

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA
Reunião Ordinária
15/04/09

A T A

Participantes:

Sociedades técnico-científicas:

Carlos Sérgio Chiattoni – Colégio Brasileiro de Hematologia - CBH
 José Eluf Neto - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO
 Hiram Silveira Lucas – Sociedade Brasileira de Cancerologia - SBC
 Ângela Coe Camargo – Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica – SBEO
 José Getúlio Segalla – Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica – SBOC
 Carlos Manoel Mendonça de Araújo – Sociedade Brasileira de Radioterapia – SBRT

Prestadores de Serviços do SUS:

Ricardo Curioso – ABIFCC
 Luiz Antonio Negrão Dias – CMB

Gestores do SUS:

Maria Inez Pordeus Gadelha – CGPAC / SAS / MS
 Fernando Cossio Martins Júnior – DAD / SE / MS
 Luis Eugênio Portela Fernandes – SCTIE/MS

INCA

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva	- Diretor Geral / INCA Presidente / CONSINCA
Luiz Cláudio Thuler	- CEDC
Cláudio Noronha	- CONPREV
Antônio Bertholace	- Divisão de Atenção Oncologia / CONPREV
Luiz Augusto Maltoni Júnior	- CGTC
José Eduardo Castro	- CGGA
Maria Adelaide Werneck	- Regulação e Normas Técnicas / CGGA
Amâncio Paulino de Carvalho	- CGAE
Marisa Breitenbach	- CPq
Rosamélia Cunha	- Chefe de Gabinete / Direção Geral / INCA

Diretores Unidade Assistenciais/ INCA:

César Lasmar	- HC III
Cláudia Taylor	- HC IV
Luiz Fernando da Silva Bouzas	- CEMO
Kadma S. Carriço (repte.)	- HCI
Reinaldo Rondinelli	- HC II

Convidados:

Fermin Roland Schramm	- ConBio
Sandra G.Gomes Lima	- Divisão de Farmácia / INCA
Reinhard Braun	- Divisão de Planejamento

GAT/CONSINCAJosé Carlos de Almeida - **SBU****1) Aprovação da ata da reunião de 26 / 11 / 08:**

Aprovada sem ressalvas.

Dr. Santini dá início à reunião, apresentando o Dr. Amâncio Paulino de Carvalho, novo Coordenador-Geral de Ações Estratégicas, e o Dr. Luiz Cláudio Thuler, novo Coordenador de Educação, do INCA. Dá as boas vindas para os que estão participando pela primeira vez, mencionando a dinâmica das reuniões do Conselho, que são bimensais, cuja pauta tem consistido na busca do alinhamento da uma política nacional de atenção oncológica, que é basicamente o objetivo do CONSINCA, tendo como função precípua discutir e orientar, por intermédio de sugestões e proposições, o Ministério da Saúde na política de atenção oncológica. Ressalta para os novos conselheiros, que o CONSINCA tem dado uma excelente contribuição em várias áreas, desde a portaria que reestruturou a política de atenção oncológica, em 2005. Enfatiza que, nem sempre, obtém-se consenso sobre os assuntos, mas tem havido um encaminhamento de forma consensual.

2) INFORMES

2.1 A nova conselheira, Sra. LILIAN ALICKE, Presidente da Associação Brasileira de Alzheimer, representando o Fórum de Portadores de Deficiências e Patologias, do Conselho Nacional de Saúde, em substituição ao Sr. Eni Carajá Filho, do MOHRAM.

Dr. Santini menciona que a Sra. Lilian Alicke, Presidente da Associação Brasileira de Alzheimer, passará a representar o Fórum de Portadores de Deficiências e Patologias, do Conselho Nacional de Saúde, em substituição ao Sr. Eni Carajá Filho, do MOHRAM, mas que em função de motivos logísticos, não pôde comparecer à reunião.

