

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA
Reunião Ordinária
12 / dezembro / 2012

A T A

Participantes:

Sociedades técnico-científicas:

Ademar Lopes – **Sociedade Brasileira de Cirurgia**
Anderson Silvestrini – **Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica**
Cristiane Sanhotene Vaucher – **Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica**
Hiram Silveira Lucas – **Sociedade Brasileira de Cancerologia**
José Eluf Neto – **Fundação Oncocentro de São Paulo**
Robson Ferrigno – **Sociedade Brasileira de Radioterapia**

Ausências justificadas:

Carlos Sérgio Chiattonne – **Colégio Brasileiro de Hematologia**
Claudio Galvão Castro Júnior – **Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica**

Prestadores de Serviços ao SUS:

Luiz Antonio Negrão Dias – **CMB**
Ademar Lopes – **ABIFICC**
José Getúcio Segalla - **ABRAHUE**

Ministério da Saúde

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva – **Diretor-Geral do INCA**
Maria Inez P. Gadelha – **Departamento de Atenção Especializada / SAS / MS**

Representantes dos Usuários do Fórum Nacional de Portadores de Patologia:

Ausência justificada:

Lilian Aliche - **ABRAZ**

INCA**Diretores:**

Carlos Frederico – representando o Diretor do HC III / INCA
 Marcelo Schirmer – representando o Diretor do CEMO / INCA
 Reinaldo Rondineli - HC II / INCA
 Sylvio Lemos - HC I / INCA

Coordenações:

Antonio Bertholasce - DARAO/CGPV/INCA
 Cláudio Noronha – Coordenador Geral de Ações Estratégicas
 Eduardo Franco– CGPV/INCA
 Élcio Novaes – Coordenador Geral de Gestão Assistencial – CGGA/INCA/MS
 Gustavo Advíncula – CGGA
 Marisa Breitenbach – CPq
 Marise Rebelo – CONPREV
 Reinhard Braun – Coordenação de Planejamento / INCA

Rosamélia Queiróz da Cunha – Assessora Direção Geral

Convidados:

José Getúlio Segalla – **convidado**
 Maria do Carmo E. da Costa – **Divisão Vigilância / INCA**
 Marceli de Oliveira Santos – **CONPREV**
 Mônica Lisboa Torres – **CONPREV**
 Letícia Casado – **Serviço de Edição**
 Maria Lúcia Giordani – **DGH/MS**

1. Aprovação da ata da reunião ordinária 17.10.12.....Dr. Luiz Antonio Santini
 Aprovada, sem ressalvas.

2. PNAO e a revisão da Portaria GM/MS 2.439 – Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer nas Redes de Atenção.....Dra. Maria Inez Pordeus Gadelha
 informa que o Dr. José Eduardo Fogolín Passos, Coordenador-Geral da Média e Alta Complexidade/DAE/SAS, não pôde comparecer, pois houve coincidência entre três reuniões marcadas para hoje: CONSINCA, Planejamento do Departamento da Atenção Especializada e Grupo de Programa de Qualidade em Mamografia.

Observou na Ata da reunião realizada em 17/10/2012 a discussão que houve sobre a Política de Atenção Oncológica e todo o processo de revisão que está acontecendo em conjunto com INCA, mas muito centrada na questão da doença crônica. Com o lançamento do plano estratégico para o enfrentamento das doenças crônicas, que foi lançado na Assembleia da ONU, em 2012, todo o processo do Ministério da Saúde foi encaminhado nesse sentido, no cumprimento do plano estratégico. A PNAO, com este nome próprio, que já mostrava o quanto se debruçava sobre a Alta Complexidade, começou a sofrer esse processo de revisão crítica, com a discussão interna de vários grupos, organizando desde o ponto de vista da promoção da saúde e controle do tabagismo, até a incorporação de tecnologias. Foram discussões muito abrangentes, das quais o Sr. Reinhard

Braun participou de algumas reuniões, assim como o Dr. Luiz Antonio Santini, que participou através de videoconferência, de modo que se chegou a propor a Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer, que seria exatamente para avançar na Portaria GM/MS 2.439/2005. No entanto, nos últimos 15 dias, quando foi apresentado ao Colegiado da SAS e ao Colegiado no Ministério da Saúde, a decisão foi firmada. Muitas coisas que são feitas para a prevenção e o controle do câncer também são feitas para outras doenças crônicas; então, a Política é de Rede de Atenção para o Controle das Doenças Crônicas e, desse modo, o câncer passa ter o seu foco dentro das especificidades dessa Rede. O nome que estará sendo proposto é Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer nas Redes de Atenção das Doenças Crônicas.

Com toda experiência acumulada e conhecimento de estruturação do SUS, vê-se claramente a dificuldade que os profissionais da saúde e os gestores do SUS têm com a Política, por ser o câncer tão complexo. Portanto, a primeira diretriz é que haja uma linha de cuidados prioritários, focando os casos de câncer que são prevalentes e também aqueles que oferecem uma oportunidade de um diagnóstico precoce, embora não tão prevalente, mas muito vulnerável, como é o caso do câncer da cavidade bucal e com especial ênfase no câncer infanto-juvenil e da hematologia. As linhas de cuidado se farão conforme a característica daquele câncer: se tem a prevenção, se tem a possibilidade do diagnóstico precoce e dependendo, portanto, do tipo de tumor.

O que está no começo da discussão e o que ficou alinhado como o ponto de partida é o papel da atenção básica, que é fazer a promoção da saúde e prevenção com diagnóstico precoce e rastreamento. Ou seja, é envolver mais a atenção básica tanto na coleta do exame citopatológico para a prevenção do câncer do colo uterino com qualidade, como também orientar melhor a solicitação de mamografia para rastreamento.

