Tentaram trazer para discussão a atenção básica e a atenção secundária, que estava tão desestruturada que não foi possível conversar com eles sobre a atenção oncológica. Ele entende que o Ministério tem de rever toda a questão da atenção básica e da secundária e trazer junto com a Portaria, mas, não mudar a Portaria do ponto de vista mais alto. O INCA ter uma cadeira é muito pouco. Por mais que esse membro do INCA converse com o CONSINCA, é apenas uma voz.

**Dr. Alexandre Ferreira**, da SBCO, considera que a visão do prestador deve ser levada em consideração, pois é quem tem a visão do doente. Acha de bom tom que o Ministério da Saúde reveja alguns aspectos da Portaria, mas preocupa-se com a representatividade do CONSINCA.

**Dr. Rodolfo Acatauassú**, da ABRAHUE, considera a composição do CONSINCA, muito abrangente e democrática e em sua opinião considera que talvez, eles não conheçam essa composição e, seria interessante que essa composição fosse levada ao conhecimento do Ministério da Saúde.

**Dr. Carlos Manoel Mendonça de Araújo**, da SBRT, menciona que houve muitas conquistas e vê esta portaria com muita preocupação porque está sendo colocada de forma autoritária, havendo uma desproporção entre as medidas clínicas e as burocráticas. Considera muito importante que as Sociedades sejam ouvidas.

**Dr. Cláudio Noronha**, da COAE/INCA, enfatiza que o objetivo da apresentação foi, exatamente, o de dar a oportunidade ao CONSINCA de manifestar-se, sendo prerrogativa do Conselho a solicitação da participação de todo o Conselho.

**Dr. Maltoni** considera pertinente que se reveja o que já foi feito e está funcionando. Há coisas a serem melhoradas. Não vê problema nenhum em que o Ministério da Saúde reveja as políticas existentes. Sugere que seja resgatado o grupo de trabalho do CONSINCA que elaborou a Portaria 2439, ou, para imediata inclusão na Portaria 451, ou para iniciar um trabalho de revisão da PNAO.

**Dr. Santini** menciona o que gerou a necessidade de revisão da portaria:

- reavaliação das portarias anteriores;
- avaliação sistemática do que está acontecendo;
- a SBRT já apresentou um documento em que mostra dificuldades em cumprir a Portaria 62;

- algumas necessidades da portaria atual já foram detectadas, sendo que a primeira referência à portaria nasceu do Decreto da Presidente Dilma Rouseff, ou seja, que permite que as ações de saúde sejam realizadas regionalizadamente.

Considera como falha o fato de o INCA e o CONSINCA terem sido pouco considerados, porque a portaria prescinde da composição do grupo dos atores que fizeram as ações anteriores. Sugere uma manifestação ao Secretário da SAS, considerando a contribuição que o CONSINCA tem prestado ao Ministério da Saúde na organização da Política de Atenção Oncológica por não ter sido chamado a participar desta importante e necessária revisão e atualização da PNAO. Sugere, ainda, a constituição de um GT para análise da PNAO. Enfatiza, no entanto, que, como o INCA é mencionado na referida Portaria como responsável pela coordenação técnica da revisão, o CONSINCA já estaria naturalmente incluído no processo de discussão.

**Dr. Carlos Manoel** concorda com a constituição de um GT para discussão da PNAO. A representatividade do INCA é inquestionável, mas, se não houver numericamente uma representatividade, ficará muito difícil.

**Dra. Maria Adeláide Werneck** sugere a leitura da Portaria 4279 para entender-se melhor o que se refere à Redes.

**Dr. Ricardo Curioso** enfatiza que na Portaria 2439 quem lançou a idéia de Rede de Atenção Oncológica foi o CONSINCA.

### 3. Tumores endocrinológicos e Tumores do Sistema Nervoso Central em Crianças e Adultos.....**Dr. Cláudio Galvão** – Presidente da SOBOPE

**Dr. Cláudio Galvão**, Presidente da SOBOPE, faz a apresentação Tumores endocrinológicos e Tumores do Sistema Nervoso Central em Crianças e Adultos, fazendo as seguintes colocações e questionamentos:

### **TUMORES ENDOCRINOLÓGICOS**

- O carcinoma adrenal é um tumor raro, mas com prevalência aumentada no sul do país;
- Muitas vezes o diagnóstico é feito por endocrinologista;
- Em algumas situações os casos não são encaminhados para o oncologista;
- Em algumas situações, o tratamento é feito com mitotano, medicamento dado por via oral.
- No âmbito dos SUS, podem estes pacientes ser atendidos sem a participação do oncologista ?
- O carcinoma de tireóide é tratado com cirurgia e iodo radioativo;
- No âmbito do SUS é necessário que esses pacientes sejam acompanhados por oncologistas ?