2.2 Diretrizes da Radioterapia para a Política Nacional da Atenção Oncológica:

Dr. Maltoni faz a apresentação do Grupo de Trabalho, constituído pelos seguintes profissionais: Ana Ramalho / CONPREV / INCA, Anna Campos PQRT / INCA, Antonio Bertholasce / CONPREV / INCA, Camilo Mussi / ANVISA, Carlos Manoel de Araújo - Radioterapia / INCA, Edmur Flávio Pastorelo/ CONASS, Neiro da Motta / Sociedade Bras. de Radioterapia, Homero Lavieri Martins - Assoc. Bras. de Física Médica, José Alberto Ferreira Filho – ANVISA, Luiz Antonio Negrão - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Luiz Augusto Maltoni Júnior / INCA, Maria Helena Marechal – CNEN, Maria Inez Pordeus Gadelha - CGAC / SAS / MS, Paulo César Canary - HUCFF / UFRJ, Ricardo José Curioso da Silva – ABIFCC, Rosaméia Queiroz da Cunha – INCA, Alexandre Pinto Cardoso - ABRAHUE. Como processo de trabalho cita: discussão e redação do documento; apresentação ao CONSINCA, encaminhamento ao Ministério da Saúde. Como principais pontos cita: a sca da integralidade assistencial tem sido o foco da Política Nacional de Atenção Oncológica; os termos desta política de atenção foram claramente definidos na Portaria GM/MS nº 2.439/2005, na Portaria SAS 741/2005 e nas ações do programa “Mais Saúde” como integrante do PAC; a radioterapia é parte da assistência de Alta Complexidade em cerca de 60% dos casos, de alto custo e de alta complexidade tecnológica, de difícil implantação e sustentabilidade econômica; o déficit de oferta regional de radioterapia é reconhecido pelo

Programa “Mais Saúde” e pela Portaria SAS Nº 62/2009; considerando a necessidade do estabelecimento de Diretrizes para a Radioterapia na Política Nacional de Atenção Oncológica, com vistas às definições dos aspectos técnicos de implantação, funcionamento e regulação dos serviços de radioterapia no país, são apresentadas abaixo as diretrizes definidas pelo grupo de trabalho do Conselho Consultivo do INCA como prioritárias, divididas em quatro eixos: Eixo 1: Ampliação da assistência em radioterapia; Eixo 2: Sustentabilidade econômica dos serviços de radioterapia; Eixo 3: Recursos Humanos; Eixo 4: Regulação, avaliação e controle da assistência em radioterapia. **Eixo 1: Ampliação da assistência em radioterapia - Criação de novos serviços:** Implantar um programa de incentivos para instalação de equipamentos em regiões com déficit de oferta. Esse programa deve contemplar, entre outras possibilidades, a facilidade de obtenção de financiamento a juros subsidiados, isenção de imposto de importação, isenção de IPI e isenção de ICMS, e a doação de equipamentos. **Ampliação da capacidade instalada dos serviços:** Para os serviços já instalados, deve ser adotado um programa de incentivos mediante facilidades de obtenção de financiamento a juros baixos e isenção de impostos relacionados à compra, bem como a doação de equipamentos. **Eixo 2: Sustentabilidade econômica dos serviços de radioterapia: Reavaliação da tabela de procedimentos:** Manter atualizados os procedimentos de radioterapia da tabela do SUS, qualitativa e quantitativamente, incluindo os reajustes financeiros. **Redução ou isenção de impostos:** Implantar uma política de redução ou isenção de impostos, extensiva a todos os equipamentos, peças e insumos, nacionais e importados sem similares nacionais, utilizados em radioterapia. **Eixo 3: Recursos Humanos:** Regulamentar a atividade profissional de físicos para atuação em radioterapia. Regulamentar os cursos de especialização para físicos que atuem em radioterapia. Criar e regulamentar cursos de qualificação profissional para tecnólogos e técnicos, para atuação em radioterapia. **Eixo 4: Regulação, avaliação e controle da assistência em radioterapia:** Integração dos serviços isolados de radioterapia; Manter o estímulo para a integração hospitalar dos atuais serviços isolados de radioterapia, desenvolvendo mecanismos para a manutenção operacional desses serviços. Manter o Programa de Qualidade em todos os serviços de radioterapia integrantes do Sistema Único de Saúde; Ampliar as atividades do Programa de Qualidade em Radioterapia, incluindo avaliações dos procedimentos terapêuticos nos moldes das instituições internacionais.

Avaliação da Produção: Manter a avaliação sistemática da produção e das metas dos serviços, identificando os serviços com inadequação das atividades e estabelecendo e aplicando medidas corretivas; **Avaliação de novas tecnologias:** Incentivar estudos que avaliem o custo-efetividade para subsidiar a incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS.