Quanto às média e alta complexidades, a atualização dos procedimentos de cirurgia oncológica foi apresentada ao CONASS, CONASEMS e CIT, quando a questão do diagnóstico foi muito discutida. Foi apresentada a necessidade da atualização dos procedimentos de cirurgia oncológica e que as ações da média complexidade, como consulta especializada e exames, teriam que correr junto com a linha de cuidado e de estruturação da Rede. Trabalhar na média complexidade a ampliação do diagnóstico diferencial e diagnóstico precoce; ampliação do acesso a exames de imagem, endoscopias e cito/anatomopatologia, imunohistoquímica; estratégias para ampliação do diagnóstico: fortalecimento das ações do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero – SRC; fortalecimento das ações do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama – SDM.

Na assistência farmacêutica, pensa-se a centralização de compra de medicamentos de uso isolado: Imatinibe (Glivec®) - implantado; Trastuzumabe (Herceptin®) – em curso; Hormonioterapia – em proposta, o que visa à redução de custo.

Na alta complexidade, a grande pressão dos gestores municipais e estaduais é de flexibilizar o parâmetro de necessidade de serviços. Dra. Inez salientou que muitas vezes informou que o Brasil hoje precisaria de 358 hospitais habilitados em oncologia, produzindo o mínimo parametrizado. Hoje, há 256, embora na totalidade sejam 274, mas alguns são exclusivos de hematologia, exclusivos de oncologia pediátrica ou exclusivos de cirurgia oncológica e, portanto, não contam como sendo a necessidade. Há, assim, a falta de 102 hospitais que os gestores podem apresentar para habilitação.

Dr. José Eluf Neto questiona como foi feita a previsão de 358 hospitais.

Dra. Maria Inez Gadelha informa que isso foi o que gerou a mudança do parâmetro. A necessidade é casada para cada 1.000 novos casos, observando uma determinada região de acordo com as incidências que o INCA publica, exceto do câncer de pele (que fica co-relacionado com a produção de radioterapia e de cirurgia), e então se estabelece o número de hospitais necessários.

Dr. Gustavo Advíncula pergunta se os hospitais já habilitados estão bem distribuídos ou se estão concentrados em determinadas regiões.

Dra. Maria Inez Gadelha informa que, com exceção do Estado de São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul, muitos estão concentrados na capital. Como está sendo a discussão: mantêm-se os 1.000 novos casos como parâmetro e só irá fazer uma interiorização trabalhando com a população

territorial de saúde. Se aquela população para 500.000 habitantes acima de 50 anos alcançar dentro uma região 1.000 novos casos, então passa a ser regional, dentro de um Estado.

Dr. José Eluf Neto informa que tem lido com certa frequência que é preciso que o hospital tenha um número mínimo de produção cirúrgica. A qualidade do atendimento depende muito do cirurgião, ou seja, é preciso escolher um cirurgião em hospital correto, o cirurgião não pode operar qualquer tumor. Tem lido que, dependendo do movimento, o hospital não pode mais fazer determinada cirurgia, pois o número é muito pequeno e economicamente não seria viável. Pergunta se isso é levado em conta.

Dr. Ademar Lopes complementa que em alguns casos, quanto mais cirurgias o hospital realiza em um doente, principalmente de alta complexidade, os resultados são piores. Temos no país médicos operando câncer, como por exemplo, tumor de partes moles, por 4, 5 vezes, mal operado, gastando mais dinheiro, mutilando mais e curando menos. Há hospitais habilitados como UNACON ou CACON em que não há cirurgião oncologista.

Dra. Maria Inez Gadelha informa que, dentro da norma, existe a exigência de que haja um mínimo de produção e que tenha responsável técnico na área de cirurgia (que seja um cirurgião oncológico), na oncologia clínica e na radioterapia.

Habilitação de hospitais para atendimento oncológico

Critérios:

- Novas habilitações, prioritariamente fora das capitais, com base na proporção de habitantes com mais de 50 anos/500mil habitantes;
- Considerar a necessidade de ampliação, inclusive da parcela da população de saúde suplementar não assistida (preferência interior dos Estados).
- Permanência do número mínimo de 1.000 CNC/ano/hospital.

Parâmetros de produção:

- Cirurgia: 600 a 700 cirurgias oncológicas (estimular essa modalidade)
- Radioterapia: 40.500 a 42.000 campos/ano/equipamento
- Quimioterapia: **6.600 a 8.100** procedimentos/ano

Destaca a quimioterapia, pois, no estudo, foi observado que a estimativa de necessidade não incluía a acumulação de doentes com a progressão dos anos; enquanto a radioterapia fica é baseada na capacidade instalada e produtividade dos equipamentos.

Dr. Robson Ferrigno comenta que a questão de campos/ano/equipamento para radioterapia deve ser abandonada, senão fica sob o status de que não é importante para saúde pública, e que, enquanto a radioterapia for precificada por campo, ninguém vai aderir a isso. É preciso “empacotar” a radioterapia, e a matiz seria por paciente. É um absurdo, para metástase óssea, fazerem 20 dias de tratamento enquanto poderia ser feita uma aplicação com 5 dias. Precisa-se aliar qualidade e a forma de precificação; então a estimativa não seria por campo e, sim, por paciente, como, por exemplo, seriam 600 pacientes que precisariam de radioterapia por ano. O que será uma revolução para a Política de Saúde Pública.

