

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**  
Reunião nº 2 de 13/06/2018 – Auditório I do prédio sede do INCA

**Participantes:**

Ana Cristina Pinho - Diretora Geral /INCA  
Maria Inez P. Gadelha - SAS/MS  
Daniel Neves Fortes - ANCP  
José Eluf Neto - FOSP  
Arthur Accioly Rosa - SBRT  
Odilon de Souza Filho – SBC  
Janina F. L. Huguenin – SBCO  
Cristiane S. Vaucher - SBEO  
Sergio D. Simon – SBOC  
Marcelo Milone - SOBOPE  
Mario Jorge Sobreiro – SOBRAFO  
Pascoal Marracini – ABIFICC  
Rodolfo Acatauassú – ABRAHUE  
Luiz Antônio Negrão – CMB

**Ausências justificadas:**

Gastão Wagner de Souza Campos - ABRASCO  
Carlos Sergio Chiattonne - ABHH  
José Getúlio Segalla – ABRC  
Nivaldo Barroso Pinho – SBNO  
Vergílio Colturato – SBTMO  
Michele Caputo Neto – CONASS  
Mauro Guimarães Junqueira - CONASEMS  
Adriana Melo Teixeira – DAHU/SAS/MS  
Fernando Machado de Araújo – DAET/SAS/MS

Camile Sachetti – DCIT/SCTIE/SAS/MS  
Arthur Felipe S. Brito – DGITS/SAS/MS  
Cleoneide Paulo Oliveira - CNS

**Convidados INCA:**

Ailse Rodrigues Bittencourt- Chefia de Gabinete/INCA  
Angela Coe - COAS/INCA  
Mario Jorge Sobreira - COENS  
Eduardo B. Franco - CONPREV/INCA  
Elcio Antonio Ali Novaes – HCI/INCA  
Gustavo Iglesias – HCII/INCA  
Marcelo Bello – HC III/INCA  
Eliete Azevedo - HC IV/INCA  
Décio Lerner – CEMO/INCA  
Nelson Cardoso de Almeida – DIPLAN/INCA  
Marise Rebelo – CONPREV/INCA  
Liz Maria Almeida- CPQ/INCA  
Renata Knust - COAS/INCA  
Luciano Costa – CONPREV/INCA  
Ivo Oliveira – CONPREV/INCA  
Arthur Schilithz - CONPREV/INCA,  
Renata Costa – CONPREV/INCA  
Maria Tereza Guimarães – CONPREV/INCA  
Marceli Santos – CONPREV/INCA  
Marianna Cancela – CPQ/INCA  
Marise Mentzingen - COMUNICAÇÃO/INCA

Aos treze dias do mês de junho de 2018, às 10 horas, no Auditório I do prédio-sede do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, reuniu-se o Conselho Consultivo do INCA – CONSINCA, com as presenças e ausências registradas acima, para deliberar sobre a pauta do dia, da qual constavam os seguintes assuntos: (1) Notificação Compulsória; (2) Registro Nacional de Câncer; (3) Radioterapia no Brasil – Cenário atual do SUS; e (4) Revisão da Portaria SAS 140/2014. A Presidente do Conselho Consultivo do INCA – CONSINCA, Dra. Ana Cristina Pinho Mendes Pereira, saudou os presentes e passou à análise do primeiro item da pauta: (1) **Notificação Compulsória**. Dra. Ana Cristina recapitulou que, ao final da reunião do CONSINCA de 21/03/2018, o Dr. José Getúlio Segalla levantou o assunto Registro Nacional de Câncer e, a poder, a Notificação Compulsória; então, por sua sugestão, este tema foi incluído na pauta desta reunião. Ressaltou que o CONSINCA é o fórum adequado para a discussão técnica deste tema, que vem crescendo. Esclareceu que a proposta é que saia desse Fórum uma Moção para subsidiar o Ministro da Saúde a assistir o Presidente da República quanto à sanção da Lei que propõe as notificações e registro compulsórios no Brasil. Continuando, relatou que, no dia 23 de maio de 2018, foi a Brasília para participar de uma Audiência Pública, motivada pela Procuradoria Geral da República em celebração aos 05 anos da Lei dos 60 dias. Estiveram presentes, a Senadora Ana

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**  
Reunião nº 2 de 13/06/2018 – Auditório I do prédio sede do INCA

Amélia, na abertura, e vários representantes (TCU, CGU, DATASUS, INCA, SAS, FEMAMA), e assim aconteceram várias discussões sobre o que envolve a referida Lei. Resumiu que o foco da discussão foi o motivo de a lei dos 60 dias não estar sendo aplicada. Comentou que o Fórum foi extremamente produtivo, em que o INCA e o Ministério da Saúde se posicionaram a luz técnica da questão, totalmente desvinculada de qualquer aspecto político e ideológico, que é a forma pela qual uma lei desse tipo precisa ser analisada, ressaltando que caminharam no sentido do questionamento sobre a Lei dos 60 dias, que é o que ela merece realmente, no aspecto técnico. Informou que já houve desdobramentos, relatando que o TCU/SECEX/Brasília, que estava presente na reunião, a contatou por telefone no dia 12/06/2018, e informou que o decidiu conduzir uma audiência nos moldes da Procuradoria Geral da República - PGR. Contou que na evolução das discussões, foi abordada a questão do diagnóstico, pois existe um gargalo anterior entre o diagnóstico e o início de tratamento; e este é um dos motivos pelo qual a Lei dos 60 dias perde o sentido. Então, foram discutidos vários aspectos, inclusive o SISCAN, que foi retomado pelo INCA e, atualmente, a Coordenação de Prevenção e Vigilância – CONPREV/INCA, o DATASUS e o Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET/SAS, que estão trabalhando em conjunto, já avançaram bastante e continuam se organizando para o aprimoramento dessa ferramenta, pois há muita dúvida e desinformação a respeito. Explicou que há uma intenção de se melhorar o SISCAN como um monitor da Lei dos 60 dias; e com isso, se o SISCAN não funcionar para monitorar, pressupôs-se, fora do Ministério da Saúde, a necessidade de um Registro Nacional de Câncer único para um bom funcionamento, o que, no final das contas, acabará gastando mais recursos públicos, mais recursos humanos e não se conseguirá atingir o objetivo, que é uma assistência de saúde melhor para a população. Informou que, no dia 20 de junho de 2018, o Tribunal de Contas da União - TCU virá ao INCA para uma reunião, cuja pauta é Diagnóstico de Câncer (acesso e regulação), no sentido de embasar a Audiência Pública do TCU, já que foi o tema que veio à tona por ocasião dos 05 anos da promulgação da Lei dos 60 dias, e aliado à participação da própria Dra. Ana Cristina no *IARC Governing Council* do mês de maio/2018. Ressaltou que pela primeira vez o Brasil teve assento no Conselho da IARC e finalmente participou ativamente. Lembrou que o Dr. José Eluff promoveu o primeiro contato com a nova Diretora do IARC, a Dra. Elisabete Weiderpass Vainio (*médica brasileira eleita a primeira diretora-geral da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, na*

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**  
Reunião nº 2 de 13/06/2018 – Auditório I do prédio sede do INCA

*sigla em inglês). É a primeira vez que a América Latina tem representante no cargo, que até então vinha sendo ocupado por homens oriundos de países desenvolvidos desde a criação da Agência, em 1965. A Iarc é parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) e tem como missão coordenar e conduzir pesquisas sobre as causas do câncer humano e acerca do desenvolvimento de estratégias para o controle da doença. A diretora-geral foi eleita para um mandato de cinco anos, a partir de janeiro de 2019. A brasileira de Santo André (SP) graduou-se em Medicina e é mestre em Epidemiologia pela Universidade de Pelotas (RS), e é PhD em Epidemiologia do Câncer, pelo Karolinska Institutet, de Estocolmo, na Suécia, onde, atualmente, é professora do Departamento de Epidemiologia Médica e Bioestatística. É pesquisadora sênior e chefe do Departamento de Pesquisa do Instituto de Pesquisa de Base Populacional de Câncer, pesquisadora do Registro de Câncer de Oslo, Noruega, e no Samfundet Folkhälsan em Helsink, Finlândia. É também professora de Epidemiologia Médica na Universidade da Noruega. Desde 2015, ela é membro do Comitê Científico da Iarc. As pesquisas de Elisabete Weiderpass estão centradas nos fatores etiológicos (estudo das causas) de cânceres em mulheres).* A Dra. Ana Cristina relatou que em conversa, a Dra. Elisabete se posicionou com toda clareza contrária ao Registro de Câncer único. Em seguida, a Dra. Maria Inez Gadelha solicitou a palavra e explicou que há dois processos em andamento no Brasil. Relatou que o Dr. José Getúlio Segalla, pela Associação Brasileira de Registros de Câncer (ABRC), e Sandro Martins, pelo Ministério da Saúde – MS, participaram de uma reunião com a FEMAMA e o IMAMA e fizeram uma proposta. Ressaltou que Sandro participou como ouvinte, não tendo uma participação de posição como Ministério da Saúde, mas o Dr. Segalla teve uma participação de proposição desse Projeto de Lei que inclui o câncer como doença de notificação compulsória. Explicou que o câncer não se aplica a essa notificação, e que na legislação brasileira já existe a notificação do câncer relacionado ao trabalhador, por trabalhar sob fatores de risco ocupacional. Informou que, paralelamente, foi apresentado ao Ministro da Saúde, Ricardo Barros, um Decreto; então há uma proposta de decreto para a criação de um Registro Nacional de Câncer e um Projeto de Lei de Notificação Compulsória do Câncer e um, que já está para sanção presidencial e já chegou ao Gabinete do Ministro para o parecer do Ministério da Saúde. Continuando, relatou que o Projeto de Lei já foi aprovado no Senado; então solicitou ao Gabinete do Ministro que aguardasse o parecer do Ministério da Saúde para que o presidente se baseasse para sancionar ou não a Lei, justificando que teria uma reunião do CONSINCA e que este assunto já estava incluído na pauta para discussão. Resumiu que é necessário elaborar um parecer para subsidiar o Presidente para a sanção ou não dessa Lei. Continuando, a Dra. Maria Inez falou que o Registro Nacional de Câncer tem toda uma estratégia que está montada, e a minuta do Decreto que chegou ao Ministro Ricardo Barros é realmente de quem não entende do assunto e quer criar um grande prontuário eletrônico

no SUS (o que já está em fase inicial, na Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde). Por outro lado, a justificativa da Lei diz inclusive que já existe o SISCAN, logo não precisaria de sistema de informática. Ressaltou a importância de deixar muito claro qual é o caminho do Brasil, e nada melhor do que o CONSINCA para fazer isso. Acrescentou que esses equívocos de Registro Nacional de Câncer serão a destruição de uma política que o INCA, pelo Ministério da Saúde, vem desenvolvendo desde 1986. Expressou que, caso a Sanção Presidencial ocorra, será um passo para a segunda etapa que chamam de Registro Nacional de Câncer, num país como o Brasil, com a população, extensão, heterogeneidade e qualidade de informação que tem. Em seguida, a Dra. Ana Cristina passou a palavra para a Sra. Marianna Cancela - Divisão de Pesquisa Populacional/CPQ/INCA, que apresentou a segunda pauta: **(2) Registro Nacional de Câncer**. A Sra Marianna agradeceu a oportunidade de poder participar dessa discussão, nesse momento considerado crítico, fez sua apresentação pessoal e em seguida iniciou a apresentação intitulada: **“A importância da Vigilância do Câncer e o protagonismo dos Registros de Câncer”**. Abordou os subitens: 1 - Conceito de vigilância e notificação compulsória; 2 - Doenças transmissíveis; 3 - Doenças crônicas não transmissíveis; 4 - Vigilância do câncer; 5 - Registros de câncer; 6 - O papel da notificação compulsória; 7 - Vigilância do câncer e notificação compulsória.



#### *Apresentação anexa*

A Dra. Maria Inez complementou, dizendo que existe também o sistema Sinan, para notificação de doenças que demandam de intervenção imediata em saúde pública, e que não se aplica ao câncer. *(O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, anexo V - Capítulo I), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela no estado de Minas Gerais ou difilobotríase no município de São Paulo. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação*

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**  
Reunião nº 2 de 13/06/2018 – Auditório I do prédio sede do INCA

*compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções).* Após a apresentação, a Dra. Ana Cristina abriu a palavra para uma pequena discussão sobre o assunto. O Dr. José Eluf declarou que é necessário ter uma vigilância sobre estes dados, pois se o dado for de má qualidade, dará uma realidade errônea. Acrescentou que não deveríamos ter muitos registros no Brasil e sim registros de qualidade de base populacional, para dar incidência; que há a necessidade de aprimorar a formação dos registradores. O Dr. Arthur Rosa pediu a palavra e declarou que a notificação compulsória para o câncer não irá funcionar. Explicou que, se for analisar do ponto de vista prático, há o exemplo do diagnóstico histopatológico, pois não há muitos laboratórios de patologia que podem qualificar. Continuando, explicou que, quando houver o diagnóstico em si, deve se tentar estabelecer que este recurso foi desenvolvido muitas vezes para a organização desses registros, se for criado dentro do conceito big data (*Em tecnologia da informação, o termo Big Data refere-se a um grande conjunto de dados armazenados. Diz-se que o Big Data se baseia em 5 V's: velocidade, volume, variedade, veracidade e valor.*); e, uma vez feito o diagnóstico, se lance nesse sistema informatizado. Aí, sim, talvez seja possível refinar um pouco mais e centralizar as informações em um grande centro de registros. Acrescentou que, na radioterapia, há uma ideia de se lançar um grande banco de dados, com todos os cuidados que se têm para anonimizar os pacientes. Completou que, talvez, a solução para quem deseje melhorar a qualidade dos dados seja fugir da notificação compulsória e investir não em registro, mas em outra modalidade que consiga fazer os dados mais refinados. A Dra. Maria Inez complementou que é para isso que o SISCAN está caminhando, para um *Big data*, pois só captava câncer de mama e colo de útero, mas já está caminhando para informação online, a partir de AIH, APAC e laudo patológico. O Sr. Eduardo Franco declarou que a Sra. Marianna apresentou informações bastante significativas com relação à qualidade dos dados, uma vez que, no caso do câncer, não há um diagnóstico imediatista, pois há um período de definição desse diagnóstico; então, em uma base previamente definida, todas essas fontes de diagnóstico são recolhidas e depois todas as informações são consolidadas. Acrescentou que, com