Dr. Carlos Manoel Mendonça de Araújo, como presidente da Sociedade Brasileira de Radioterapia, agradece a todos que participaram do trabalho e, embora no Brasil, ainda haja 90 mil de pessoas que não têm acesso ao tratamento de RT, reconhece o esforço feito, que contou com a ajuda da Antônio Bertholasce, apresentando um panorama regional do problema, e que resultou no documento que registra as necessidades regionais, a importância da especialidade no tratamento do câncer, buscando junto ao governo facilidades para equiparar esta arma terapêutica a outras, esperando que se consiga sensibilizar o governo.

Dr. Carlos Chiatton pergunta qual é o seguimento que este documento terá ?

Dr. Santini diz que o documento será encaminhado formalmente ao Ministério da Saúde, não só ao Ministro, mas para as diversas áreas do Ministério correspondentes, como também desenvolvendo uma estratégia para acompanhar o andamento do assunto. Menciona os quatro eixos apontados no documento: 1) Ampliação da assistência em radioterapia: já existem propostas, já existe um processo em andamento e essas diretrizes serão operacionalizadas ao Ministério em conjunto com o INCA; 2) Reavaliação da tabela de procedimentos; 3) Regulamentação da atividade profissional de físicos para atuação em radioterapia, que envolve outros Ministérios, como o da Educação e do Trabalho; 4) Regulação, avaliação e controle da assistência em Radioterapia.

Dr. Maltoni agradece a todos pela participação e pela contribuição ativa, especialmente, ao Dr. José Alberto Ferreira Filho, da ANVISA, que ficou com a missão de ser o redator de um primeiro documento.

Recomendação: que o documento seja repassado para os conselheiros.

Dr. José Getúlio Segalla parabeniza pelo trabalho que abrangeu todos os pontos, mas menciona que estão vivendo um caos na RT, no Brasil, com uma grande demanda reprimida. Considera que, tecnicamente o documento está perfeito, o encaminhamento deve ser da maneira que está sendo feito, mas faz uma proposta de um aumento emergencial linear de cerca de 20% na tabela da radioterapia imediatamente para dar tempo de implementar o que foi proposto pelo Grupo de Trabalho.

Dra. Inez Gadelha menciona que um aumento linear de 10% foi dado em 2007. A grande discussão é a de que em torno de 35% do aumento vão para o radioterapeuta. Há um estudo de cenários sobre o que representa a RT no SUS. Foi combinado com o Dr. Aristides Maltez de que na próxima assembléia da ABIFCC será feita uma apresentação sobre a questão da RT, no Brasil.

Dr. Ricardo Curioso menciona que falar da RT gera muita argumentação, mas já há muitos fatos objetivos em andamento. Diz que foi visitado pelo gerente da Caixa Econômica Federal, que resolveu fazer empréstimo para a aquisição de equipamentos. Em um ano a dois, as máquinas vão funcionar. Quanto ao custeio das máquinas que já estão em funcionamento, não sabe se o aumento linear iria funcionar, porque o custo da radioterapia que agregou tecnologia aumentou muito.

Dr. Segalla menciona que, em São Paulo, há alguns serviços que estão sendo fechados, e que a queixa maior é a de que não se consegue vaga para se tratar os pacientes. Talvez a solução não seja um aumento linear, mas alguma coisa deve ser feita na tabela, citando como exemplo um aumento para procedimentos mais prevalentes, que estão com déficit maior, não esperando a solução da tabela inteira, concedendo um aumento ainda este semestre para que se tenha fôlego para esperar a análise de toda a tabela.

Dr. Carlos Manoel acredita que hoje ainda haja instituições filantrópicas que tenham contrato que remontam à década de sessenta, que conseguem suportar o prejuízo da radioterapia com a receita que têm em outro serviço. Há uma tese publicada pelo Dr. Renato Pierre, do Hospital do Câncer do Ceará, que demonstra que o prejuízo é de R\$525,00 por cada paciente tratado. Menciona que este documento foi entregue ao Grupo de Trabalho. Enfatiza que os serviços de tecnologia inferior têm vantagem sobre os de tecnologia superior. O parque tenta modernizar-se, mas é premente uma atualização senão linear, mas sim, nos procedimentos prevalentes.