Dra. Maria Inez Gadelha informa que esse é o desafio e o compromisso para a próxima etapa da radioterapia, pois é preciso lidar o com o sistema de informação e fazer-lhe mudanças adaptativas. Informa também que a quimioterapia sempre se mostrava muito além do parâmetro e foi percebido que não se considerava a acumulação; enquanto que as radio e cirurgia se esgotam dentro do ano. O paciente que é diagnosticado tem a possibilidade de se operar naquele ano e receber a radioterapia no ano. Assim, essas duas áreas não acumulam esses procedimentos dentro do sistema; no entanto, estavam trabalhando com parâmetro anual de quimioterapia, sem considerar a taxa de acumulação. A permanência média do paciente do SUS em quimioterapia é de 5 anos. Quando foi observada a falha dos parâmetros da Portaria SAS 741, de 19/12/2005, o estudo foi reprocessado e serão testados os seguintes parâmetros de produção:

- Quimioterapia – 4.200 procedimentos/ano para cada 1.000 casos novos. Parâmetro de produção a ser ajustado (acumulação) para 6.600 a 8.100 procedimentos/ano.
- Radioterapia – 40.500 campos/ano para cada 1.000 casos novos.
- Cirurgia – 600 cirurgias oncológicas/ano para cada 1.000 casos novos.

Assim, para a reorganização da Rede de Atenção Oncológica serão adotados os dois parâmetros:

- Mínimo de 1.000 casos novos de câncer/ano/hospital para novas habilitações, preferencialmente fora de regiões metropolitanas de capitais.
- Além, a cada 500.000 habitantes acima de 50 anos fora de região metropolitana, um hospital habilitado em oncologia.

O parâmetro da necessidade de serviço de hospitais está sendo modificado, mas com foco na interiorização com abrangência regional e também está sendo modificado o parâmetro de produção.

A situação da produção no SUS está abaixo da necessidade. Por exemplo, de 256 hospitais que produziram em cirurgia oncológica, apenas 94 produziram mais de 600 procedimentos no ano de 2011.

Dr. Gustavo Advíncula pergunta se há alguma ideia do motivo da baixa produção (falta de pessoal, falta de incorporação de nova tecnologia...).

Dra. Maria Inez Gadelha informa que o motivo principal é a tabela de procedimentos. Prossegue, mencionando a evolução da alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica, na qual, em setembro de 1998, havia 272 estabelecimentos de saúde habilitados na oncologia do antigo SIPAC CÂNCER, sendo que, na realidade, havia a multiplicação de serviços, de CNPJ. Uma Santa Casa, por exemplo, contava com três CNPJ's diferentes: 1 para cirurgia, 1 para serviço de radioterapia e 1 para o serviço de quimioterapia. A partir de 1999, começou a ser aplicada a base conceitual para organizar o sistema, dessa forma, os serviços isolados começaram a diminuir e a habilitação passou a ser do hospital e não do serviço isolado. Em 2005, houve melhoria com a Portaria GM/MS 2.439 e com a Portaria SAS741, e o objetivo é fazer outra melhoria a partir dessa nova versão da Política.

As habilitações continuaram, seja para atualizar, como, por exemplo, o IMIP passando de UNACON para CACON, mudando o grau de sua habilitação. Em 2011, foram habilitados 5 hospitais de um total de 8 solicitados e em 2012 foram habilitados 7 e atualizados 4, totalizando 12 hospitais.

Habilitações em Oncologia	N^o
Unacon com RT / Cacon	137
Unacon	116
Unacon Exclusivas	13
Hospitais Gerais	8
Total	274

Com esta atualização de parâmetros há a possibilidade de se habilitar 190 hospitais a mais do que se tem hoje. A pergunta é se há hospital para isso, com o mínimo que se exige de estrutura, recursos humanos e equipamentos.

Casos Novos de Câncer – Brasil – 2012 (sem câncer de pele)	384
Habilitações (excluindo exclusivas de CO, Pedia e Hemato)	253
Déficit (parâmetro atual)	131
Ampliação para interiorização	59

Apresenta os investimentos aprovados para Oncologia:

- Laboratórios de Citopatologia
- Serviços de Referência para o Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC)
- Serviços de Referência para o Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM)
- Serviços de Referência para o Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) e Serviços de Referência para o Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM)
- Radioterapia - Convênios

O dinheiro existe, mas há grande dificuldade de empenho e execução.

Menciona a Lei 12.732, que obriga o SUS iniciar o primeiro tratamento de câncer em até 60 dias após o diagnóstico.

Dr. Robson Ferrigno e Dr. José Eluf Neto informam que não há condições de obedecer este prazo.

Dr. Luiz Antonio Santini retoma a reunião, perguntando se alguém gostaria de fazer algum comentário sobre a apresentação relativa às mudanças da Portaria, observando que alguns detalhes ainda serão tratados em termos de responsabilidades, definição de competência, mas do ponto de vista conceitual, foi apresentado pela Dra. Inez.

Dra. Maria Inez Gadelha acrescenta que tudo o que foi apresentado está sendo levado à discussão com os gestores municipais/estaduais, pois, a rigor, são eles que irão executar, negociar e pactuar com os prestadores de serviços.

Dr. Luiz Antonio Santini informa que, no que se refere à Lei 12.732, sugere que voltem a se aprofundar e discutir a mesma.

Dr. José Getúlio Segalla solicita que Dra. Inez esclareça o que realmente irá mudar na Lei, pois o que foi apresentado, já está na Portaria SAS741, com exceção da mudança de parâmetro. Também sugere que o INCA deveria solicitar a oficialização dos Centros de Referência. O Estado de São Paulo, por exemplo, não encaminhou nenhum documento, mas internamente, definiu os Centros de Referência e os encaminhamentos regionais.