relação a acervo, por vezes a informação do registro não era de má qualidade, mas que o IARC tinha uma política estabelecida e talvez o período que o IARC queria para a publicação do registro não se encaixava. Informou também que o Estado de São Paulo, por ter um universo maior, dificulta o levantamento de todos os registradores para obter todas as fontes, pois, devido à velocidade da informação, muitas vezes não se consegue manter toda a série histórica e talvez isso tenha contribuído para o IARC, na sua análise histórica, recusar os dados. Ressaltou que outros registros têm sido aprovados com uma qualidade de bastante consistência, e isso mostra a proporção que vem sendo trabalhada. A Dra. Marise Rebelo pediu a palavra para dar um esclarecimento sobre a publicação da IARC e os dados. Informou que existem os critérios da IARC, que são critérios bem rígidos, e, às vezes, baseados em uma realidade europeia. Então, às vezes, o Registro quase atinge o solicitado, mas, por um detalhe, é recusado para seus dados publicados. Relatou que vem fazendo um trabalho grande em cima, não da produção de dados, mas da qualidade deles. Complementou que, quanto aos registradores, reconhece que os profissionais estão bem aquém da Europa ou dos EUA, mas é o que se tem para trabalhar, e está sendo feito um treinamento muito grande, não só para preparar quem vai começar a coletar esses dados, mas também de atualizar permanentemente esses registradores. É uma profissão nova e está se trabalhando muito para inclusão da ocupação dela no Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO). Concluiu que este é o primeiro passo, mas falta o reconhecimento, e a questão do incentivo político e financeiro para continuar os registros, pois não adianta multiplicar o número de registros sem trabalhar na qualidade desses dados. A Dra. Maria Inez lembrou o período em que se iniciou no INCA o programa de Registro de Câncer, tanto hospitalar, quanto populacional. Todos queriam ter registro de câncer de base populacional, então o que se conseguiu de consenso foi que houvesse pelo menos um por estado, por isso foram alocados nas Secretarias de Saúde, como forma de conseguir que as pessoas parassem de colocar Registro de Câncer em todas as cidades. Concluiu que agora é o momento de se fazer uma análise da necessidade de tantos Registros. O Dr. Luiz Antônio Negrão disse que se assustou quando começou a ver os vídeos sobre este Projeto de Lei. Declarou que aquelas pessoas demonstravam um quadro de desinformação total, que eram profissionais que desconheciam as estatísticas locais. Ressaltou que não se pode, por causa de uma questão como essa, perder o estímulo, o interesse de poder continuar

um trabalho que vem sendo feito. Declarou que o CONSINCA deve elaborar um documento contrário a isso, imediatamente, e também ouvir os autores da proposta para saber qual é o desejo deles. O Dr. Rodolfo Acatauassú elogiou a apresentação, ressaltando a pertinência da não adoção do modelo de Notificação Compulsória e que, de certa forma, ficou subentendido um esforço de fortalecer o Registro de Câncer atual. E esse esforço, nos hospitais universitários como um todo, mostra que os Registros de Câncer são sacrificados, na questão de prioridades. Declarou que há necessidade de investimento na profissão dos Registradores e um fortalecimento dos Registros. A Dra. Marise Rebelo ressaltou que a grande questão dos Registros são os recursos humanos, é dar continuidade, expondo que, por vezes, há um número de casos gigantescos e um único registrador de câncer para fazer todo o trabalho, então não há condições de manter o banco de dados em dia; e assim os Registros começam a definir o que vai ser prioridade, dada as demandas de determinado hospital. Ressaltou a importância do segmento, pois é este que irá avaliar a qualidade da assistência. Destacou que, em relação aos dados populacionais, o recurso que existia, parou de alimentar os Registros no final de 2016. Relatou que os Registros já passaram o ano de 2017 sem receber nenhum recurso, mas continuam funcionando. Alguns por estarem alocados dentro de Secretarias continuam a receber algum tipo de financiamento, mas não cobre tudo que o precisa ser feito. Reforçou a necessidade de se pensar na sustentabilidade dos Registros de Câncer. A Dra. Liz Almeida lembrou que ainda não foi feito nenhum movimento em relação à qualidade dos prontuários e que não é feito nenhum treinamento para os Registros. Destacou que, no INCA, uma parte é informatizada e outra parte ainda está no papel; assim, no trabalho, há a necessidade de acessar as duas fontes de informação. Sugeriu discutir formas mais padronizadas de registro de informação médica nos prontuários, o que facilitaria muito para pesquisadores e registradores. A Sra. Marcella de Oliveira Santos complementou, dizendo que, nos próprios laboratórios de anatomia patológica, a grande dificuldade dos registradores de base populacional é fazer a coleta, porque na maioria dos casos só há o nome do paciente e o diagnóstico, sem maiores informações. Informou que vem pedindo aos laboratórios um padrão mínimo de fornecimento de informação. O Dr. Nelson Cardoso disse que o que chamou sua atenção foi essa proposta de Notificação Compulsória ser muito relevada em detrimento ao que se tem no Registro de Câncer. Falou que ela não é para agregar valor ao Registro

de Câncer, e o discurso que tem se colocado muito é que será criado um novo sistema, e não é essa questão observada. Ressaltou que, conforme o que a Sra. Marianna colocou de forma contundente, onde há notificação compulsória é para somar e não para retirar alguma coisa que já está funcionando. Falou que o papel de todos é trabalhar a questão do prontuário eletrônico, conforme a Dra. Liz colocou. Relatou que teve a oportunidade de trabalhar um pouco no registro hospitalar de câncer, e constatou que, em UNACONS e CACONS (hospitais habilitados em oncologia no SUS) específicos de câncer, não há interação com os Registradores para esclarecimento de dúvidas. Declarou que o apoio do SEI, de melhorar a informação para que ela possa ser bem comentada e traduzida, é fundamental no processo do registro hospitalar de base populacional; e que a nossa tarefa é desqualificar a Notificação Compulsória como solução para um país que não tem informação, e caso ela venha, que seja para somar com os Registros de Câncer. A Dra. Maria Inez informou que a Notificação Compulsória é a primeira etapa para partir para o Registro nacional de Câncer, relatando que a proposta é de um grande Prontuário Eletrônico Nacional. Informou que esta proposta de Registro nacional não tem autoria, nem foi formalizada através do SEI ou SIPAR; foi colocada nas mãos do Dr. Ricardo Barros, que a repassou para SAS. Acrescentou que também tem uma classificação própria no caso de Registro Nacional de Câncer e não considera aquelas neoplasias incertas e que podem aparecer nos registros terapêuticos. A maior parte é duplicação de fonte, criando-se padrões próprios e diferentes, para a entrada desse Registro Nacional. Destacou também que a FEMAMA, está fazendo parte da rede GOALL (*To discuss on equal rights for the access to treatment of metastatic breast cancer in Brazil - since 2014*), apoia também esta proposta. Informou que está juntando todas as informações para entender porque foi apresentada uma proposta, que inclusive vai contra os interesses do País, que diz ser para criar uma Política Nacional de Controle do Câncer. Então, partem do princípio de que não há nada sobre o assunto, e o que tem não serve. Informou que a Lei, nascida na Câmara, foi aprovada no Senado, e o que essa mudança trará é o aumento de trabalho em todas as áreas, porque é um novo formulário e um novo Sistema de Informação, que a Lei obriga a criar. E no SISCAN, que é o Sistema de Câncer, que antes só funcionava para o programa de controle do câncer do colo uterino e câncer de mama, com a Lei de 60 dias, foi colocado na responsabilidade dos hospitais fazer tanto a notificação, como também responder por isso sem nenhuma contrapartida. Relatou que a Lei era de 30

dias e negociou-se para passar para 60 dias; contudo, agora querem voltar novamente para 30 dias. Informou que sugeriu ao Ministro Ricardo Barros que o SUS capture todos os casos dos sistemas de informação existentes; então o papel do SISCAN é capturar tudo que foi cobrado, faturado em APAC e em AIH, e, com isso, estão juntando todos os sistemas. Reforçou que seria muito boa a consolidação da moção com a participação de todos. A Dra. Ana Cristina leu para os presentes, o artigo publicado no site da FEMAMA, em 30/05/2018, sob o título: “Plenário do Senado aprova registro compulsório do câncer”.

[Home](#) > Notícias > Plenário do Senado aprova registro compulsório do câncer

#### Plenário do Senado aprova registro compulsório do câncer

30/05/2018

O Plenário do Senado Federal aprovou, na manhã de quarta-feira, 30/05, o registro compulsório do câncer a nível nacional. Com a aprovação, a adoção de notificação obrigatória do câncer no Brasil trará dados fundamentais para a melhoria da gestão de recursos da saúde pública, o que agilizará o diagnóstico e o tratamento do câncer no país, facilitando também a fiscalização do cumprimento da Lei dos 60 Dias, por exemplo. O projeto de lei agora segue para a sanção presidencial.



Congresso Nacional/Divulgação

*Artigo completo anexo.*

O Dr. Pascoal Marracini propôs, em nome da Abificc, que saia do CONSINCA um pleito ao MS contrário à aprovação, solicitando que o Presidente não sancione isto e que volte uma discussão para incentivar o que já existe hoje, inclusive com a participação dos autores deste projeto. O Dr. Nelson resumiu que o cenário político que temos hoje é: já passou na Câmara dos Deputados e no Senado, está com a Presidência da República para sancionar ou não. Não interessa ao Presidente sancionar, mas também não se sabe se ele tem força para negar. Colocou que este é um momento muito delicado e sugeriu que, caso isto seja sancionado, o CONSINCA se reúna novamente para encaminhar uma proposta para fazer com que seja, pelo menos, uma forma de trazer investimentos para alimentar e qualificar os registros de base populacional de câncer, e não de substituição. O Dr. Eluf sugeriu, já que todos do CONSINCA são contra esta proposta, que seja elaborado um documento contrário a isto, e a Dra. Ana Cristina complementou que a ideia é criar este documento, assinar como Presidente do CONSINCA e anexar a lista de presença com as assinaturas de todos os presentes nesta reunião do Conselho. Finalizou dizendo que não é o momento de julgamento e sim de esclarecimento e que, se alguém fosse contra este posicionamento do CONSINCA, poderia se sentir totalmente a vontade para se manifestar e defender o seu ponto de

vista, pois este é o fórum adequado para isto. O Dr. Arthur Rosa resumiu que é óbvio e que há evidências de que a Notificação Compulsória não é melhor do que o Registro de Câncer, então não é uma alternativa que irá melhorar o que já existe. A Dra. Ana Cristina completou que é um dado a mais para o Registro de Câncer. Sugeriu que o documento elaborado pelo CONSINCA seja simples, com o contexto da unanimidade e do posicionamento contrário do Conselho. O Dr. Pascoal Marracini completou, sugerindo que, seja incluído neste documento que em nenhum momento o CONSINCA foi convidado para discussão sobre este assunto. Dando prosseguimento à reunião, a Dra. Ana Cristina informou que foi acrescentada a pauta: **(3) Radioterapia no Brasil - Cenário atual no SUS** e passou a palavra ao Dr. Arthur Rosa. O Dr. Arthur informou que o objetivo de sua apresentação era apresentar o cenário atual da radioterapia. Lembrou que, na reunião do CONSINCA de 13/12/2017, foi apresentada a proposta de requalificação da tabela do SUS e expôs que gostaria de fazer um desenho da radioterapia e a evolução do Grupo de Trabalho, iniciando a apresentação.



*Apresentação anexa.*

Após a apresentação, a Dra. Maria Inez questionou se a publicação do Consenso de hipofracionamento de mama passou pela CONITEC, alertando que caso não passe, não terá validade no SUS. O Dr. Arthur respondeu que podem remeter a publicação à CONITEC, contudo ressaltou que, teoricamente, a prescrição de doses é prerrogativa do médico assistente. A Dra. Maria Inez falou que, o ponto de vista formal, se quiserem adotar o combinado, a SBRT precisa fazer a proposta. O Dr. Arthur declarou que a agenda está aberta e que querem participar da discussão. Ressaltou que existe uma responsabilidade social e institucional da SBRT e seus associados estão demandando ações mais agudas. Encerrou solicitando ao CONSINCA, na qualidade de Conselho Consultivo, que traga a discussão à mesa, com a urgência que o tema pede. A Dra. Maria Inez solicitou a palavra para esclarecer que comentou com o Dr. Eduardo

Weltman, que estavam dando encaminhamento ao processo de trabalho de forma que não fugisse da autonomia da SAS, para que não passassem a depender de outros setores do MS. Contudo, o Dr. Weltman apresentou o estudo da Fundação Dom Cabral, que era legítimo, e a mesma o alertou que teriam que mandar para o Departamento de Economia da Saúde, que é outra Secretaria, o que acabou retardando o processo, por ter passado para outra esfera. O Dr. Arthur perguntou se o documento já havia retornado da outra esfera e a Dra. Maria Inez respondeu que sim, destacando que muitos custos que foram postos, são questionados por eles. Explicou que o grande problema na radioterapia é uma mudança substancial do sistema de informações ambulatoriais do SUS e, com tudo isso encaminhado, chegaram os contingenciamentos. Ressaltou que o país está sem dinheiro e deve-se deixar tudo preparado para quando passar essa crise. Explicou que, quando analisaram os custos dos serviços, verificaram que se põe muita coisa que não era para colocar, como, por exemplo, custo de depreciação; resumindo que são contas que não estão muito adequadas. Destacou também que o MS está aprendendo cada vez mais que os parâmetros estabelecidos pela OMS têm de ser muito questionados, justificando que com a diversidade que existe, cada país tem sua genética, e esses parâmetros são mais norteadores do que propriamente para estabelecer um número para planejamento. Disse que está tudo encaminhado, a minuta da Portaria já está fechada e fizeram até simulação de só valorar o impacto orçamentário daquilo que fosse novo, por exemplo, a braquiterapia ocular. Explicou que o estudo de custo é importante, mas existem diversos modelos de estudo de custo, então o MS não faz estudo; se a SBRT deu um, o que a Economia da Saúde faz é analisar quais são as premissas do modelo recebido. Finalizou dizendo que o que está limitando é o sistema de informação ambulatorial que precisa ser adaptado e a questão da disponibilidade financeira. Em seguida, A Sra. Marcell Santos pediu a palavra, informando que, como Diretora Administrativa da ABRC, gostaria de transmitir a mensagem que recebeu do Dr. José Getúlio Segalla. Informou que o mesmo se desculpou e justificou sua ausência na reunião e ainda solicitou que o CONSINCA registrasse o posicionamento da ABRC, que entende que, nos países desenvolvidos, a notificação pode ser uma fonte a mais para salientar o papel importante e único dos Registros de Câncer. Em seguida, o Fórum elaborou uma Moção favorável ao veto presidencial à alteração proposta, e o documento foi aprovado por unanimidade. Dando continuidade à reunião, a Dra. Ana Cristina

passou a palavra à Dra. Maria Inez, que apresentou a última pauta: (4) **Revisão da Portaria SAS/MS nº 140/2014**. Informou que recebeu uma demanda muito contínua do CONASS e CONASEMS, para a revisão da Portaria SAS/MS nº 140/2014, que fala da habilitação dos hospitais em oncologia no SUS. Explicou que, como o CONASS sofre muito a pressão dos municípios, e essa pressão é dada tanto pela oferta dos serviços, quanto pelo financiamento, estão solicitando a flexibilização das normas de habilitação no SUS em oncologia. A grande alegação deles é o acesso, porque no SUS a quimioterapia e a radioterapia têm o acesso muito mais fácil do que para a cirurgia, o que é visível pela produção dos hospitais. Relatou que o MS explicou que a cirurgia do câncer está em toda a média complexidade, mas eles querem que esteja também em hospitais isolados. Outra solicitação é para reduzir os parâmetros. Lembrou que a organização da oncologia no SUS começou no CONSINCA, em 1993, quando se publicaram as portarias SAS/MS nº 170 e nº 171, e é um processo que vem sendo melhorado. Concluiu que, como o CONASS e o CONASEMS têm assento no CONSINCA, gostaria de propor ao Conselho que articulasse as coisas. O Dr. Pascoal Marracini destacou que os parâmetros, principalmente dos exames de média complexidade, estão um pouco exagerados. A Dra. Maria Inez relatou que foi voto vencido na Portaria SAS/MS nº 140/2014, pois, quando colocaram-se os parâmetros para exames na Portaria SAS/MS nº 741/2005, era para que, se um hospital quisesse prestar serviço naquelas áreas deficitárias do SUS, ele poderia contratá-los com o respectivo gestor. Concordou que a Portaria SAS/MS nº 140/2014 precisa ser melhorada com o perfil de hospital especializado definido, e qual é o papel desse hospital especializado. **Encaminhamentos:** A Dra. Ana Cristina informou que o Dr. Arthur Rosa solicitou que incluísse na pauta da próxima reunião a continuidade da discussão sobre a radioterapia no Brasil, inclusive no sentido de cobrar um novo encontro do grupo de trabalho. **Encerramento:** A Dra. Ana Cristina finalizou, agradecendo ao Fórum pela colaboração na confecção da Moção e deu por encerrada a reunião. *Eu, Debora Cristina Malafaia Fernandes, secretariei, digitei e encerro esta ata. Rio de Janeiro, 13 de junho de 2018.*

CONSINCA 13/06/2018  
Apresentação pauta: (2) Registro Nacional de Câncer

# A importância da Vigilância do Câncer e o protagonismo dos Registros de Câncer

Marianna de Camargo Cancela, DDS, MSc, PhD  
Pesquisadora adjunta  
Divisão de Pesquisa Populacional

Reunião CONSINCA em 13/06/2018



TODA UMA VIDA CUIDANDO DE VIDAS.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Tópicos



- Conceito de vigilância e notificação compulsória,
- Doenças transmissíveis,
- Doenças crônicas não transmissíveis,
- Vigilância do câncer,
- Registros de câncer,
- O papel da notificação compulsória,
- Vigilância do câncer e notificação compulsória: exemplos.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Vigilância

**Conceito fundamental:**  
Coleta, análise e interpretação - sistemática e contínua - de informações sobre saúde essenciais ao planejamento e avaliação da prática de saúde pública, assim como a disseminação dessas informações às pessoas que delas necessitam.