Dr. Santini sugere que o aspecto técnico de avaliação da tabela de valores seja tratado no conjunto de ações. Só para fazer justiça ao Ministério da Saúde, menciona que a iniciativa com a Caixa Econômica foi do Ministério da Saúde de firmar um convênio dentro dessa política de ampliar a capacidade operacional do sistema. Com relação ao encaminhamento, questiona a Dra. Inez sobre a possibilidade de o DERAC fazer um estudo específico, a curto prazo, sobre a modificação direcionada para procedimentos de maior prevalência e de maior complexidade. Considera que uma coisa é a viabilidade de pagar e a outra é a necessidade do procedimento. Enfatiza que a discussão técnica deve ser feita mesmo não havendo disponibilidade orçamentária para atualizar o pagamento.

Dra. Inez menciona que se existe a questão do custo agregado à incorporação, também existe sobre o custo-efetividade e sobre o custo-utilidade.

Dr. Hiram menciona que não adianta defender uma tese se, em algum momento, vai se esbarrar no problema orçamentário.

Dr. Maltoni enfatiza que já houve a atualização de todos os procedimentos da RT em 2005.

Dr. Santini sugere que, até a próxima reunião do CONSINCA, que será em 17 de junho de 2009, os itens emergenciais do trabalho apresentado sejam mais bem discutidos.

2.3 Titulação em Cirurgia Oncológica:

Dr. Maltoni faz a apresentação do grupo de trabalho, composto pelos seguintes profissionais: Alberto Beltrame / SAS, Edmundo Machado Ferraz / CBC, Eduardo Linhares / SBCO, José Adalberto / SBCO, José Humberto Correia / CBC, Luiz Augusto Maltoni / INCA, Odilon de Souza / SBCO, Robson Freitas de Moura / AMB e SBC, com as seguintes diretrizes: regulamentar a especialidade; ampliar vagas para formação; criar novos cursos de formação; realizar concursos para titulação e reconhecer os títulos das sociedades de especialidades cirúrgicas. Diz que o documento está em fase final de elaboração e que, em nenhum momento, foi questionado o que está na portaria.

Dra. Inez menciona que hoje o CBO dos respectivos cirurgiões está em todos os procedimentos cirúrgicos de média complexidade. Gostaria de lembrar, com relação à tabela de procedimentos da tabela do SUS, que como não existe a especialidade, foi criado um código temporário a pedido do Ministério da Saúde, que é o 2231F5 para o cirurgião oncológico e alerta aos presidentes das sociedades que trabalhem dentro da AMB quanto às solicitações para a inclusão do código de cirurgiões nos procedimentos específicos clínicos da oncologia.

Dr. Maltoni diz que no final do ano, de 03 a 05 de dezembro será realizado, no Rio de Janeiro, o 8º Congresso Mundial de Cirurgia Oncológica, da WFSOS, junto com o 8º Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica e do V Gastrinca.

Dr. Ricardo Curioso, como presidente da SBCCP, menciona que há uma interface da cirurgia de cabeça e pescoço com sete especialidades, desde a cirurgia pediátrica, cirurgia geral, neurocirurgia, oftalmo, otorrino, cirurgia plástica e odonto etc. Menciona um protocolo estabelecido com os otorrinos que já fazem cirurgia de cabeça e pescoço.

Dr. Maltoni menciona que o que se quer é melhorar a qualidade de serviços prestados na ponta. A questão não é burocrática, mas, sim, técnica. O mais importante é o treinamento. Enfatiza que no Canadá, mais precisamente, na British Columbia, em que os resultados da ressecção do câncer retal eram os

piores e, após reuniões e treinamentos, a curva de resultados mudou completamente.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias menciona que desde que a portaria 3535 trouxe o conceito de cancerologista clínico, de oncologista clínico, a qualidade da quimioterapia melhorou bastante, porque, antes, operava-se pela manhã e, à tarde, fazia-se quimioterapia. Atualmente, o cirurgião oncológico não faz a oncologia clínica. Menciona que a portaria 741 valorizou o cirurgião oncológico.

2.4 Resolução da ANVISA sobre farmácia envolvendo a farmácia quimioterapia –RDC 67 e RDC 220.....**José Eduardo Castro**

Dr. José Getúlio Segalla, Presidente da SBOC, reitera o assunto já focado na reunião do CONSINCA de 28/11/08, sobre a divergência existente entre as RDC's, da ANVISA, n°s 220 e 67, respectivamente, a primeira, que estipula que as farmácias que manipulam quimioterápicos devem ter a capela de fluxo laminar e a segunda, que exige que tenha também o filtro EPA na sala. Menciona que, no caso da quimioterapia, que só se dilui a droga e não se manipula, porque exigir-se o filtro EPA ? Diz que a Vigilância Sanitária tem, sistematicamente, multado os serviços que não têm o filtro EPA.