Dra. Maria Inez Gadelha informa que os Centros de Referência não irão acabar, mas eles nunca foram apresentados pelos gestores e não estão publicados em Portaria. Esclarece que não irá mudar e, sim, melhorar. Do ponto de vista do foco exclusivo na Alta Complexidade, que é a oncologia, a grande mudança na alta complexidade é a mudança de parâmetro e inserção dos hospitais habilitados em oncologia na Rede de Atenção. O objetivo é que esta Alta Complexidade não continue isolada daquele contexto regional e de que forma o hospital pode participar da Média Complexidade, subsidiar o gestor, em que bases ele pode pactuar para aumentar a atuação do gestor e organizar a rede. Na reunião de Secretariado do Ministério da Saúde foi feita uma apresentação em que 45% dos doentes, na maioria dos hospitais, não têm regulação, então, o acesso fica desconhecido.

Novamente chama a atenção para que, no caso da cirurgia, de 256 hospitais apenas 94 produzem acima de 600 procedimentos, ou seja, produzem dentro do parâmetro.

Dr. José Getúlio Segalla ressalta dois pontos:

1) Houve uma época em que havia o Programa Nacional de Câncer que depois virou a Divisão de Doenças Crônicas na qual houve uma perda de identidade de oncologia, até a entrada dos credenciamentos, os SIPAC's. O fato de se deixar de dar atenção para o câncer, que é a segunda causa de morte no País, e juntar em um pacote que irá cuidar de diabetes, pressão alta etc. trazo receio de se perder a identidade da oncologia.

2) Sobre a distribuição centralizada de medicamentos, o Glivec foi um caso muito específico de uma doença pouco frequente, são poucos pacientes e poucos serviços que tratam, o medicamento pode ser armazenado e, mesmo assim, houve desabastecimento, os centros de referência começaram a receber muitos pacientes, ultrapassando as cotas e foi preciso fazer um ajuste de percentual. Agora será dado um passo monumental, já que, a partir de janeiro, estará em vigor a nova APAC com distribuição centralizada de um antineoplásico que é para uma doença muito mais frequente e que exige cadeia fria para armazenamento. Preocupa-se como se dará esta distribuição, já que, no passado, antes de entrar a tabela de 1998, o tamoxifeno era dado na rede pública, entregue pelas secretarias e havia a falta do medicamento. Cerca de 30% das APACS do país serão mexidas, e um volume brutal de pessoas e medicamentos irá circular e será preciso criar postos de distribuição. O Ministério da Saúde está tomando uma atitude que vai contra toda a linha usada desde o início que criou a tabela atual de quimioterapia, de responsabilizar o serviço pela distribuição do medicamento. Sugere que as sociedades e o CONSINCA sejam chamados para participar da discussão sobre a centralização, pois tem receio de um retrocesso. É preciso manter a rede temática de oncologia funcionando. No interior de São Paulo, as redes assistenciais à saúde estão deteriorando o dinheiro da oncologia e mandando pacientes. Não se pode deixar isso perdido e deixar de ter uma rede temática em oncologia.

Dra. Maria Inez Gadelha informa que essa é a grande discussão: a diferença entre câncer e oncologia. Não vai deixar de ter a alta complexidade. A questão é de que forma se pode melhorar a prevenção e o diagnóstico e que isso fique integrado. O objetivo é melhorar a qualidade do atendimento. Com relação à distribuição de medicamento para oncologia, está sendo feita de forma muito cuidadosa, zelosa e discutida. O maior déficit da balança comercial do Brasil é com medicamentos, pagando-se no Brasil preços muito mais altos do que em outros países. Nas reuniões, sempre alerta sobre a central de medicamentos que existiu no tempo do INAMPS. O que não pode continuar é o SUS pagar R\$ 75,00 por uma caixa de tamoxifeno e comprar por R\$ 4,00 no bloco da Assistência Farmacêutica. A centralização de medicamentos que são de uso único é que está em discussão, e de que forma se pode baratear o preço.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias Já estava passando da hora de vincular o câncer com as doenças crônicas, pois o doente de câncer também tem diabetes, problemas cardíacos, etc. A lógica desta revisão é inteligente, está correta, mas a nossa realidade é outra. O Diretor de um hospital de uma determinada região começa a fazer quimioterapia porque dá lucro; então, ele inicia o serviço não para resolver o problema do sistema, mas, sim, para resolver o problema financeiro do hospital. Hoje, se trata o paciente enquanto ele dá lucro; depois, ele fica abandonado no sistema e os hospitais de referência são obrigados a aceitar os pacientes que são extremamente deficitários. Os hospitais habilitados como UNACON ou CACON ficam com os pacientes já manuseados, e é muito mais difícil conduzir o paciente quando ele foi manuseado erradamente no começo do que quando ele ainda é virgem de tratamento. Se existe uma proposta de interiorização, estes centros deverão ser responsáveis pelo paciente até o final, principalmente o paciente terminal e que necessita de cuidados paliativos. O outro ponto é que observa que o gargalo está na média complexidade, ou seja, é o paciente que não consegue fazer biópsia, que espera por seis meses para fazer uma colonoscopia e, pela apresentação, observou que as ações da média complexidade irão permanecer as mesmas. É a favor da revisão, mas alguns pontos deverão ser bem definidos.

Dra. Maria Inez Gadelha informa que a montagem de redes de atenção do Ministério da Saúde (rede cegonha, rede de urgência e emergência) está sendo focada na média complexidade. Dentro da rede, se especifica linha de cuidado para o diagnóstico, a confirmação de diagnóstico e o cuidado até o final, em cuidados paliativos. Isso foi feito na rede de urgência, na qual se tem avançado bastante e vai ao longo da permanência e da necessidade do doente dentro do sistema. Chama atenção para a gestão do SUS, que tem melhorado.