(Thacker S, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. Epidemiol Rev 1988;10:164)



TODA UMA VIDA CUIDANDO DE VIDAS.

## Vigilância do câncer

Componente fundamental das políticas direcionadas ao controle do câncer ➡ monitoramento das ações e a avaliação dos programas de controle dessa doença requerem informações que permitam acompanhar sua magnitude na população (incidência e mortalidade), dos fatores de risco associados e a qualidade da atenção prestada aos indivíduos com câncer.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



# Vigilância de doenças transmissíveis, DCNT e câncer



Mas o câncer não é uma DCNT?

Qual as diferenças entre as estratégias de vigilância de doenças transmissíveis, DCNT e câncer?

O que há de específico em câncer?



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Doenças transmissíveis

Vigilância em Saúde

## Lista Nacional de Notificação Compulsória

O Ministério da Saúde estabelece a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

A ocorrência de suspeita ou confirmação de eventos de saúde pública, doenças e agravos listados na Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, são de comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados. É facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região

Lista Nacional de Notificação Compulsória

Formulários para Notificação Eletrônica Imediata

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Sistema de Informações de Acidentes de Consumo (SIAC)



Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro

PORTARIA NO - 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

48 condições

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação		
		Imediata (até 24 horas) para*		Semanal*
		MS	SES	SMS
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico			X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes		X	
2	Acidente por animal peçonhento			X
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X
4	Botulismo	X	X	X

A listagem das doenças de notificação nacional é estabelecida pelo Ministério da Saúde entre as consideradas de maior relevância sanitária para o país



MINISTÉRIO DA SAÚDE



# Vigilância DCNT



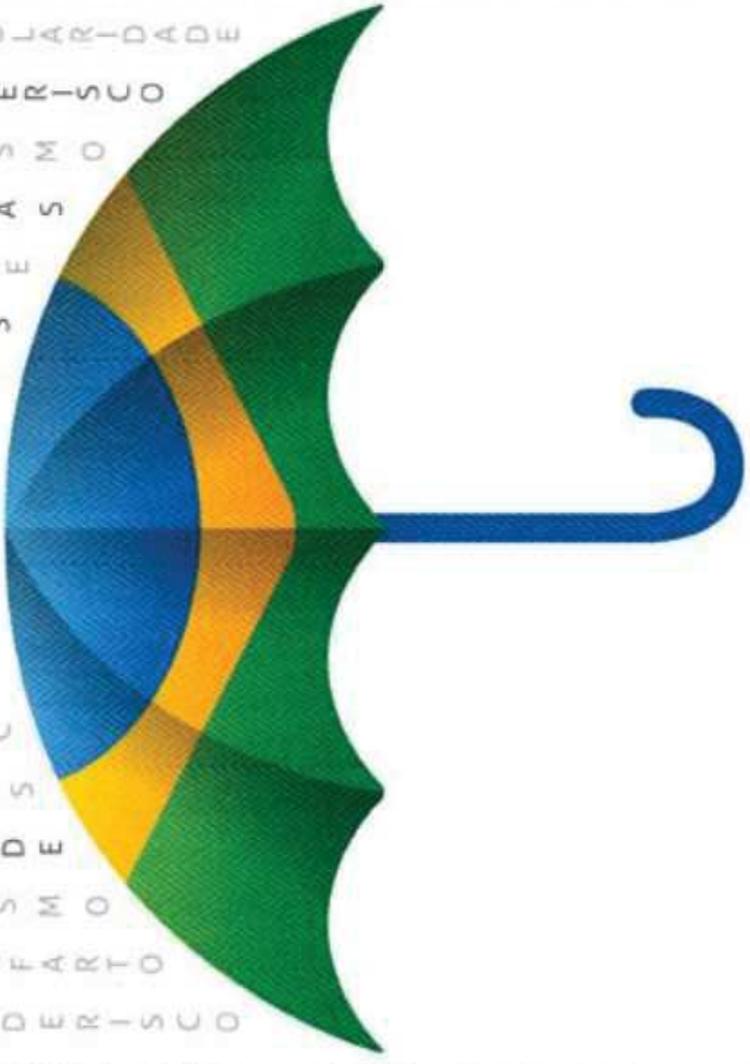
- A grande maioria das DCNT possui fatores de risco comuns,
- É crucial realizar a vigilância destes fatores,
- No Brasil tanto a vigilância dos fatores de risco, como a de várias DCNT são realizadas através de inquéritos populacionais,
- Sistemas de Informação,
- Dificuldades: definição das doenças para estudos de comparabilidade internacional e tendências temporais (ex: diabetes, hipertensão).



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



ALCOOL TABAGISMO OBESIDADE FATORES  
DPOCM MISERIA DESIGUALDADE BAIXA ESCOLARIDADE  
FALTA DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE POUCA INFO  
INFARTO DERRAME DIABETES CÂNCER ENF  
DOENÇAS CRÔNICAS NA OTRAS TRANSMISSIV  
ALIMENTAÇÃO INADEQUADA INATIVIDADE  
BAIXA ESCOLARIDADE  
FATORES DE RISCO  
TABAGISMO  
DOENÇAS  
OBESIDADE  
DIABETES  
DCNT ASMA  
ALCOOL  
INFARTO  
DERRAME  
CÂNCER  
MISERIA  
ASMA DPOC  
DIABETES  
OBESIDADE  
TABAGISMO  
ALCOOL INFARTO  
FATORES DE RISCO  
POUCA INFORMAÇÃO FALTA DE ACESSO A SERVIÇOS DE  
ASMA DPOC MISERIA DESIGUALDADE BAIXA ESCOLAR  
ENFISEMA S INFARTO DERRAME DIABETES CÂNCER  
DOENÇAS CRÔNICAS NA OTRAS TRANSMISSIVETS DCNT  
INATIVIDADE FÍSICA DOENÇAS RENAI LUBR  
FATORES DE RISCO ALCOOL TABAGISMO OBESID



Plano de Ações Estratégicas para  
o Enfrentamento das Doenças Crônicas  
Não Transmissíveis (DCNT) **no Brasil**  
2011-2022

Ministério da Saúde  
Brasília-DF  
2011



# GLOBAL ACTION PLAN

FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES

2013-2020



A **25%** relative reduction in risk of premature mortality from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases.



At least **10%** relative reduction in the harmful use of alcohol, as appropriate, within the national context.



A **10%** relative reduction in prevalence of insufficient physical activity.



A **30%** relative reduction in mean population intake of salt/sodium.



A **30%** relative reduction in prevalence of current tobacco use in persons aged 15+ years.



A **25%** relative reduction in the prevalence of raised blood pressure or contain the prevalence of raised blood pressure, according to national circumstances.



**Halt the rise** in diabetes and obesity.



At least **50%** of eligible people receive drug therapy and counselling (including glycaemic control) to prevent heart attacks and strokes.



An **80%** availability of the affordable basic technologies and essential medicines, including generics, required to treat major noncommunicable diseases in both public and private facilities.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



INCA

# Especificidade do câncer



O câncer é uma doença heterogênea:

- Mais de 100 doenças, com topografias e morfologias diferentes,
- Heterogeneidade etiológica,
- Heterogeneidade patológica e prognóstica,
- Geograficamente heterogêneo,
- Necessidade de conhecer bem as características da doença na população para seu controle adequado.

Wild CP, JNCI, Vol. 104, Issue 14 | July 18, 2012

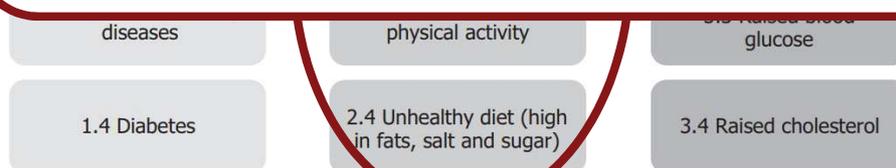


MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Fatores de risco para DCNT

**Os fatores de risco compartilhados com as DCNT são importantes, porém insuficientes para a prevenção de vários tumores!**



**Figure 1.** WHO global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Shown are the four major noncommunicable diseases (column 1) under consideration, together with both the shared population (column 2) and individual risk factors (column 3) highlighted in the WHO Global Status Report on noncommunicable diseases 2010 (7).

< Previous Article

Volume 384, No. 9953, p1502–1503, 25 October 2014

Next Article >



Correspondence

## Cancer in the 25x25 non-communicable disease targets

Christopher P Wild , Freddie Bray, David Forman, Silvia Franceschi, Rengaswamy Sankaranarayanan, Kurt Straif

Published: 25 October 2014



DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61918-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61918-8)

< Previous Article

Volume 384, No. 9941, p427–437, 2 August 2014

Next Article >

 Article Info

 Articles

Summary

Full Text

References

## Contribution of six risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study

Vasilis Kontis and colleagues in their study (August 2014) identified six risk factors that have the potential to lower premature mortality of four non-communicable diseases (NCDs) and address six risk factors. These factors are part of the WHO's NCD Global Monitoring Framework<sup>2</sup> (GMI)

Vasilis Kontis, PhD, Colin D Mathers, PhD, Prof Jürgen Rehm, PhD, Gretchen A Stevens, DSc, Kevin D Shield, MHS, Prof Ruth Bonita, PhD, Leanne M Riley, MSc, Vladimir Poznyak, PhD, Prof Robert Beaglehole, DSc<sup>1</sup>, Prof Majid Ezzati, PhD<sup>2†</sup>

Although Kontis and colleagues<sup>1</sup> estimated a mortality reduction target for individual NCDs

<sup>†</sup> Senior authors

Published: 02 May 2014



DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60616-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60616-4) |  CrossMark



 Article Info

Summary

Full Text

Tables and Figures

References

Supplementary Material

Summary

Jump to Section

Go

### Background

Countries have agreed to reduce premature mortality (defined as the probability of dying between the ages of 30 years and 70 years) from four main non-communicable diseases (NCDs)—cardiovascular diseases, chronic respiratory diseases, cancers, and diabetes—by 25% from 2010 levels by 2025 (referred to as 25x25 target). Targets for selected NCD risk factors have also been

E se os fatores de risco fossem controlados de acordo com as metas estabelecidas pela OMS?  
Qual seria o efeito na mortalidade por DCNT?



Tabagismo, uso de álcool, ingestão de sal, obesidade, pressão arterial e glicemia elevadas

	Percentage of deaths from the main NCDs in people aged 30-69 years (2010, 2025)	BAU reduction*	Reduction if risk factor targets are achieved*	Risk factor contribution towards the 25x25 mortality target†	Number of deaths delayed or prevented (30-69 years; 70 years or older)†
<b>Ten leading main non-communicable diseases</b>					
Ischaemic heart disease	21.2%, 19.8%	-17%	-33%	>100%	5 000 000; 6 200 000
Stroke	17.3%, 15.9%	-20%	-38%	>100%	4 500 000; 6 000 000
Chronic obstructive pulmonary disease	7.7%, 7.4%	-18%	-27%	>100%	1 000 000; 2 300 000
Lung cancer	6.6%, 7.3%	-3%	-12%	56%	1 200 000; 1 200 000
Diabetes	5.4%, 6.8%	+11%	-5%	51%	1 100 000; 900 000
Liver cancer	4.0%, 4.2%	-2%	-5%	17%	170 000; 100 000
Stomach cancer	3.3%, 3.3%	-10%	-19%	63%	340 000; 350 000
Breast cancer	3.0%, 3.3%	+3%	+3%	1%	9000; 3000
Hypertensive heart disease	2.9%, 2.7%	-19%	-43%	>100%	1 000 000; 2 000 000
Colorectal cancer	2.6%, 2.7%	-9%	-10%	10%	50 000; 60 000
<b>Four main non-communicable diseases</b>					
All cardiovascular diseases	47.7%, 44.0%	-18%	-34%	>100%	11 400 000; 15 900 000
All cancers	36.5%, 39.2%	-	-7%	26%	2 400 000; 2 100 000
Chronic respiratory diseases	10.4%, 10.0%	-16%	-24%	92%	1 200 000; 2 500 000
Diabetes	5.4%, 6.8%	+11%	-5%	51%	1 100 000; 900 000
Total	100%	-10%	-21%	77%	16 100 000; 21 400 000

BAU=business as usual. NCD=non-communicable disease. \*A negative number shows a decrease and a positive number a rise in mortality. †Contributions of risk factors and number of deaths delayed or prevented are calculated compared with a situation of rising or stagnating risk factor trends. A contribution of 100% implies that achieving the risk factor targets will lead to exactly 25% reduction in the probability of death from that disease; a contribution of more than 100% implies that if risk factor targets are achieved, probability of death decreases by more than 25%.