Dr. José Eduardo menciona que, do ponto de vista prático, a ANVISA está tentando organizar tecnicamente a manipulação dos quimioterápicos.

Dr. José Getúlio Segalla menciona que, se for realmente isto, ou seja, a necessidade de se ter o filtro EPA e a capela de fluxo laminar, vamos cair na velha discussão do custo. Solicita que o CONSINCA solicite uma linha de crédito para que os serviços possam adequar-se.

Dr. Santini tem clareza de que os termos agregam qualidade, mas também agregam custos. O Ministro é o primeiro a mencionar que os recursos da saúde são insuficientes. Aplica uma metáfora de que a saúde é um copo meio cheio e meio vazio.

Dr. Bouzas sugere pedir à ANVISA um prazo para adequação dos hospitais.

Conclusão: Solicitar à ANVISA, formalmente, um esclarecimento sobre as RDC's 220 e 67.

2.5 Declaração de Interesses: distribuição do documento, elaborado pelo ConBio/INCA, para assinatura, com vistas à participação no CONSINCA e no GAT/CONFINCA**Roland Schramm**

Face à matéria publicada na Folha de São Paulo intitulada “Indústria Farmacêutica financia ONG's”, o CONSINCA foi instado a manifestar-se sobre os possíveis conflitos de interesse. A Direção Geral do INCA solicitou ao Conselho de Bioética do INCA – ConBio a manifestar-se e foi redigido um documento a ser assinado pelos conselheiros.

Dr. Roland Schramm, Coordenador do ConBio menciona em que bases o documento foi elaborado, enfatizando que os interesses de saúde pública têm prioridade sobre qualquer outro tipo de interesse no trabalho realizado no CONSINCA. Dessa forma, é necessário que sejam tomadas medidas para assegurar que as decisões ocorram em uma atmosfera independente, com autonomia e protegidas de pressões de qualquer tipo. Assim, para assegurar a integridade e a imparcialidade nessas tomadas de decisão, é necessário evitar que interesses outros que não os públicos afetem o resultado desse trabalho.

Conseqüentemente, cada participante do Conselho deve declarar todos os vínculos que podem constituir um conflito de interesses real, potencial ou aparente, no que diz respeito à sua participação na reunião ou no trabalho. Considera-se relevante que o CONSINCA saiba se os seus participantes ou entidades por eles representadas têm ou tiveram qualquer relação com qualquer atividade de empresas que produzam ou comercializem insumos ou equipamentos para a saúde, prestadores de serviço de saúde, operadoras de planos ou seguros de saúde e fabricantes de produtos nocivos à saúde em geral. A declaração de tal interesse não é considerada razão para eliminar o participante do Conselho.

Dr. José Eluf Neto, representante da ABRASCO, menciona que debateu um artigo sobre a vacina contra o HPV, quando se lembrou que havia prestado uma consultoria para a GSK, fabricante do produto. Ao final, acrescentou no rodapé que havia dado um parecer para a GSK. Pergunta se isto deve ser mencionado ?

Dra. Inez Gadelha enfatiza que o mais importante do que declarar o conflito é fazer uma auto-crítica para saber se há qualquer suspeição para tratar do assunto.

Dr. Santini menciona que a declaração dever ter transparência e relativizar quando houver o conflito.

Dr. José Carlos Almeida, Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia, menciona que não pode se confundir conflito de interesse com convicção.

Os senhores conselheiros receberam o documento em papel, em suas pastas, e será também enviado eletronicamente.

Conclusão: Solicita-se que o documento seja assinado e encaminhado para a Secretaria Executiva do CONSINCA.

2.6 Portaria 467 – Grupo de trabalho para análise da Portaria 467/07, relativa à hormonioterapia do carcinoma de próstata.....**José Getúlio Segalla**

Dr. José Getúlio Segalla menciona que está sendo concluído o levantamento de custos e o ponto mais discordante é a orquiectomia. Para os que não têm condições cirúrgicas, faz-se o bloqueio androgênico.

Dr. José Carlos Almeida, Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia, menciona que é uma exceção o paciente que não pode ser operado e, como especialista, indica a orquiectomia como prioridade, sendo, inclusive mais eficaz, ou seja, a remissão de sintomas é quase que imediata. Considera um dever abraçar a orquiectomia como regra, ressaltando que esta é a posição da Sociedade Brasileira de Urologia.