### **TUMORES DO SNS**

- Anualmente, cerca de 2000 crianças e adolescentes são acometidos por tumores do sistema nervoso central (cerebrais);
- A maioria delas é tratada de modo inadequado e chega tardiamente aos centros de referência em oncologia;
- Um número significativo não chega aos centros de tratamento;
- Destas 2000 crianças e adolescentes estimamos que apenas 400 tenham um tratamento minimamente humano e adequado.
- Este tipo de problema, parece não se resumir a faixa etária pediátrica;
- Muitos tumores são atendidos e não são encaminhados ao oncologista.
- Pode o neurocirurgião, no âmbito do Sus, prescrever tratamento quimioterápico ainda que por via oral ?
- Deveria o neurocirurgião encaminhar os casos para avaliação do oncologista ?

### **PROPOSTA**

- Convidar as Sociedades de especialidade de neurocirurgia para uma reunião envolvendo estas sociedades e as sociedades de oncologia clínica, cancerologia, radioterapia e oncologia pediátrica.
- **Encaminhamento e propostas da pauta apresentada na reunião anterior:**
- Tornar o câncer infanto-juvenil uma prioridade em termos de política de saúde pública.
- Instituir políticas de controle de qualidade dos centros de tratamento, medindo os seus resultados.
- Aumentar a fiscalização para a abertura de novos centros, exigindo-se presença de profissionais habilitados e estrutura física mínima.
- Reacreditação dos centros.
- Em um primeiro momento, fazer com que seja cumprida a portaria em vigor, verificando-se se os centros têm a estrutura mínima.
- Discutir critérios para abertura de novos centros e reacreditação dos atuais:
  - Número mínimo de casos anuais;
  - Aspectos regionais;
  - Estrutura física;
    - Real necessidade conforme população e número de casos novos na região e no estado.

- Sobrevida.
- Criar diferentes níveis de competência para os centros de oncologia infanto-juvenil, estimulando o funcionamento de redes.
- Casos mais complexos seriam atendidos por centros com maior expertise.
- Modelo semelhante aos transplantes de medula óssea.

#### **ENSINO**

- Ações junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, Conselhos de Medicina e Faculdades de Medicina para que a Oncologia Pediátrica seja disciplina recomendada nos currículos da graduação e nos programas de residência médica.
- **Propostas:**
- Podemos criar um modelo de avaliação, que caso seja bem sucedido pode ser expandido para outras doenças.
- Precisamos de fiscalização, qualidade e racionalização no atendimento.
- Sem melhora na qualidade não avançaremos nos índices de cura e os custos inevitavelmente aumentarão.

Mencionam que para o Conselho Federal de Medicina que está graduado e habilitado pode fazer o quiser.

**Dr. Maltoni** menciona deixa em aberto o encaminhamento para a área de Oncologia, mas, a discussão deve ser conduzida de maneira ética, enfocando os resultados desastrosos de pacientes que não são tratados adequadamente.

**Dr. Santini** considera uma boa idéia que o CONSINCA promova esta discussão, mas, não no âmbito do CONSINCA, mas, sim a nível de Seminário.

**Dr. Luiz Antonio Negrão Dias** menciona que o primeiro tratamento feito no paciente com câncer é o que vai determinar o destino do paciente. O Conselho Regional de Medicina jamais vai entrar nessa discussão.

**Dr. Ricardo Curioso** menciona que não há especialidade que tenha mais problema do que Cabeça e Pescoço. Informa que fizeram um fórum, citando como exemplo a laringectomia. No caso dos tumores do Sistema Nervoso Central, deve haver uma aproximação das demais sociedades.

**Dr. Hiram Silveira Lucas** considera relevante o tema que o Dr. Cláudio Galvão trouxe para o Conselho, mas, também sabe que se pode fazer muito pouco.

#### **4. Assuntos gerais**

**Dr. Cláudio Noronha** menciona que as Estimativas 2012 trarão dados sobre os Linfomas.