Table 3: The impact of achieving risk factor targets on premature mortality from non-communicable diseases

Kontis V et al, The Lancet, Vol 384, 2014



MINISTÉRIO DA SAÚDE



# Diferenças entre as DCNT e o Câncer



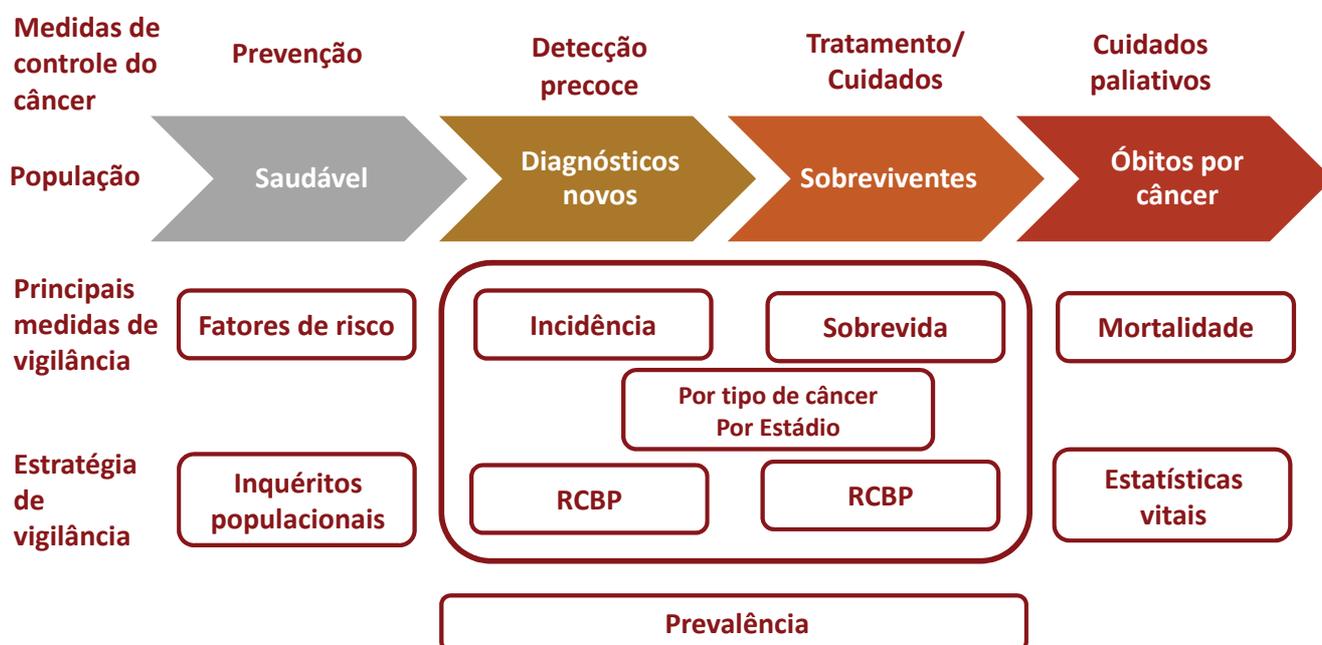
- Maior duração de tempo necessária para observar os efeitos de intervenções para o câncer, bem como a diversidade de principais fatores de risco envolvidos na etiologia do câncer.
- Isso se reflete também na estratégia de vigilância, tendo os Registro de Câncer de Base Populacional como padrão ouro, tendo regras bem estabelecidas pela IARC.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Estratégias de vigilância populacional do câncer



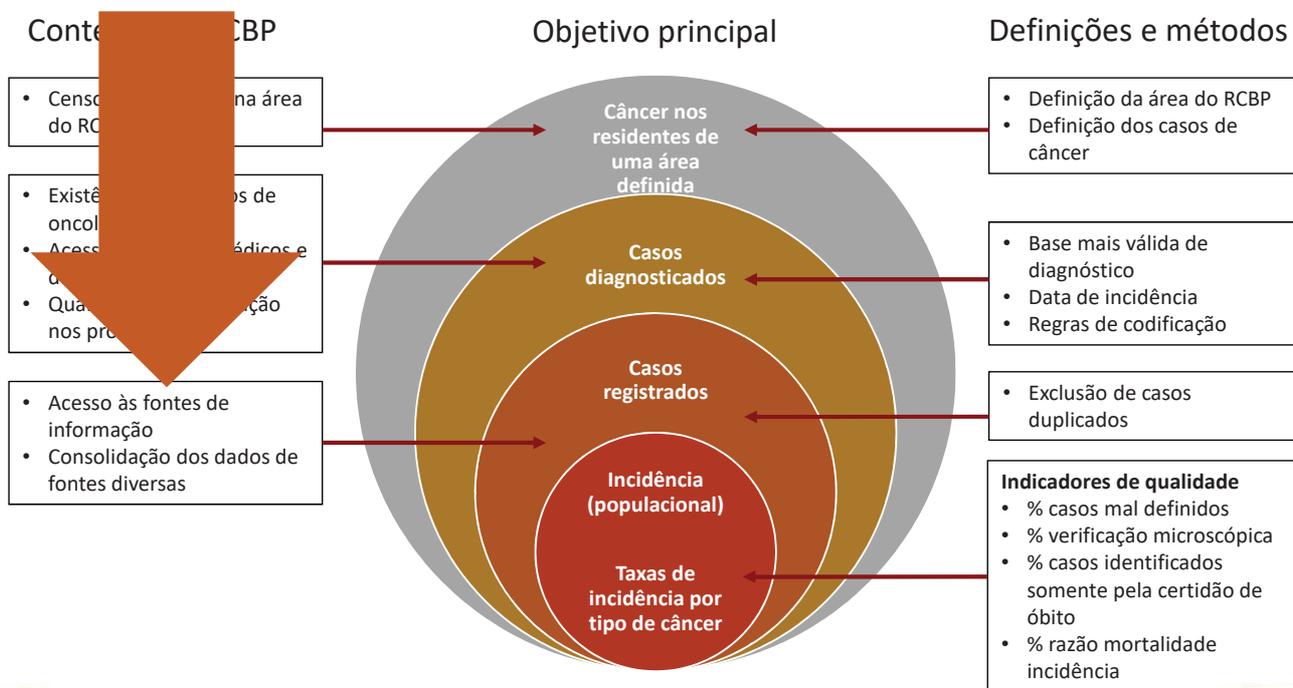
RCBP: Registro de Câncer de Base Populacional  
Piñeros et al, Epidemiologic reviews, 2017.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



# O papel da notificação na vigilância



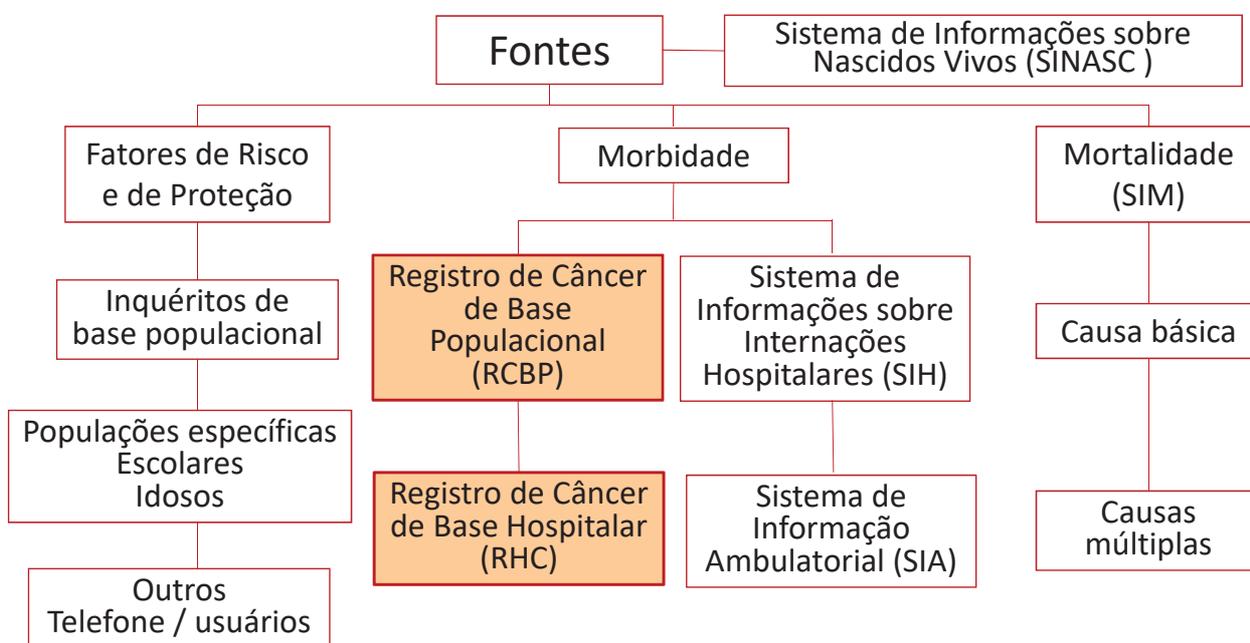
Piñeros et al, *Epidemiologic reviews*, 2017.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



# Sistema de vigilância de DCNT no Brasil



MINISTÉRIO DA SAÚDE

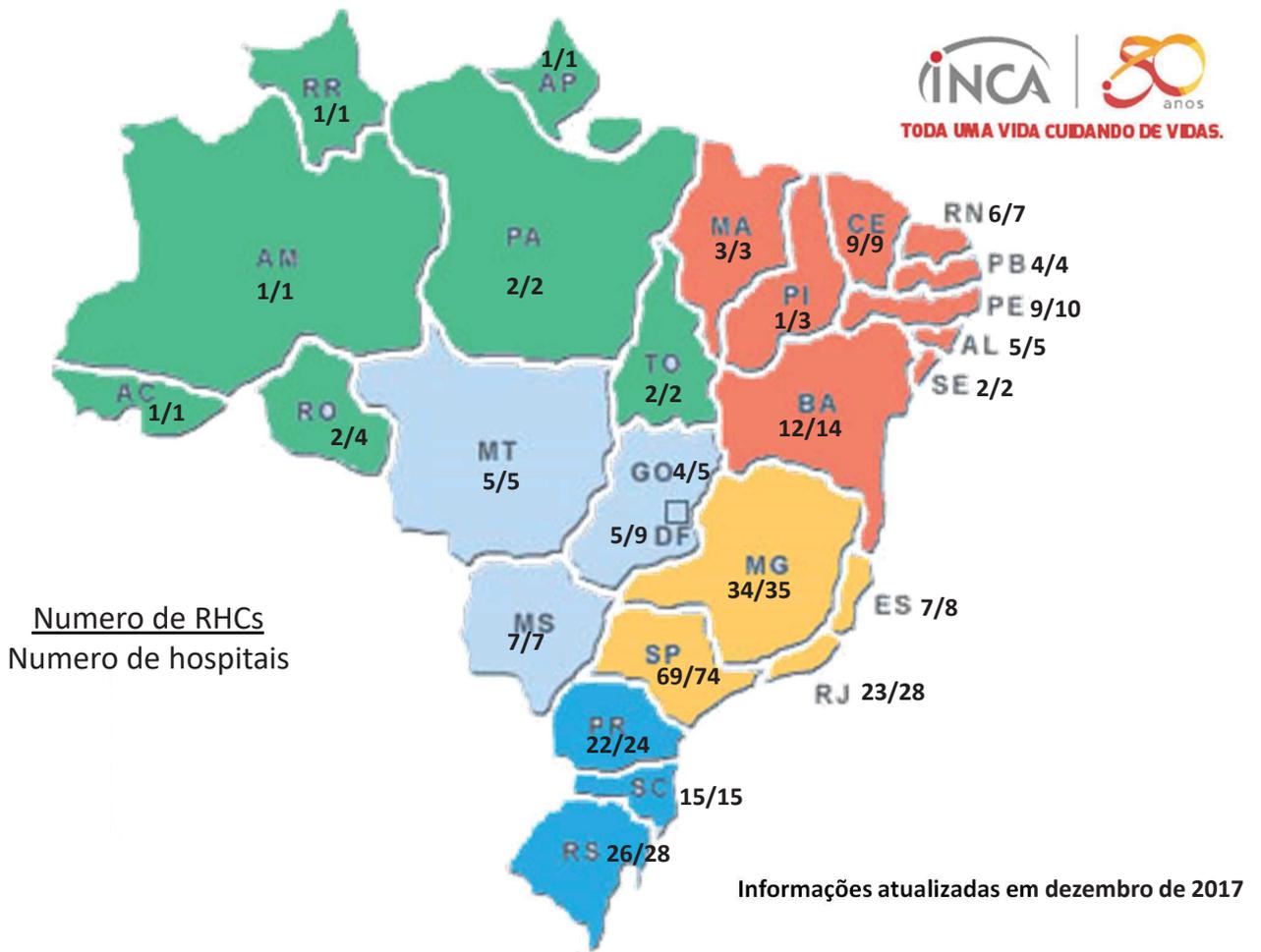


**Se caracterizam em centros de coleta, armazenamento, processamento e análise - de forma sistemática e contínua - de informações sobre pacientes ou pessoas com diagnóstico confirmado de câncer.**

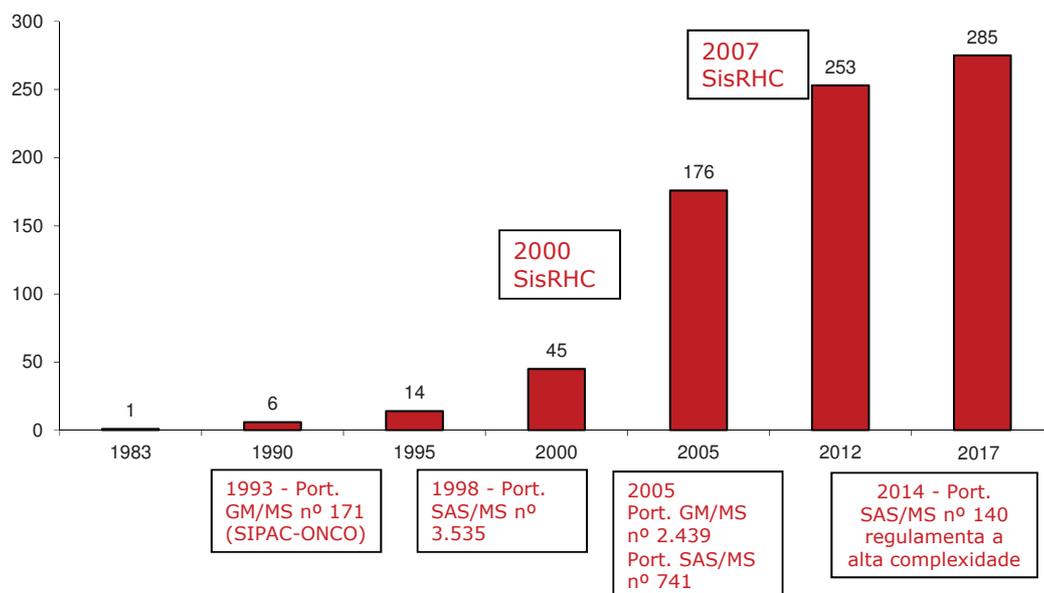
**Podem ser:  
de base populacional (RCBP)  
de base hospitalar (RHC)**

	Registros Hospitalares	Registros de Base Populacional
Referência	População atendida em um Hospital definido	População residente na área geográfica especificada para cobertura do RCBP
Magnitude do Problema	Parcial: Somente os casos que ocorrem no Hospital definido - Perfil Hospitalar - - Qualidade do Diagnóstico e Tratamento -	Global: Nº de casos novos de câncer na população coberta pelo RCBP - Incidência -
Objetivo Principal	Avaliar a qualidade da assistência prestada	Avaliar o impacto da doença sobre a população coberta pelo registro
Planejamento em Saúde Pública	Planejamento de Recursos Hospitalares Perfil da Rede Assistencial Interação com os Registros Populacionais	Planejamento da Rede Programas de Prevenção e Detecção Precoce Avaliação
Pesquisa Epidemiológica	Estudos de Sobrevida e Fatores Prognósticos Estudos de Caso-controle	Estudos de caso-controle, coorte e transversais Estudos de Sobrevida