3. **Atualização dos Procedimentos de Cirurgia Oncológica...Dra. Maria Inez Pordeus Gadelha** inicia informando que, embora o assunto já tenha sido discutido em reuniões anteriores, apresentará ao CONSINCA a informação final de como o trabalho evoluiu. Já foi apresentado ao CONASS, CONASEMS, CIT e inclusive à Assembléia Geral da ABIFICC. Aquilo que se

chamava de cirurgia oncológica, no SUS, estava sendo minoria na produção de procedimentos cirúrgicos de câncer. Mesmo nos hospitais habilitados, foi diagnosticado uma grande produção na média complexidade, fora da Cirurgia Oncológica.

Em 2011 a situação da produção de procedimentos de Cirurgia Oncológica (PCO) estava da seguinte forma:

- Produção na MC nos hospitais não habilitados em oncologia.
- Produção na MC nos hospitais habilitados em oncologia (em torno de 50% com tendência à redução, após a Portaria SAS 741/2005).
- Utilização incompatível, técnica e epidemiologicamente, de AIH de procedimentos de “Cirurgias Múltiplas” e de “Procedimentos Sequenciais”.
- Estabilização da produção de PCO.
- Manifestações repetidas de inviabilidade para a prestação de PCO (hospitais).
- Manifestações repetidas de dificuldade de acesso assistencial (gestores).
- Aumentos progressivos da radioterapia e da quimioterapia (em “substituição” a tratamentos cirúrgicos).
- Desde 2002, tentativas repetidas, mas inefetivas, de se apresentar uma proposta de atualização dos PCO.

Metade da produção dos hospitais habilitados era fora da cirurgia oncológica. Foram observados dois motivos:

1) A cirurgia oncológica era um pacote e havia pouca compatibilidade com outros procedimentos e também não havia compatibilidade com materiais, órteses e próteses, sendo para o hospital muito mais viável fazer a compatibilização na média complexidade, que não precisa de habilitação.

2) O outro motivo é o teto financeiro. Quando se publica na Portaria que determinado hospital será habilitado em oncologia, é informado o quanto será para cirurgia, quanto será para radioterapia e quanto será para a quimioterapia. Na Cirurgia Oncológica, como se parte de uma base distorcida, sempre vem o subfinanciamento da cirurgia de câncer na alta complexidade. A informação é fornecida pelos hospitais que executam o serviço, e a atualização em pauta vai limpar a informação na parte da oncologia.

Foi observada uma grande estabilização no procedimento de cirurgia oncológica desde 2006, e também começaram a se registrar relatos de substituição de tratamentos na oncologia, principalmente na área de cabeça e pescoço, mantendo pacientes em tratamento de quimioterapia e radioterapia em vez de operá-los, conforme se vê a seguir (em R\$ milhões):

	Cirurgia Oncológica	Radioterapia	Quimioterapia	Iodoterapia do CDI	TOTAL
1999	87,00	77,00	306,00	0,05	470,05
2006	146,00	146,50	966,80	1,50	1.260,80
2007	159,0	147,0	1.000,0	2,3	1.308,30
2009	172,8	163,7	1.228,4	4,1	1.569,00
2010	173,2	209,5	1.473,6	4,6	1.860,90
2011	173,9	349,5	1.630,5	4,8	2.158,70

Mais do dobro da cirurgia de câncer no Brasil acontece fora da habilitação em oncologia:

CIRURGIA DE CÂNCER - HABILITADOS E NÃO HABILITADOS - 2011			
UF	HABILITADOS	NÃO HABILITADOS	TOTAL GERAL
Total Geral	155.897	250.807	406.704

A grande discussão que se deu no grupo de trabalho é se realmente existia a cirurgia oncológica, já que mais da metade está se produzindo fora dela. A resposta foi que existe, sim: cirurgia oncológica diz respeito a procedimentos cirúrgicos que consideram a invasão (margens

livres e adequadas), disseminação por continuidade e contiguidade, ressecção em bloco ou não, ou procedimentos cirúrgicos específicos (por exemplo, a traqueostomia transtumoral).

Foi feita uma atualização técnica, e procedimentos foram colocados adequadamente em sua forma de organização:

TOTAL DE PCO PROPOSTOS PELO GT	127
EXCLUÍDOS	57
por mudança de Forma de Organização	10
reincluídos	28 de 47
INCLUÍDOS (informados e com o acordo da CONITEC)	59
duplicados/reincluídos	48
novos em oncologia	11
ALTERADOS	63
TOTAL	122
PENDENTES (a serem avaliados pela CONITEC)	5

Com exceção de quatro procedimentos, todos os demais tiveram alteração no valor, tanto no SP como no SH e 5 ficaram pendentes, pois não passaram na CONITEC e serão discutidos em 2013. Também havia a proposta de material, como, por exemplo, cânula de traqueostomia com balão, que não consta na tabela do SUS, e também serão discutidos em 2013.

Dr. Helvécio Miranda Magalhães Jr. - Secretário da Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde, orientou que as avaliações a partir de 2011 não deveriam ficar restritas a valoração. Então, dos 256 hospitais avaliados, foi verificado que 94 hospitais estão produzindo acima de 600 procedimentos e que, mais ou menos 15, produzem acima de 1.000 procedimentos. Dessa forma, os hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia, de acordo com a respectiva produção anual de procedimentos cirúrgicos de câncer nas média e alta complexidades, inclusive os do Grupo 04-Subgrupo 16-Cirurgia Oncológica, e tendo como referência a produção aprovada no ano de 2011, foram assim classificados:

- Porte A: 1.000 ou mais procedimentos/ano
- Porte B: de 600 a 999 procedimentos/ano
- Porte C: menos de 600 procedimentos/ano

Os hospitais de porte A e B receberão incentivo de 20% sobre o valor do SH e do SP dos procedimentos do Grupo 04-Procedimentos Cirúrgicos Subgrupo 16-Cirurgia em Oncologia, como um reconhecimento pela boa participação no SUS.