# Evolução dos RHC no Brasil





# Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP)



## Situação atual

32 RCBP implantados:

- 1 inativo (Rio de Janeiro/RJ)
- 4 em fase de implantação (Acre; Rondônia; Maceió/AL e São Luís/ MA)
- 27 com informações disponíveis na página de Vigilância

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/estatisticas/site/home/rcbp/>



Atualizado em 06/04/2018  
Fonte: INCA/Conprev/ Divisão de Vigilância e Análise de Situação



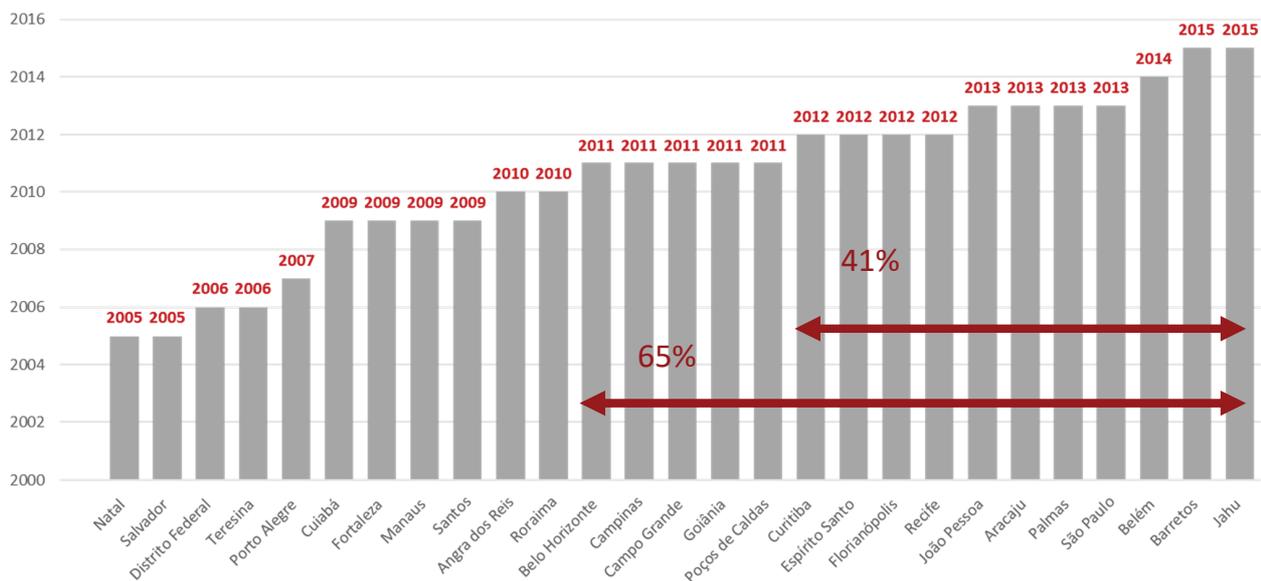
MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Situação dos RCBP no Brasil



Última base fechada e disponível \*



\*Informações atualizadas em abril de 2018



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## A Global Cancer Surveillance Framework Within Noncommunicable Disease Surveillance: Making the Case for Population-Based Cancer Registries

Marion Piñeros\*, Ariana Znaor, Les Mery, and Freddie Bray

\* Correspondence to: Dr. Marion Piñeros, Cancer Surveillance Section, International Agency for Research on Cancer, 150 Cours Albert Thomas, 69372 Lyon Cedex 08, France (e-mail: [pinerosm@iarc.fr](mailto:pinerosm@iarc.fr)).

Accepted for publication January 19, 2017.

The growing burden of cancer among several major noncommunicable diseases (NCDs) requires national implementation of tailored public health surveillance. For many emerging economies where emphasis has traditionally been placed on the surveillance of communicable diseases, it is critical to understand the specificities of NCD surveillance and, within it, of cancer surveillance. We propose a general framework for cancer surveillance that permits monitoring the core components of cancer control. We examine communalities in approaches to the surveillance of other major NCDs as well as communicable diseases, illustrating key differences in the function, coverage, and reporting in each system. Although risk factor surveys and vital statistics registration are the foundation of surveillance of NCDs, population-based cancer registries play a unique fundamental role specific to can-

## Considerações GICR/IARC



- Devido à experiência de longa data para a vigilância das doenças transmissíveis, não é incomum que os gestores não estejam familiarizados com as especificidades necessárias para a vigilância do câncer e a importância dos RCBP como estratégia para a vigilância

Extraído de Piñeros et al, *Epidemiologic reviews*, 2017  
GICR: Global Initiative for Cancer Registration



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## Considerações GICR/IARC



- Para honrar o compromisso internacional de relatar incidência de câncer por tipo de tumor, um equívoco comum de governos é utilizar a notificação compulsória, no modelo das doenças transmissíveis, como um princípio básico de vigilância.

Extraído de Piñeros et al, *Epidemiologic reviews*, 2017  
GICR: Global Initiative for Cancer Registration



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Consequências



- Na ausência de adesão aos requisitos metodológicos dos RCBP tais iniciativas provaram fornecer uma avaliação errônea da carga de incidência de câncer e subsequentemente das prioridades de controle do câncer.

Extraído de Piñeros et al, *Epidemiologic reviews*, 2017  
GICR: Global Initiative for Cancer Registration



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Exemplo de discrepância



correspondence

## Active Versus Passive Cancer Registry Methods Make the Difference: Case Report From Colombia

Esther de Vries  
Constanza Pardo  
Carolina Wiesner

Esther de Vries, Pontificia Universidad Javeriana;  
Constanza Pardo and Carolina Wiesner, National Cancer Institute, Bogotá, Colombia

**Corresponding author:**  
Esther de Vries, PhD, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Pontificia Universidad Javeriana, Cra 7 No 40-62, Hospital San Ignacio, Piso 2, Bogotá, Cundinamarca, Colombia; e-mail: estherdevries@javeriana.edu.co.

### TO THE EDITOR:

As an institute and as professionals working on a daily basis to improve prevention, detection, and treatment of cancer in Colombia, we were interested to read the recent article in *Journal of Global Oncology* by Valencia et al<sup>1</sup> on how methodology influences cancer incidence and prevalence data, in particular in our country

its data. For most localities listed in Table 1, the CAC incidence rates are even lower than the mortality rates, even in cancers with good prognoses. The most probable reason for the discrepancies is, indeed, in the methodology used, ie, passive case reporting by the EPS (CAC) versus active case finding by PBCR personnel.<sup>7</sup> The main arguments for the quality and completeness of

Journal of Global Oncology

<http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JGO.17.00093>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



# Resultados



**Table 1.** Observed Age-Standardized Cancer Incidence Rates According to the Cuenta de Alto Costo and the Distinct Population-Based Cancer Registries in Colombia

Cancer Type	National Mortality	Age-Standardized Incidence Rates (per 100,000 person-years) for Population ≥ 15 Years of Age					
	Age-Standardized Mortality Rate 2010–2014 <sup>2</sup>	Cuenta de Alto Costo 2015 <sup>1</sup>	PBCR Bucaramanga 2008–2012 <sup>3</sup>	PBCR Cali <sup>4</sup>	PBCR Pasto 2008–2012 <sup>3</sup>	PBCR Manizales 2008–2012 <sup>3</sup>	PBCR Barranquilla 2008–2012 <sup>3</sup>
Cancers requiring substantial treatment							
Breast (f)	9.9	17.2	41.0	43.4	29.2	41.7	65.7
Colorectal (m and f)	5.9	3.1	14.5	15.9 (m), 13.7 (f)	9.5	15.9	10.6
Cancers with a poor prognosis							
Lung (m and f)	8.5	1.8	7.3	13.7 (m), 7.8 (f)	6.0	8.5	7.2
Stomach (m and f)	9.6	3.2	13.1	20.9 (m), 10.5 (f)	19.2	15.6	3.6
Pancreas (m and f)	2.9	0.8	2.0	4.4 (m), 3.5 (f)	3.3	2.3	1.6
Cancers with a relatively good prognosis that often require little or cheap treatment							
Cutaneous melanoma (m and f)	0.6	0.7	1.9	2.7 (m), 2.5 (f)	3.7	2.7	
Prostate (m)	10.9	8.7	40.2	58.4	28.6	43.8	43.0

Abbreviations: f, data for females; m, data for males; PBCR, population-based cancer registry.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



# No Brasil



- Sistema Vigilantes – Santa Catarina
- RCBP Florianópolis

	Vigilantes	RCBP	SIM
Total	4226	8428*	1484
Colo do útero	235	129	27
Mama	754	739	134
Próstata	528	543	73
Colorretal	347	465	126
Brônquio e pulmão	123	353	297
Estômago	152	234	100
Pâncreas	12	86	83

Fontes:

<http://vigilantes3.dive.sc.gov.br/>, <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>,  
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/estatisticas/site/home/rcbp/>

\*carcinomas in situ excluídos



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## RCBP internacionais e a notificação compulsória



- Em vários países existe a notificação compulsória, sendo que o sistema de notificação envia as informações para os RCBPs,
- Notificação eletrônica ou por fichas de papel,
- Dependendo da qualidade e completude das informações no sistema:
  - Identificação de casos e fontes, com posterior coleta complementar diretamente nas fontes notificadoras,
  - Incorporação das bases e verificações manuais de qualidade e identificação de duplicatas pelo pessoal dos registros.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## Estados Unidos e Canadá

### Cobertura nacional por RCBP locais



326 mi



35 mi

- 100% de cobertura
- Não existe um Registro Nacional,
- Registros estaduais/provinciais
- Dados locais compilados nacionalmente
- Os casos de câncer são notificados aos RCBP, nos estados/províncias com notificação compulsória (registro passivo), podendo ser complementado por busca ativa de outros casos,
- Busca ativa aonde não há notificação.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## Países Nórdicos



Finlândia  
5m hab.



Dinamarca  
6m hab.



Noruega  
5m hab.



Suécia  
9m hab.



- Número único de identificação nacional,
- Notificação dos casos aos RCBP,
- Sistema de saúde público é completamente informatizado e integrado,
- Complementação por busca ativa,
- Consolidação de casos de diversas fontes pelo pessoal dos RCBP,
- Controle de qualidade e eliminação de duplicatas pelos RCBP,
- Recursos humanos adequados às necessidades dos RCBP!
- Financiamento governamental adequado e perene!



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Países mais populosos da Europa



	<b>Reino Unido</b>	<b>Alemanha</b>	<b>França</b>	<b>Espanha</b>	<b>Itália</b>
Cobertura	100%	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial
Notificação	Não	Sim e não	Não	Sim e não	Sim e não
População	67 mi	83 mi	67 mi	46 mi	60 mi



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# BRICS



**Brasil**  
208mi hab



**Rússia**  
144mi hab



**Índia**  
1,3bi hab



**China**  
1,4bi hab



**África do Sul**  
55mi hab

- **Brasil:** Cobertura parcial, sem notificação compulsória, busca ativa, RHC,
  - **Rússia:** Cobertura parcial, fichas de notificação enviada ao RCBP, pelos profissionais de saúde,
  - **Índia:** Cobertura parcial sem notificação compulsória, busca ativa, RHC,
  - **China:** Cobertura parcial, fichas de notificação enviada ao RCBP, pelos profissionais de saúde,
  - **África do Sul:** Cobertura parcial, colaboração entre hospitais e laboratórios na área coberta pelo RCBP.
-

## CI5 XI - IARC



- De 371 registros com dados publicados, 31 são nacionais,
- Países com população de pequeno porte,
- Dos 31 nacionais, 8 países não tem notificação compulsória.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Conclusões



- A notificação compulsória sozinha, nos moldes das doenças transmissíveis não é adequada à vigilância do câncer,
- Na grande maioria dos países com notificação compulsória, os RCBP recebem as informações sobre os casos e se necessário, as complementam por busca ativa,
- Notificação compulsória não é uma condição *sine qua non* para a qualidade dos RCBP, porém, é mais uma fonte para a identificação dos casos pelo RCBP,
- Há necessidade de codificação, controle de qualidade e eliminação de duplicatas pelos RCBP dos casos recebidos por notificação compulsória.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE





Obrigada!

[marianna.cancela@inca.gov.br](mailto:marianna.cancela@inca.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



CONSINCA 13/06/2018

Artigo publicado no site da FEMAMA, em 30/05/2018, sob o título: "Plenário do Senado aprova registro compulsório do câncer".



Pesquisar

Ir

A Femama

ONGs Associadas

Amigos da Femama

Câncer de Mama

Notícias

Galeria de Fotos

Agenda

Utilidades

Contato

[Home](#) > [Notícias](#) > Plenário do Senado aprova registro compulsório do câncer

## Plenário do Senado aprova registro compulsório do câncer

**30/05/2018**

O Plenário do Senado Federal aprovou, na manhã de quarta-feira, 30/05, o registro compulsório do câncer a nível nacional. Com a aprovação, a adoção de notificação obrigatória do câncer no Brasil trará dados fundamentais para a melhoria da gestão de recursos da saúde pública, o que agilizará o diagnóstico e o tratamento do câncer no país, facilitando também a fiscalização do cumprimento da Lei dos 60 Dias, por exemplo. O projeto de lei agora segue para a sanção presidencial.



Congresso Nacional/Divu

O trabalho de articulação do grupo multissetorial GoAll, do qual a FEMAMA é membro mencionado e elogiado por sua articulação pelo Senador Waldemir Moka (MS) dura sessão de votação no plenário. A FEMAMA e suas instituições associadas em todo o país acompanham e se mobilizam pelo avanço do tema desde 2016. Em 2018, a necessidade de adoção do registro compulsório do câncer passou a ser trabalhada também pela coalizção de instituições que compõem o Go All, unindo esforços pela transformação do cenário oncológico do país.

"Ficamos muito satisfeitos e orgulhosos com a aprovação do projeto que trata do registro compulsório do câncer no Brasil. Sabemos da importância desse avanço, que permitirá melhorar muito a vida de milhares de pacientes e auxiliar no planejamento do enfrentamento do câncer de forma mais ágil e adequada. Esse é resultado do esforço de promoção de conscientização, mobilização e articulação da sociedade civil organizada, representada por diversas instituições que compõem a rede FEMAMA em todo o país, bem como por instituições membro do grupo Go All, que alia terceiro setor, indústria entre outros", declarou Dra. Maira Caleffi, presidente voluntária da FEMAMA.

### Histórico de atuação pelo registro compulsório do câncer

Há anos a FEMAMA atua fortemente em prol de política nacional de registro compulsório do câncer. Em setembro de 2016, a presidente da instituição, Dra. Maira Caleffi, [esteve re](#)

---

câncer no Brasil. O ministro se mostrou favorável à ideia.

Em novembro do mesmo ano, em ocasião do Dia Nacional de Combate ao Câncer, em novembro, representantes de diversas ONGs associadas à FEMAMA em todas as regiões do Brasil [protocolaram com deputados estaduais ofícios com o objetivo de alertar sobre a necessidade da adoção da notificação compulsória do câncer nos estados](#). O documento também colocou a FEMAMA e sua rede à disposição para auxiliá-los na elaboração do projeto de lei estadual regulamentando o tema.