Cenários apresentados:

- a. Aumento linear de até 50% no valor de praticamente todos os procedimento mantidos ou alterados.
- b. Aumento focal no valor de procedimentos, variável com a complexidade, expertise exigida, relevância epidemiológica (cânceres prevalentes), caráter estratégico (relação direta com as ações de fortalecimento no tratamento do câncer, estímulo à produção necessária ou desestímulo à produção indevida), atualização técnica e tecnológica e grau de defasagem no valor atual do SP ou do SH. (*)
- c. Incremento de 30% (que resulta no incremento de 18% nas frequências de 2011) dos procedimentos de cirurgia oncológica, para cobrir a migração de procedimentos de média complexidade para os correspondentes de alta complexidade.
- d. Incentivo de 20% no SP e no SH concedido sobre os valores dos procedimentos de Cirurgia Oncológica (inclusive sobre a remuneração percentualmente decrescente estabelecida para os procedimentos sequenciais) para os 94 hospitais que, em 2011, produziram 600 ou mais procedimentos cirúrgicos de câncer (nas média e alta complexidades).

e. Impacto das compatibilidades incluídas ou com quantitativo aumentado.

(*) Só no Cenário 1.

CENÁRIOS DE IMPACTO ANUAL (EM R\$) DA ATUALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ONCOLÓGICOS							
Portaria - oncológicos	2011	CENÁRIO 1			CENÁRIO 2		
		Valor do Impacto	Total	Aumento percentual	Impacto	Total	Aumento percentual
Cirurgia Oncológica	172.149.329,91	205.804.682,30	377.954.012,21	120%	179.248.955,46	351.398.285,37	104%
Oncohematologia	14.235.423,11	24.764.962,50	39.000.385,61	174%	24.764.962,50	39.000.385,61	174%
TOTAL	186.384.753,02	230.569.644,80	416.954.397,82	124%	204.013.917,96	390.398.670,98	109%

O Cenário 1 foi o aprovado.

A oncohematologia aparece no quadro, pois foi orientado que fosse feito um estudo para melhorar o valor da AIH de internação para quimioterapia de leucemia aguda. Foi averiguado que hospitais tinham um gasto com a internação que variava de R\$ 1.300,00 até R\$ 13.000,00, sendo essa variação justificada pela gravidade do doente que necessite de UTI, antibiótico etc. Foi então dado aumento de 300%, para que, no final, para o paciente que ocupe toda a permanência da AIH, o hospital receba R\$ 9.000,00 ao invés de R\$ 3.000,00, mas, como o ressarcimento é por diária, o aumento será em cima da diária.

A questão da contratualização está no DRAC para se verificar como se pode orientar o ajuste dos contratos.

Dr. Luiz Antonio Santini agradece a apresentação da Dra. Inez e parabeniza pelo esforço e experiência que agrega valor ao trabalho.

Dr. Ademar Lopes menciona que esperam que a portaria seja assinada até o final do mês. Na reunião da ABIFICC ficou decidido que, se ela não for assinada até o final do mês, haverá uma reunião da ABIFICC com a imprensa para informar que o problema de atender os pacientes em 60 dias após o diagnóstico, conforme determinação da Presidência da República, seria a defasagem da tabela.

Dr. José Getúlio Segalla ressalta que tanto cirurgias múltiplas como cirurgias sequenciais, pela definição do DATASUS, estão na média complexidade. Pergunta para Dra. Inez se o novo código a ser criado para cirurgia sequencial em oncologia será código de alta.

Dra. Maria Inez Gadelha informa que o primeiro procedimento da relação de procedimentos incluídos chama-se “procedimentos sequenciais em oncologia”. O Anexo I traz os procedimentos incluídos e o Anexo II, os alterados. Já o Anexo III traz as compatibilidades dos procedimentos sequenciais; o anexo IV, as OPM; e o V, os hospitais que receberão o incentivo já em 2013.

Dr. Ademar Lopes menciona que mais de 50% dos procedimentos em cirurgia oncológica são feitos em hospitais não habilitados. A nova tabela vai valer somente para os hospitais habilitados?

Dra. Maria Inez Gadelha responde positivamente.

Dr. Ademar Lopes menciona que isso é um grande progresso, pois irá estimular que o paciente seja diretamente encaminhado para os centros de referência.

Dr. José Getúlio Segalla pergunta sobre a manutenção do incentivo, se não haverá uma punição para os hospitais que já trabalham em carga total e não têm condições de aumentar a produção.

Dra. Maria Inez Gadelha responde que há um artigo na Portaria que diz que, com um ano, quando haverá a avaliação da produção para poder manter o incentivo, o DRAC e o DAE adequem os parâmetros e a programação físico/orçamentária. Dentro dessa avaliação é que se poderá abrir uma nova faixa.

4. Dia 27 de novembro e os lançamentos do INCA nesta data.....Dr. Claudio Noronha apresenta os lançamentos que foram divulgados no dia 27/11/2012 na ocasião da data comemorativa do Dia Nacional de Combate ao Câncer. O Informativo da Vigilância do Câncer nº 3 traz informações sintéticas dos registros de câncer em 22 cidades, analisando inclusive tendências, com vários registros constando dados de quase uma década.