No ano seguinte, em julho, a [Associação de Mulheres Mastectomizadas de Brasília Recomeçar](#), ONG associada à FEMAMA no Distrito Federal, conseguiu implantar, [através de uma portaria do poder executivo distrital](#), a regulamentação do registro compulsório do câncer no Distrito Federal. O resultado foi fruto de forte articulação da ONG junto ao poder executivo e legislativo do DF.

A I Conferência Nacional de Prefeitas e Governadoras e VII Conferência Nacional das Primeiras-Damas, ocorrida em agosto, também teve um de seus objetivos a discussão do registro compulsório do câncer. [Uma mesa de debates discutiu o tema](#), tendo uma técnica do Ministério da Saúde entre os integrantes, que admitiu que o SISCAN ainda é uma ferramenta falha e que precisa ser aprimorada.

A Recomeçar visitou também diversos gabinetes de deputados federais durante o ano de 2017, solicitando apoio ao PL e articulando a redação de um projeto de lei, sua apresentação na Câmara dos Deputados. Depois disso, também realizou mobilização junto aos membros do Congresso Nacional para que o projeto avançasse em sua tramitação.

Entre 2016 e 2017, a FEMAMA realizou várias edições regionais do evento Ciclo de Debates sobre Câncer de Mama para Parlamentares e audiências públicas nos legislativos estaduais que sempre tinham a notificação compulsória do câncer como um dos assuntos discutidos.

Foi em setembro de 2017 que as deputadas federais Carmen Zanotto e Gorete Pimenta [protocolaram dois projetos de lei](#) que se referem ao registro compulsório do câncer. O projeto da deputada Gorete foi apensado ao PL da deputada Carmen e, então, seguiram tramitando juntos até que o PL único foi aprovado pelo plenário da Câmara dos Deputados em março de 2018.

Nesse meio tempo, o [GoAll](#), coalizão de instituições multissetorial da qual a FEMAMA faz parte, abraçou a causa do registro compulsório do câncer e as instituições passaram a atuar em conjunto como uma só pela tramitação do Projeto. O GoAll é grupo de instituições independente que tem como objetivo trabalhar o impulsionamento da oncologia contemporânea e a melhoria das políticas públicas para garantir acesso e tratar adequadamente os pacientes diagnosticados com câncer.

Por isso, em março, os membros do GoAll [encontraram-se em Brasília para debater](#) o projeto de lei da notificação compulsória do câncer que estava tramitando na Câmara dos Deputados.

Em maio, a FEMAMA [realizou um webinar sobre o registro compulsório](#), juntamente com a União para o Controle Internacional do Câncer (UICC), com apoio de A.C. Camargo Cancer Center e Latin American Cooperative Oncology Group (LACOG). O encontro levantou questões essenciais sobre como mapear obstáculos, organizar recursos e promover mudanças capazes de reduzir o impacto da doença, pautando-se em dados concretos regionais e nacionais.

Ao ingressar no Senado, o projeto da Câmara [PL 8470/17](#) foi rebatizado para [PLC 14/2](#) foi aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) em 16 de maio. O GoAll [lançou uma mobilização](#) convocando a sociedade a pressionar os senadores a vo favoravelmente ao projeto lei do registro compulsório.

Somando-se aos esforços do GoAll e retomando as Audiências Públicas realizadas 2016 e 2017, a FEMAMA iniciou, no final de maio e início de junho, [uma série de debates Assembleias Legislativas de nove estados](#) sobre o acesso ao diagnóstico, tratame registro do câncer de mama no Brasil.

Como resultado de todos esses esforços, a matéria foi então inclusa na ordem do dia maio e aprovada pelo Plenário do Senado Federal, indo à sanção presidencial.

Compartilhe:

7

## Notícias relacionadas

[Avaliação de Tecnologia em Saúde: como essa metodologia auxilia na inclusão de medicamentos no SUS](#)

[APPO realiza jantar beneficente abrindo programação do Outubro Rosa 2018](#)

[Além do preço: custo x valor na incorporação de tecnologias em saúde na assistência pacientes oncológicos](#)

[Chá Rosa abre oficialmente a campanha de Outubro Rosa da APPO \(RJ\)](#)

[Câncer no Brasil pode aumentar em 78,5% até 2040, aponta relatório](#)

A Femama é membro de importantes coalizões internacionais de combate ao câncer



[Dia Mundial do Câncer](#) | [Pesquisa](#)

[Conselho Científico](#) |

FEMAMA - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama -

CONSINCA 13/06/2018

Apresentação pauta: (3) Radioterapia no Brasil - Cenário atual no SUS

# Radioterapia no Brasil

Cenário Atual no SUS

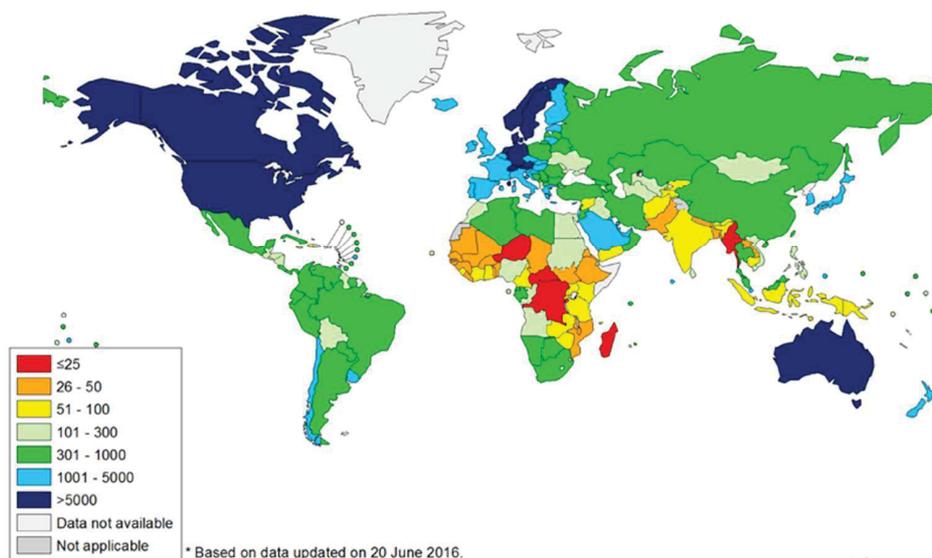


**Arthur Accioly Rosa**

Presidente Triênio 2017-2020

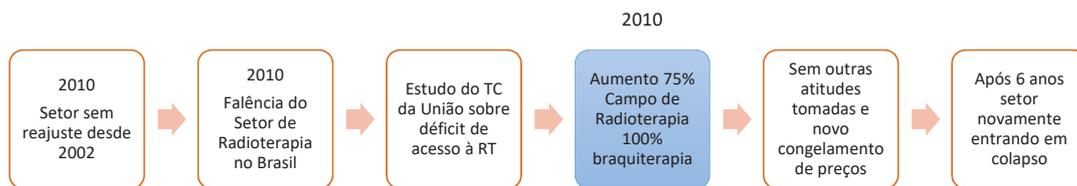
# Gasto Anual em Saúde *per capita*

Per capita total expenditure on health at average exchange rate (US\$), 2014 \*



**Brasil US\$ 947,40**

# Histórico do Último Reajuste



ADVERTÊNCIA  
Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



**Ministério da Saúde**  
Secretaria de Atenção à Saúde

PORTARIA Nº 420, DE 25 DE AGOSTO DE 2010

Não houve estudo de preços. O preço pode ter sido aumentado sem um parâmetro confiável

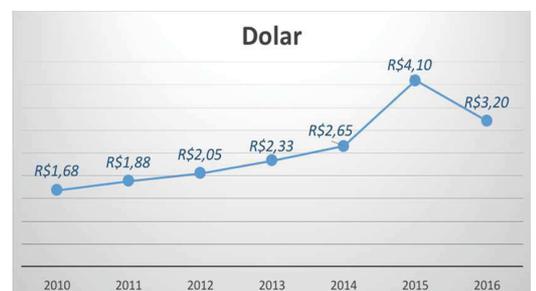
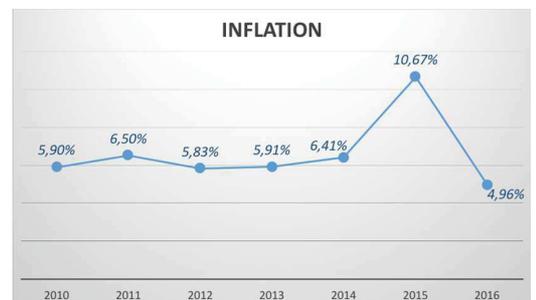
- Inflação IPCA (impacto principalmente na folha salarial de pessoal)
- Inflação de máquinas e insumos atrelados ao dólar (ativos e insumos)
- Inserção de novos custos através de novas exigências das normas técnicas para aumentar segurança dos tratamentos.

# Custos no Brasil 2016

	Ago/10	Ago/16	Increase
Salário Mínimo	R\$510,00	R\$880,00	72,5%
Inflação (IPCA)			46,21%
Dolar	R\$1,70	R\$3,20 (4,10)	88,2%
Energia Elétrica			66,7%

Varição de Agosto 2010 a Agosto 2016

**Reajuste de Radioterapia (SUS): 0%**



#### Resultado da Correção pelo IPC-A (IBGE)

Dados básicos da correção pelo IPC-A (IBGE)	
Dados informados	
Data inicial	08/2010
Data final	05/2018
Valor nominal	R\$ 30,00 ( REAL )
Dados calculados	
Índice de correção no período	1,6012990
Valor percentual correspondente	60,1299000 %
Valor corrigido na data final	R\$ 48,04 ( REAL )

[Fazer nova pesquisa](#) [Imprimir](#)

#### Resultado da Correção pelo IPC-A (IBGE)

Dados básicos da correção pelo IPC-A (IBGE)	
Dados informados	
Data inicial	08/2010
Data final	05/2018
Valor nominal	R\$ 35,00 ( REAL )
Dados calculados	
Índice de correção no período	1,6012990
Valor percentual correspondente	60,1299000 %
Valor corrigido na data final	R\$ 56,05 ( REAL )

[Fazer nova pesquisa](#) [Imprimir](#)

#### Resultado da Correção pelo IGP-M (FGV)

Dados básicos da correção pelo IGP-M (FGV)	
Dados informados	
Data inicial	08/2010
Data final	05/2018
Valor nominal	R\$ 30,00 ( REAL )
Dados calculados	
Índice de correção no período	1,5898255
Valor percentual correspondente	58,9825500 %
Valor corrigido na data final	R\$ 47,69 ( REAL )

[Fazer nova pesquisa](#) [Imprimir](#)

#### Resultado da Correção pelo IGP-M (FGV)

Dados básicos da correção pelo IGP-M (FGV)	
Dados informados	
Data inicial	08/2010
Data final	05/2018
Valor nominal	R\$ 35,00 ( REAL )
Dados calculados	
Índice de correção no período	1,5898255
Valor percentual correspondente	58,9825500 %
Valor corrigido na data final	R\$ 55,64 ( REAL )

[Fazer nova pesquisa](#) [Imprimir](#)

## Custos no Brasil 2016

Preço 2010	Valor Atualizado IPC-A	Valor Atualizado IGP-M
R\$30,00	R\$48,04	R\$47,69
R\$ 35,00	R\$56,05	R\$55,64
	<b>60,12%</b>	<b>55,64%</b>

Fonte: Calculadora do Cidadão  
Banco Central do Brasil



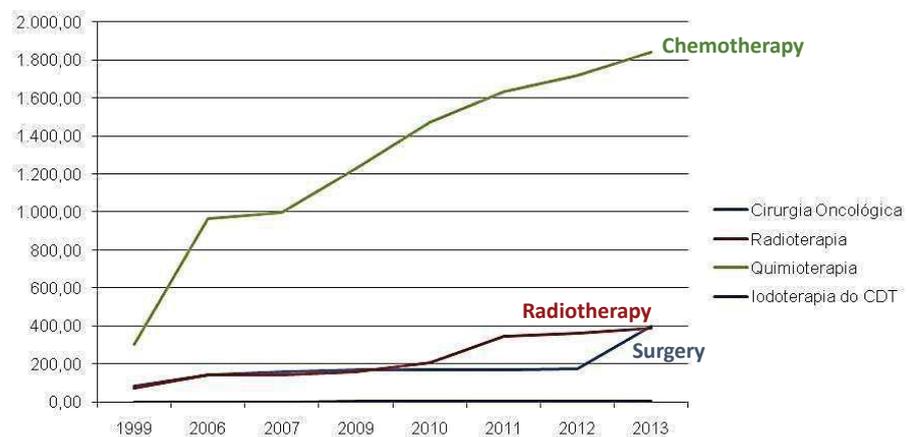
## Custos no Brasil 2016

### Cotação do Dólar Comercial

Cotação 25/08/2010	Cotação 12/06/2018	Diferença
R\$1,76	R\$3,70	<b>110%</b>

Fonte: UOL

## Gastos Federais com Oncologia (SUS)



RT (2013)  
R\$ 399 milhões  
15,3%

Radioterapia  
Reajuste de Preços  
Agosto 2010

	Cirurgia Oncológica	Radioterapia	Quimioterapia	Iodoterapia do CDT	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
2012	176,1	363,8	1.718,3	5,5	2.263,70
2013	399,4	391,3	1.840,0	5,9	2.636,60

TOTAL (2013)  
R\$ 2.6 bilhões

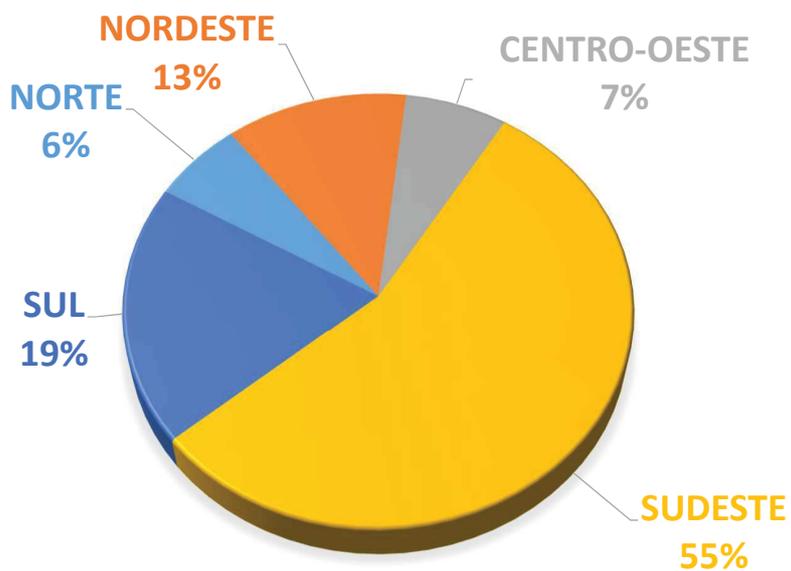
## Preços de Radioterapia no Brasil

	SUS (R\$)	SUS (US\$)	US (US\$)
Prostate IMRT	NA	NA	US\$ 30.000,00
Prostate 3D	R\$ 5.324,00	US\$ 1.663,75	US\$ 30.000,00
Breast	R\$ 4.200,00	US\$ 1.312,50	US\$ 20.000,00
SRS	R\$ 5.000,00	US\$ 1.562,50	US\$ 25.000,00



Exchange Rate R\$3,20  
Insurance Prices: Averages from CBHPM 5ª edition  
SUS Prices: Averages from Megavoltages prices