Dr. José Eluf Neto menciona que tem dúvida da qualidade de alguns registros, ou seja, se é possível manter a qualidade da informação dos registros em cada capital brasileira e mais em algumas cidades. Por exemplo, em Palmas e João Pessoa há aumento da mortalidade e da incidência em câncer de pulmão. Será que este registro é real ou tem atraso? Será que realmente está havendo redução do tabagismo em quase todas capitais brasileiras? Quanto tempo é preciso para estabilizar e para ter o controle de qualidade?

Dr. Claudio Noronha responde que tem havido uma melhora da cobertura da coleta da informação. No Informativo consta um gráfico de comparação ano a ano para cada uma das cidades, e é possível ver a melhora quando se faz uma análise de tendência e se percebe que existe uma estabilização. O importante é mostrar que em grandes e pequenas cidades já há uma tendência de quedas.

Já no caso de câncer de intestino, a situação é bem diferente, e os valores mostram crescimento tanto na incidência como na mortalidade. Essa análise está sendo feita pela primeira vez e servirá como um ponto de referência.

No caso de câncer do colo do útero, é possível observar que na maior parte das cidades já ocorre redução, tanto da incidência como da mortalidade, exceto em Aracaju e João Pessoa, justamente pela situação de estar se conhecendo melhor a realidade; mas no gráfico, é possível verificar que a tendência é a redução.

Outro lançamento feito no dia 27/11/2012 foi na BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, “Prevenção e Controle de Câncer”, que é uma parceria desenvolvida pelo Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica do INCA, com a BIREME, a OPAS e a Coordenação-Geral de Documentação e Informação do Ministério da Saúde e, também, o catálogo de bolso, que foi gerado após uma exposição feita em parceria com FIOCRUZ, com informações da trajetória do controle do tabaco no Brasil.

A publicação que está sendo lançada hoje, dentro do contexto da celebração dos 75 anos do INCA, é o Registro Hospitalar do Câncer que apresenta informações sobre a assistência hospitalar do INCA processadas nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), refletindo as mudanças ocorridas na série temporal, conhecendo o perfil do paciente com neoplasia maligna que procura o INCA, sua condição de chegada e os recursos utilizados no diagnóstico e tratamento.

E, por fim, a tradução em Português, a partir da publicação da UICC - International Union Against Cancer, do TNM – Classificação de Tumores Malignos (7ª edição), que fornece as normas e critérios mais atualizados, internacionalmente consensuados, para descrever e classificar o câncer segundo o estágio e a progressão da doença.

Dr. Luiz Antonio Santini acrescenta que as informações são extremamente importantes e significativas para busca de melhorias e qualidade para gestão e atenção à saúde no Brasil.

5. Rede de Câncer Familiar.....Dra. Marisa Breitenbach menciona que deseja dar um retorno sobre a apresentação feita no ano passado acerca da Rede de Câncer Familiar, que foi uma iniciativa surgida por incentivo do DECIT, em 2006. Com o objetivo de uma atividade translacional, essa Rede agora está apresentando uma proposta ao Ministério da Saúde, não só para criar centros de referências para aconselhamento genético, como para o diagnóstico molecular em câncer familiar, entendendo que 10% dos cânceres têm essa característica.

A proposta foi apresentada inicialmente no CONSINCA, e o trabalho do grupo foi identificar quais seriam os cânceres de caráter hereditário que teriam prioridade na Rede e como seria o processo de implementação.

- Neoplasia endócrina múltipla
- Câncer gástrico
- Síndrome de Von Hippel Lindau
- Retinoblastoma
- Polipose adenomatosa
- Polipose colônica

A ação de curto prazo seria o credenciamento de centros de referência. Há duas semanas, foi feita uma reunião no INCA sobre as instituições que teriam maior expertise para essa área e foram identificadas sete instituições que se propuseram a iniciar este processo:

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- Universidade Federal do Pará
- Universidade Federal da Bahia
- ICESP/SES-SP
- Hospital de Câncer de Barretos
- Hospital AC Camargo
- USP de Ribeirão Preto
- INCA

Esses centros podem ser identificados em 3 níveis, sendo o primeiro, para acompanhamento clínico e genético; o segundo, para a realização de testes moleculares; e o terceiro faria não só o aconselhamento, mas também o diagnóstico molecular.

Dra. Maria Inez Gadelha alerta que ainda ontem na reunião de planejamento do Departamento de Atenção Especializada/SAS/MS, foi referida, no levantamento de situação atual, um grupo que está formulando a estruturação da genética clínica do SUS. É preciso que a Rede de Câncer Familiar esteja integrada com essa estruturação para não conflitar com ações e procedimentos propostos e incorporados.

Dra. Marisa Breitenbach complementa que a proposta é diferenciada, pois não estão somente se preocupando em incorporar exames, mas, também, “quem irá realizá-lo”. Foi feito um estudo incluindo valores, em que há uma comparação do quanto é cobrado na iniciativa privada e como essa rede pública, que está se estruturando a princípio com esses 7 hospitais, está propondo em termo de valores. A proposta desse grupo é capacitar pessoas, o que diferencia da proposta do grupo da genética clínica.

6. Processo de Incorporação do Trastuzumabe..... Dra. Maria Inez Pordeus Gadelha

Inicia informando que em 13/12/2012 (amanhã), haverá reunião do Ministério da Saúde com a Assistência Farmacêutica e os Centros de Controle e Avaliação de todos os Estados, para discutir e apresentar como será a distribuição do Trastuzumabe no SUS. Não é tão simples como a distribuição do Glivec, que é em dose única, fixa. O valor do Trastuzumabe já foi negociado com a Roche, tendo iniciado por um preço e já conseguiram uma redução bastante expressiva.