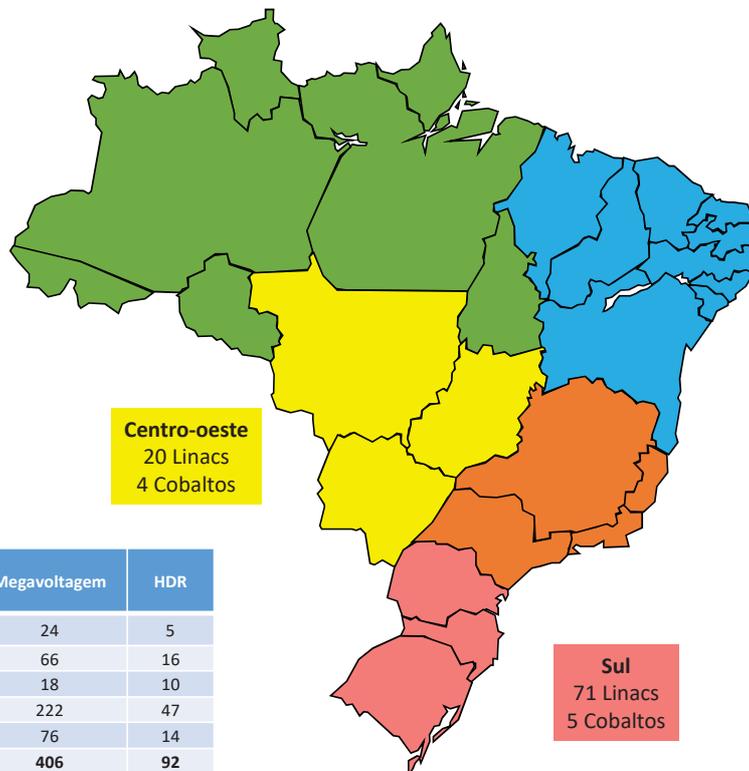
# Número de Serviços 2017: 259



TOTAL	
NORTE	16
NORDESTE	32
CENTRO-OESTE	18
SUDESTE	143
SUL	50

Fonte: CNEN

# Radioterapia Megavoltagem



**Brasil**  
Linacs 371  
Cobaltos 35

Região	Linacs	Cobaltos	Megavoltagem	HDR
Centro-oeste	20	4	24	5
Nordeste	62	4	66	16
Norte	16	2	18	10
Sudeste	202	20	222	47
Sul	71	5	76	14
<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>35</b>	<b>406</b>	<b>92</b>

Fonte CEN 2017



# Radioterapia

## Equipamentos Operacionais 2017

Região	Linacs	Cobaltos	Megavoltagem	HDR	Populacao	Relacao (1/n)
Centro-oeste	20	4	24	5	14.993.194,00	624.716,42
Nordeste	62	4	66	16	55.794.694,00	845.374,15
Norte	16	2	18	10	16.983.485,00	943.526,94
Sudeste	202	20	222	47	84.465.579,00	380.475,58
Sul	71	5	76	14	28.795.762,00	378.891,61
Total	371	35	406	92	201.032.714,00	495.154,47
					Fonte: IBGE 2016	

## DESAFIO

“World Health Organization recommends one Linear Accelerator per 250.000 a 300.000 inhabitants”

Rinfussa M et al. Rep Pract Oncol Radiother 18:159-172, 2013

Region	Megavoltage Units Availability per 300k Inhabitants	Linear Accelerator Units Availability per 300k Inhabitants
North	0.32	0.40
Northeast	0.35	0.33
Center-West	0.48	0.40
Southeast	0.79	0.72
South	0.79	0.74
<b>BRAZIL</b>	<b>0.61</b>	<b>0.55</b>

Um pouco mais da **metade** das máquinas necessárias está disponível

Fontes  
CNEN 2017  
IBGE 2016

## **Números da Radioterapia no SUS - 2017**

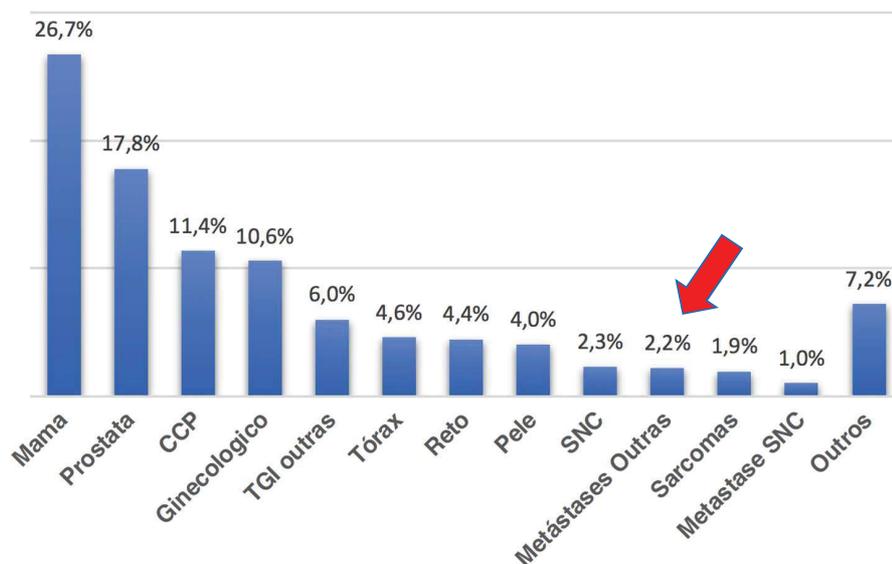
Gasto com Radioterapia: **R\$ 436.563.323,34**

Numero de pacientes tratados: **116.652**

**Ticket Médio RT SUS: R\$ 3.742,44**

# Números da Radioterapia no SUS - 2017

## Distribuição de Radioterapia por CID



Fonte: SIA/SUS  
Apresentação Dr. Eronides Batalha 2017



Original Article

Cancer Deaths due to Lack of Universal Access to Radiotherapy in the Brazilian Public Health System



L.C. Mendez<sup>\*</sup>, F.Y. Moraes<sup>†</sup>, G. dos S. Fernandes<sup>‡§</sup>, E. Weltman<sup>¶||\*\*</sup>

<sup>\*</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, University of Toronto, Toronto, Canada

<sup>†</sup> Princess Margaret Hospital, University of Toronto, Toronto, Canada

<sup>‡</sup> Hospital Sírio-Libanês, Brasília, Brazil

<sup>§</sup> Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, Brazil

<sup>¶</sup> Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brazil

<sup>||</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil

<sup>\*\*</sup> Sociedade Brasileira de Radioterapia, Brazil

Received 4 May 2017; received in revised form 22 August 2017; accepted 29 August 2017

**5.000 mortes por falta de radioterapia em 2016**

## TRABALHO DE CUSTO EM RADIOTERAPIA SBRT

Dados compartilhados com o Ministerio da Saude

Estudo Conduzido por consultor e professor da Fundação Dom Cabral

Avaliou todos os custos relacionados ao funcionamento da radioterapia

- Pesquisa de preços nacional
- Avaliação de custos de normas (72%)
- Avaliação de custos de boas praticas (28%)

Estudo em cenários de SUS com três graus de ocupação e três níveis de complexidade

Análise de custo médico a parte para eliminar possível interpretação de viés

Dados compartilhados com o MS

## Conclusões – 2D: ticket médio

Ocupação	Situação	Preço Calculado
100%	 Médicos Fenam	10.790
100%	 Médicos Média Nacional	10.210
100%	 SEM médicos	8.137
100%	  Médicos Fenam	8.013
100%	  Médicos média nacional	5.993
100%	  SEM Médicos	4.984

**Média: 8.751**

## Conclusões – 3D : ticket médio

Ocupação	Situação	Preço Calculado
100%	 Médicos Fenam	13.077
100%	 Médicos Média Nacional	12.318
100%	 SEM médicos	9.893
100%	  Médicos Fenam	9.742
100%	  Médicos média nacional	7.319
100%	  SEM Médicos	6.108

**Média: 10.614**

## Conclusões – IMRT : ticket médio

Ocupação	Situação	Preço Calculado
100%	 AT- Médicos Fenam	15.061
100%	 AT- Médicos Média Nacional	10.936
100%	 AT- SEM médicos	9.238
100%	 Médicos Fenam	15.036
100%	 Médicos média nacional	11.401
100%	 SEM Médicos	9.585

**Média: 13.108**

## Conclusões – IMRT+IGRT : ticket médio

Ocupação	Situação	Preço Calculado
100%	 Médicos Fenam	18.721
100%	 Médicos Média Nacional	13.676
100%	 SEM médicos	11.599
100%		
100%		
100%		

**Média: 16.198**

## Conclusões – Radiocirurgia : ticket médio

Ocupação	Situação	Preço Calculado
100%	 AT- Médicos Fenam	5.199
100%	 AT- Médicos Média Nacional	4.417
100%	 AT- SEM médicos	4.096
100%	 Médicos Fenam	
100%	 Médicos média nacional	
100%	 SEM Médicos	

**Média: 4.808**

## TRABALHO DE CUSTO EM RADIOTERAPIA SBRT

Dados compartilhados com o Ministério da Saúde

Radioterapia 2D e 3D tem custos próximos

Ticket médio do SUS em 2017 de **R\$ 3.742,44**

Desafio das estatísticas atuais

O ticket médio **mínimo** para cobrir custo no momento do estudo seria de **R\$ 7.319,00** (3D com médicos , dois linacs e considerando 100% de ocupação).

Se com 1 Linac e 100% de ocupação seria de **R\$ 12.318,00** para 3D e **R\$ 10.212,00** para 2D

72% são custos diretamente ligados a norma (limite mínimo para deságio nos valores?)

92% dos serviços vinculados ao SUS fazem algum tipo de 3D (Dados SAI/SUS)

# GRUPO DE TRABALHO CONSINCA

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

*Criado na reunião do CONSINCA*

*Convocação em 09/08/2016 – Ofício 472/Gab. INCA*

De: Adriana Marinho Furtado/INCA  
Para: [eduardo.weltman@einstein.br](mailto:eduardo.weltman@einstein.br)  
Data: 09/08/2016 13:19  
Assunto: Ofício nº 472/Gab.INCA - Solicitação (faz)

---

Prezado Senhor,

Encaminhamos Ofício nº 472/Gab.INCA, anexo, solicitando a indicação de um representante desta Sociedade para compor o Grupo de Trabalho.

Atenciosamente,

**Adriana Marinho Furtado**

Gabinete - Direção Geral

**INCA** - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

☎ + 55 21 3207-1003 📠 + 5521 3207-1224

✉ [adriana.furtado@inca.gov.br](mailto:adriana.furtado@inca.gov.br)

🌐 [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

# GRUPO DE TRABALHO CONSINCA

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

Primeira Reunião em **11/11/2016**

Convocação GT **09/08/2016**

Primeira Reunião **11/11/2016**



REUNIÃO: DISCUSSÃO SOBRE A REVISÃO DA TABELA DE RADIOTERAPIA  
 DIA: 11/11/2016  
 LOCAL: SALA DO CONSELHO - 4º ANDAR

LISTA DE PRESEÇA

NOME	E-MAIL	TELEFONE
Guilherme Pereira	guilherme@inca.gov.br	(21) 988993350
EDUARDO WEITMAN	eweitman@inca.gov.br	11 8827-3327
Eronides Salustiano	eronides.salustiano@inca.gov.br	61 999425242
Humberto L.R. Souza	humberto.luciano@abifcc.org.br	71 991193911
Renata Erthal Knust	renata@inca.gov.br	99 806-5599 9203-4494
Marcia Adelaide Almeida	marciadelmeida@inca.gov.br	98 25 0413
Marina Inez Pordeus Gadelha	marina.gadelha@inca.gov.br	(61) 3335-9225
ROBSON MOURA	robson.moura@inca.gov.br	99 806-5599 9203-4494
Tereza Figueira Fallace	terezafallace@inca.gov.br	(61) 3335-5821   5873

Presentes:

- **Maria Inez Pordeus Gadelha** – Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS
- **Eronides Salustiano Batalha Filho** - Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas/DAET/SAS/MS
- **Maria Adelaide de Sousa Werneck** – Área de Normas Técnicas /COAS/INCA
- **Renata Erthal Knust** – Área de Normas Técnicas /COAS/INCA
- **Guilherme José Rodrigues Pereira** – Radioterapeuta. Representante do INCA
- **Humberto Luciano do Rosário Souza** – Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer (ABIFCC)
- **Eduardo Weltman** - Representante da Sociedade Brasileira de Radioterapia
- **Robson Freitas de Moura** – Representante da Sociedade Brasileira de Cancerologia

# GRUPO DE TRABALHO CONSINCA

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

Convocação GT **09/08/2016**

Primeira Reunião **11/11/2016**

Primeira Reunião em **11/11/2016**

## Pauta da Reunião:

- Discutir conceitos gerais por consenso que servirão de base para a revisão.
- Discutir a formatação da redistribuição dos procedimentos com base nas situações tumorais.

## Compromissos:

- Formatação dos novos procedimentos. Proposta inicial em próstata (Dr Eronides com revisão de todos)
- Avaliação da ficha cadastral do CNES (todos)
- Migração dos procedimentos de AIH para APAC (exclusão ou modificação).
- **Prazo estimado para o fim do GT no primeiro semestre de 2017.**

# GRUPO DE TRABALHO CONSINCA

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

Segunda Reunião em ?

Convocação GT **09/08/2016**

Primeira Reunião **11/11/2016**

Segunda Reunião **?**

## Ações da SBRT junto ao MS

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

### Reunião SAS - BSB 19/01/2017

19/01/2017 – Quinta-feira - 14h00

Presentes:

**Francisco de Assis Figueiredo** – Secretário da SAS

**Inez Gadelha** – Diretora do DAET/SAS

**Sandro Martins** – Diretor /SAS

**Eduardo Weltman** – Presidente SBRT

**Arthur Rosa** – Vice Presidente SBRT

**Rafael Gadia** – Membro da Diretoria SBRT

**Marcus Castilho** – Membro da Diretoria SBRT

**Gustavo Fernandes** – Presidente SBOC

**Aristides Oliveira** – Representante ABFM

**Rodrigo Pinheiro** – Representante SBCO



Pauta:

Apresentação de dados de criticidade da radioterapia

Introdução do estudo de custos desenvolvido pela SBRT

Convocação GT	09/08/2016
Primeira Reunião GT	11/11/2016
Segunda Reunião GT	?
Encontro SBRT na SAS em BSB	19/01/2017

# GRUPO DE TRABALHO CONSINCA

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

Terceira Reunião em **16/02/2017**

Convocação GT	<b>09/08/2016</b>
Primeira Reunião GT	<b>11/11/2016</b>
Segunda Reunião GT	<b>?</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>19/01/2017</b>
Terceira Reunião GT	<b>16/02/2017</b>



## GT RADIOTERAPIA

Encontro 3 - 16/02/2017  
Início: 10h  
Término: 14h

### Presenças:

- Maria Inez Pordeus Gadelha - Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS
- Eronides Salustiano Batalha Filho - Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas/DAET/SAS/MS
- Emília Tomassini - Coordenação-Geral de Sistemas de Informação/Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)/SAS/MS
- Renata Erthal Knust - Área de Normas Técnicas/COAS/INCA
- Humberto Luciano do Rosário Souza - Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer (ABIFCC)
- Eduardo Weltman - Representante da Sociedade Brasileira de Radioterapia
- Renato José Affonso Jr - Representante da Sociedade Brasileira de Radioterapia
- Robson Freitas de Moura - Representante da Sociedade Brasileira de Cancerologia

### Ausências:

- Guilherme José Rodrigues Pereira - Radioterapeuta. Representante do INCA
- Arthur Acioli Rosa - Representante da Sociedade Brasileira de Radioterapia
- Tereza Filomena Lourenço Faillace - Coordenação-Geral de Sistemas de Informação/Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)/SAS/MS

### Pauta da Reunião:

- Terminar a revisão dos procedimentos específicos
- Avaliar a nova nomenclatura dos procedimentos e sua descrição compatível com o sistema
- Avaliar o porte tecnológico por nível de complexidade.