Através de Ofício, os hospitais habilitados em oncologia foram informados que deveriam cadastrar no FormSUS os pacientes que são tratados de câncer de mama. Dos 251 hospitais que se cadastraram, apenas 92 informaram os doentes e serão eles que receberão a primeira remessa já em Janeiro.

Esses hospitais incluíram 2.731 doentes no FormSUS, sendo que entre eles, estavam pacientes operados em 2009 – 2010, pacientes com câncer metastático, pacientes em cuidados paliativos, ou seja, sem a indicação decidida pela CONITEC. No final, 263 doentes estariam dentro das indicações para o uso do Trastuzumabe, já para a primeira remessa, num total de 1.078 frascos de medicamentos de 440mg, depois passando para os frascos de 150mg.

Dr. José Eluf Neto informa que vários clínicos estão se queixando que o Trastuzumabe poderia estar sendo utilizado em outras situações que a CONITEC não aprovou.

Dra. Maria Inez Gadelha responde que a CONITEC não nega que o uso Trastuzumabe apresente resultado modesto na palição, no entanto, não trará repercussão na mortalidade do câncer de mama e que há outros tratamentos disponíveis. Além do mais, é mais custo-efetivo alocar recursos no diagnóstico precoce do câncer de mama do que em doença metastática e incurável para a qual há muita disponibilidade terapêutica efetiva e menos custosa.

Dr. José Eluf Neto sugere que da mesma maneira que se deve ter qualidade e volume na cirurgia, também deveria ser exigido dos laboratórios que fazem imunohistoquímica, pois há laboratórios em que não se pode acreditar nos resultados.

Dra. Maria Inez Gadelha acrescenta que, por conta da falta de qualidade dos laboratórios, é exigido mesmo com três cruces que haja confirmação por biologia molecular do exame de imunohistoquímica. Acrescenta que na semana passada, na reunião do DECIT, a questão foi apresentada para a Rede Nacional de Pesquisa Clínica, e de que forma poderia se evoluir para que eles fossem executores de exames ou treinadores de recursos humanos e acreditadores de laboratórios. A ideia seria um projeto de pesquisa translacional pré-clínica e clínica, até financiado pelo PROADI.

Dr. José Getúlio Segalla informa que a solicitação do Ministério da Saúde para fazer a inclusão chegou fora do prazo. Não sabia qual era o interesse, mas vai fazer uma crítica, pois escrever um paciente em novembro para iniciar o tratamento em janeiro, não é cabível. Para neoadjuvância deveria haver um sistema on-line para que os hospitais recebessem o remédio, no máximo em uma semana. Em relação aos falsos positivos, informa que é preciso enviar o bloco para fazer a confirmação. No começo, os laboratórios cobravam, pois o número de HER-2 era menor que a média mundial (20% a 25%) e que a média no Amaral Carvalho no último ano foi de 16%.

Dra. Maria Inez Gadelha informa que o princípio de todo processo é complicado. Acrescenta que o Trastuzumabe faz é agregar-se a um tratamento já existente.

Dr. Hiram Silveira Lucas menciona que também não recebeu o questionário. Acrescenta que a U. S. Food and Drug Administration aprovou o Gemtuzumabe nos casos de falha do Trastuzumabe nos Estados Unidos.

Dra. Maria Inez Gadelha informa que os Estados Unidos não têm o mesmo sistema de saúde como no Brasil e estranha que o Hospital Mário Kröeff não tenha recebido o Ofício sobre o Trastuzumabe, pois foi enviado para todos os hospitais habilitados em oncologia no SUS e as cópias dos Ofícios seguiram para as Secretarias de Saúde.

Dra. Marisa Breitenbach acrescenta, comentando sobre a questão do diagnóstico, informando que estão montando um laboratório de pesquisa molecular para retificar os exames. Há uma questão de base que, pela clonalidade do tumor, como o câncer de mama tem vários subtipos que ainda não se consegue diagnosticar por imunohistoquímica e que há uma mutação interna e que não responde ao Trastuzumabe, em tumor HER-2 positivo. É preciso se desdobrar muito mais sobre essas mutações.

Dr. Luiz Antonio Santini menciona que estão se aproximando do terreno da biologia molecular, que é extremamente importante, e muitas verdades começam a ser questionadas. Devem orientar e informar adequadamente a população, da melhor forma possível. É preciso aprofundar a reflexão do ponto de vista científico desses desafios. Menciona a reunião em Lugano, com a participação de 100 grandes cientistas e pesquisadores do mundo todo, onde foi feita a pergunta se estamos perdendo ou ganhando a guerra contra o câncer, e a resposta sairá no próximo exemplar da Lancet. Temos de refletir e pensar de outra forma sobre este assunto. Cumprimenta a todos os colegas, agradece a grande contribuição do CONSINCA na implementação e discussão sobre a Política do Controle do Câncer ao nosso país e solicita para Dra. Maria Inez que transmita aos colegas do Ministério da Saúde os parabéns pelo trabalho que vem sendo desenvolvido.

Acrescenta que estamos fechando o ano comemorando o início da obra do Novo Campus e a publicação da Portaria de aprovação para o novo modelo de gestão do INCA, que ajudará não só ao INCA, mas a outras instituições complexas.

Finaliza, registrando que Dr. Luiz Augusto Maltoni afastou-se da Direção do INCA e a Dra. Marisa Breitenbach assumiu a Coordenação de Pesquisa, e que o Dr. Reinaldo Rondineli assumiu a Coordenação de Gestão Assistencial.

E, nada mais havendo, eu, Loyse Wayand Soares, redigi, digitei e encerro a presente A T A.
Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 2012.-----

..-