### Discussões/Propostas:

Seguem algumas considerações:

- Ratificação dos 4 níveis de complexidade fechados no último encontro:

#### Nível 1

Tomógrafo simulador: não

Sist. De planejamento: não ou 2D

#### Nível 2

Tomógrafo simulador: sim

Sist. De planejamento: sim 3D

### Presentes:

- **Maria Inez Pordeus Gadelha** - Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS
- **Eronides Salustiano Batalha Filho** - Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas/DAET/SAS/MS
- **Emília Tomassini** - Coordenação-Geral de Sistemas de Informação/Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)/SAS/MS
- **Renata Erthal Knust** - Área de Normas Técnicas/COAS/INCA
- **Humberto Luciano do Rosário Souza** - Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer (ABIFCC)
- **Eduardo Weltman** - Representante da Sociedade Brasileira de Radioterapia
- **Renato José Affonso Jr** - Representante da Sociedade Brasileira de Radioterapia
- **Robson Freitas de Moura** - Representante da Sociedade Brasileira de Cancerologia

# GRUPO DE TRABALHO CONSINCA

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

Terceira Reunião em **16/02/2017**

## Pauta da Reunião:

- Terminar a revisão dos procedimentos específicos
- Avaliar a nova nomenclatura dos procedimentos e sua descrição compatível com o sistema
- Avaliar o porte tecnológico por nível de complexidade.

Ratificação dos 4 níveis de complexidade fechados no último encontro:

### Nível 1

Tomógrafo simulador: não  
Sist. De planejamento: não ou 2D

### Nível 2

Tomógrafo simulador: sim  
Sist. De planejamento: sim 3D

### Nível 3

Tomógrafo simulador: sim  
Sist. De planejamento: sim 3D/IMRT  
Sist. Gerenciamento: sim Radiocirurgia/Radioterapia ext. fracionada: sim

### Nível 4

Tomógrafo simulador: sim  
Sist. De planejamento: sim 3D/IMRT  
Sist. Gerenciamento: sim Radiocirurgia/Radioterapia ext. fracionada: sim  
IGRT

Convocação GT	<b>09/08/2016</b>
Primeira Reunião GT	<b>11/11/2016</b>
Segunda Reunião GT	<b>?</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>19/01/2017</b>
Terceira Reunião GT	<b>16/02/2017</b>

# GRUPO DE TRABALHO CONSINCA

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

Terceira Reunião em **16/02/2017**

Convocação GT	<b>09/08/2016</b>
Primeira Reunião GT	<b>11/11/2016</b>
Segunda Reunião GT	<b>?</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>19/01/2017</b>
Terceira Reunião GT	<b>16/02/2017</b>

## **Compromissos para próximo encontro:**

- Verificar as compatibilidades, excludências e concomitâncias entre os procedimentos.
- Valoração dos procedimentos.

## **Próximo encontro:**

À definir

## Ações da SBRT junto ao MS

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

### Reunião SAS - BSB **23/02/2017**

19/01/2017 – Quinta-feira - 15h00

Presentes:

**Francisco de Assis Figueiredo** - Secretário de Atenção à Saúde

**Maria Inez Gadelha** - Diretora do DAET/SAS - ,

**Cleusa Bernardo** - Diretora do DRAC/SAS

**Sandro Martins** - Coordenador Geral de Doenças Crônicas

**Ana Cristina da Cunha Wanzeler** - Diretora do DESID –

**Marcus Simões Castilho** - 1º Tesoureiro da SBRT

**Prof. Silvério Marinho** - Consultor de Economia da SBRT

**Renato José Affonso Jr.** - 2º Vice Presidente SBRT

**Rafael Gadia** - 1º Secretário SBRT

Pauta:

Apresentação de dados do estudo de custos desenvolvido pela SBRT

Discussão crítica com pessoal técnico do MS

Convocação GT	<b>09/08/2016</b>
Primeira Reunião GT	<b>11/11/2016</b>
Segunda Reunião GT	<b>?</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>19/01/2017</b>
Terceira Reunião GT	<b>16/02/2017</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>23/02/2017</b>

## Ações da SBRT junto ao MS

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

### Inauguração do CT da Varian em Jundiaí **20/11/2017**

Conversa com o Ministro da Saúde – Ricardo Barros  
Secretario da SAS Francisco Figueiredo presente



#### Assuntos discutidos:

Encaminhamento da Portaria de revisão da tabela de radioterapia do SUS  
Esqueleto pronto sendo pontuadas dificuldades de sistema para implementação  
Impacto financeiro sendo calculado  
Compromisso de publicação ainda em 2017

Convocação GT	<b>09/08/2016</b>
Primeira Reunião GT	<b>11/11/2016</b>
Segunda Reunião GT	<b>?</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>19/01/2017</b>
Terceira Reunião GT	<b>16/02/2017</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>23/02/2017</b>
Encontro com MS na Varian	<b>20/11/2017</b>

## Ações da SBRT junto ao MS

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS



Presidente da SBRT, Dr. Arthur Accioly Rosa, dialoga com o Ministro da saúde, Sr. Ricardo Barros

Dia 20 de novembro, em Jundiaí, no Centro de Treinamento e futura fábrica da Varian, o Presidente da SBRT, Dr. Arthur Accioly Rosa, dialoga com o Ministro da saúde, Sr. Ricardo Barros.

Os assuntos abordados foram sobre a incorporação de tecnologia e atualização da forma de remuneração e valores da radioterapia pelo SUS.

Convocação GT	09/08/2016
Primeira Reunião GT	11/11/2016
Segunda Reunião GT	?
Encontro SBRT na SAS em BSB	19/01/2017
Terceira Reunião GT	16/02/2017
Encontro SBRT na SAS em BSB	23/02/2017
Encontro com MS na Varian	20/11/2017

## Ações da SBRT junto ao MS

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

### Reunião SAS - BSB **05/12/2017**

05/12/2017 – Terça-feira - 14:00h

Presentes:

**Francisco de Assis Figueiredo** - Secretário de Atenção à Saúde

**Maria Inez Gadelha** - Diretora do DAET/SAS - ,

**Arthur Accioly Rosa** - Presidente da SBRT

**Marcus Simões Castilho** - Secretário Geral

**Rafael Gadia** – Comitê Institucional SBRT



Pauta:

Apresentação do novo Presidente da SBRT

Reforço de agenda positiva junto ao MS

Discussão do cronograma de publicação da nova Portaria com a tabela de radioterapia revisada

Compromisso do desenvolvimento de diretrizes técnicas de hipofracionamento

Convocação GT	<b>09/08/2016</b>
Primeira Reunião GT	<b>11/11/2016</b>
Segunda Reunião GT	<b>?</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>19/01/2017</b>
Terceira Reunião GT	<b>16/02/2017</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>23/02/2017</b>
Encontro com MS na Varian	<b>20/11/2017</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>05/12/2017</b>

## Ações da SBRT junto ao MS

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

CONSINCA- Rio de Janeiro **13/12/2017**

### Notas:

- Estrutura de pacotes praticamente concluída
- Preços não apresentados e muito menos expectativa de impacto orçamentário
- Portes de serviços e CNES (sugestão de não restrição pela SBRT)
- Expectativa de que o trabalho estava em sua fase final
- SBRT reforçou o compromisso de parceria com o MS apesar da crise no setor e da criticidade dos serviços que atendem SUS



### CONSINCA 13/12/2017

#### PAUTA

1. Apresentação e Relatório das reuniões do Grupo de Trabalho de Cirurgia Oncológica - **Renata Knust (INCA)**;
2. Andamento da revisão da tabela de Radioterapia – **Maria Inez Gadelha (SAS)**;
3. Anti-neoplásicos – Desabastecimento e Incorporação do Transtuzunabe – Informes – **Dr. Gélcio Mendes (INCA)**;
4. SBCO - Divulgação e Apoio ao Fórum de Formação em Cirurgia Oncológica e elaboração de uma comissão para elaboração do Programa do evento — Ofício/PRES/SBCO/225/17 – **Dr. Claudio Quadros (SBCO)**;
5. Centro de Diagnóstico de Câncer de Próstata no INCA (esclarecer o motivo desse projeto) – **Dra. Ana Cristina Pinho (INCA)**;
6. Informes - **Dra. Ana Cristina Pinho (INCA)**.

Convocação GT	<b>09/08/2016</b>
Primeira Reunião GT	<b>11/11/2016</b>
Segunda Reunião GT	<b>?</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>19/01/2017</b>
Terceira Reunião GT	<b>16/02/2017</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>23/02/2017</b>
Encontro com MS na Varian	<b>20/11/2017</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>05/12/2017</b>
CONSINCA	<b>13/12/2017</b>

## Ações da SBRT junto ao MS

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

### Reunião na AMB 08/03/2018

Conversa com o Ministro da Saúde – Ricardo Barros  
Secretario da SAS Francisco Figueiredo presente



#### Assuntos discutidos:

Sobre a nova codificação da tabela, a informação foi de que o trabalho está em curso e a Portaria ainda não foi publicada por conta de limitações quanto a complexidade no impacto para operacionalização dos sistemas do MS.

Não há prazo oficial, mas uma promessa de acontecerá em breve (*antes de sua saída do MS*)

Convocação GT	09/08/2016
Primeira Reunião GT	11/11/2016
Segunda Reunião GT	?
Encontro SBRT na SAS em BSB	19/01/2017
Terceira Reunião GT	16/02/2017
Encontro SBRT na SAS em BSB	23/02/2017
Encontro com MS na Varian	20/11/2017
Encontro SBRT na SAS em BSB	05/12/2017
CONSINCA	13/12/2017
Encontro com MS na AMB	08/03/2018

## Ações da SBRT junto ao MS

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

CONSINCA- Rio de Janeiro **21/03/2018**

### Notas:

- Dr Felipe Erlich presente
- Dra. Maria Inês pontuou que a demora para a publicação da portaria de requalificação da tabela da radioterapia teria sido por culpa de demandas da SBRT
- Mudança na hierarquização não por serviço e sim por procedimento, discutida no ultimo CONSINCA; e tb pelo fato do estudo de impacto ter sido refeito pela comissão de economia da SAS



Convocação GT	<b>09/08/2016</b>
Primeira Reunião GT	<b>11/11/2016</b>
Segunda Reunião GT	<b>?</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>19/01/2017</b>
Terceira Reunião GT	<b>16/02/2017</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>23/02/2017</b>
Encontro com MS na Varian	<b>20/11/2017</b>
Encontro SBRT na SAS em BSB	<b>05/12/2017</b>
CONSINCA	<b>13/12/2017</b>
Encontro com MS na AMB	<b>08/03/2018</b>
CONSINCA	<b>21/03/2018</b>

# Ações da SBRT junto ao MS

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

Carta ao Ministro da Saude **22/03/2018**



- Criticidade da radioterapia
- Demora na publicação da Portaria
- Agenda positiva e comprometimento da SBRT
- Posicionamentos Unilaterais da SAS
- Implicações do atraso atribuídas de forma inverídica à SBRT

Convocação GT	09/08/2016
Primeira Reunião GT	11/11/2016
Segunda Reunião GT	?
Encontro SBRT na SAS em BSB	19/01/2017
Terceira Reunião GT	16/02/2017
Encontro SBRT na SAS em BSB	23/02/2017
Encontro com MS na Varian	20/11/2017
Encontro SBRT na SAS em BSB	05/12/2017
CONSINCA	13/12/2017
Encontro com MS na AMB	08/03/2018
CONSINCA	21/03/2018
Carta ao Ministro	22/03/2018

BRASIL

# Ministro da Saúde deixa governo para se candidatar a deputado

27 MAR 2018



17h12

atualizado às 17h29



12 COMENTÁRIOS

O ministro da Saúde, Ricardo Barros, anunciou nesta terça-feira que está deixando o cargo durante cerimônia no Palácio do Planalto.

## Ações da SBRT junto ao MS

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

### COMO ESTAMOS ?

- ✓ 1 ano e 7 meses desde o início do GT
- ✓ 7 anos e 10 meses desde o último reajuste
- ✓ Fato de que modelo atual de remiuneração e o sistema de gestão de dados é ineficiente
- ✓ As informações não oficiais é de que a **estrutura da Portaria está pronta**, somente aguardando a precificação e o impacto orçamentário
- ✓ É de fundamental importância do **embasamento técnico e financeiro na nova métrica**
- ✓ Não está claro o porque do afastamento da SBRT do processo consultivo pelo MS

Convocação GT	09/08/2016
Primeira Reunião GT	11/11/2016
Segunda Reunião GT	?
Encontro SBRT na SAS em BSB	19/01/2017
Terceira Reunião GT	16/02/2017
Encontro SBRT na SAS em BSB	23/02/2017
Encontro com MS na Varian	20/11/2017
Encontro SBRT na SAS em BSB	05/12/2017
CONSINCA	13/12/2017
Encontro com MS na AMB	08/03/2018
CONSINCA	21/03/2018
Carta ao Ministro	22/03/2018
HOJE	13/06/2018

## Ações da SBRT junto ao MS

Revisão da Tabela de Radioterapia no SUS

### COMO ESTAMOS ?

- ✓ A radioterapia no SUS está as margens de **uma crise sem precedente** por conta da criticidade de custeio e de investimento
- ✓ A reposição de valores para o custeio mínimo da operação é uma ação emergencial e fundamental
- ✓ A requalificação da métrica de cobrança no SUS é a saída para dados mais reais e planejamento inteligente.

## PROPOSTAS DA SBRT

- ✓ Publicação da Portaria com ticket médio compatível com **pelo menos 72% do valor encontrado como custo médio de operação**
- ✓ Embasamento essencialmente técnico de deliberações da política de saúde em radioterapia.
- ✓ Vinculação dos portes de complexidade aos CIDs e aos procedimentos, sem restrição de tratamento pelos prestadores
- ✓ Revisão e ajustes de valores após 12 meses, quando dados mais reais estiverem disponíveis
- ✓ Incorporação de auditorias de qualidade pelo SUS para garantia de incorporação adequada de tecnologia

## POSICIONAMENTO ATUAL DA SBRT

- ✓ Continuamos com uma agenda positiva para trabalho cooperative com o MS
- ✓ As contrapartidas prometidas estão sendo cumpridas
  - Consenso de hipofracionamento de mama pronto aguardando publicação
- ✓ Responsabilidade social e Institucional demanda ações mais agudas e das quais não poderemos nos furtar
- ✓ Fundamental o trabalho do CONSINCA



[www.sbradioterapia.com.br](http://www.sbradioterapia.com.br)

[arthur.rosa@terra.com.br](mailto:arthur.rosa@terra.com.br)

 +55(71) 99195-4321