Dra. Inez Gadelha menciona que a portaria foi feita em consonância com a Sociedade Brasileira de Urologia.

Dr. Segalla menciona que na portaria a 1ª linha prevista é o bloqueio androgênico e que há dificuldade de os urologistas aceitarem os doentes para operarem depois.

Dra. Inez questiona essa dificuldade, dado que expressa a falta de integralidade assistencial e de planejamento terapêutico global, em equipe, como deve ser a boa prática oncológica.

Dr. José Carlos Almeida questiona a orquiectomia cirúrgica após a orquiectomia medicamentosa e reforça a primeira como o melhor para o doente, pelo resultado terapêutico e efeitos colaterais.

Dr. Segalla solicita que a Sociedade Brasileira de Urologia dê um parecer sobre o assunto para todos os urologistas.

Dra. Inez menciona que o que motivou a adoção da orquiectomia como primeira linha foram as auditorias feitas no Brasil, comprometendo-se, a partir do posicionamento da SBU, a fazer uma revisão na Portaria, já que ela permite tanto a orquiectomia cirúrgica como a química como 1ª.linha, sendo a cirúrgica obrigatória quando da resistência à 1a.linha medicamentosa, para a continuidade da supressão androgênica à hormonioterapia de 2ª.linha, que é a supressão com um antiandrogênico de ação periférica.

Dr. José Carlos Almeida, Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia, solicita que o Ministério da Saúde comprometa-se a fazer a revisão da Portaria 467, tornando a orquiectomia cirúrgica como método de primeira linha no tratamento do câncer metastático de próstata.

- 3) **Portaria SAS/MS nº 62** - mantém na Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, códigos de habilitações.....Drs. Joselito Pedrosa e Inez Gadelha – CGPMAC/DAE/SAS (como desdobramento dos Serviços Isolados de RT ou QT.

Dr. Santini agradece a participação do Dr. Joselito Pedrosa e deseja sucesso na suas novas atribuições na ANVISA.

Dra. Inez faz a apresentação:

Portaria PORTARIA SAS 62 de 11 DE MARÇO DE 2009

⇒ Define melhor o conceito e integração em Complexo Hospitalar.

⇒ Estabelece prazo para os serviços isolados de radioterapia residuais (17 até 31 de dezembro de 2011).

⇒ Estabelece prazos para os serviços isolados de quimioterapia residuais (11 até 31 de maio e 17 até 31 de agosto de 2009).

⇒ Orienta plano de integração.

⇒ Publica 242 habilitações envolvendo 258 estabelecimentos.

NOVOS HOSPITAIS HABILITADOS COMO UNACON

MUNICÍPIO/ESTADO

ESTABELECIMENTO

Salvador (BA) - Hospital Martagão Gesteira

Anápolis (GO)* - Hospital Evangélico Anápolis

Betim (MG) - Hospital Professor Oswaldo R. Franco

Campina Grande (PB) - Hospital Universitário Alcides Carneiro

João Pessoa (PB)* - Hospital São Vicente de Paula

Arapongas (PR) - Hospital Regional João de Freitas

Curitiba (PR)* - Hospital São Vicente

Umuarama (PR)* - Hospital Geral Nossa Senhora Aparecida

Natal (RN)* - Hospital do Coração de Natal

São José dos Campos (SP)* - Centro de Tratamento Fabiana Macedo de Moraes

São Paulo (SP) - Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

* Fruto de migração de oferta de serviços isolados que se integraram a um hospital para ser habilitado como Unacon.

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE A SEREM MANTIDOS NO SIA-SUS ATÉ 31 DE DEZEMBRO DE 2011 COMO SERVIÇO ISOLADO DE RADIOTERAPIA

UF/MUNICÍPIO

ESTABELECIMENTO

BAHIA

Feira de Santana

ION Instituto de Oncologia

Salvador

Hospital Português/Real Sociedade Portuguesa de Beneficência

Vitória da Conquista
 Conquista Assistência Médica LTDA/ONCOMEDRAD

PARANÁ

Curitiba
 Clínica Paranaense de Tumores SC

PERNAMBUCO

Recife
 Instituto de Radium e Supervoltagem Ivo Roesler/IRSIR
 Recife
 Instituto de Radioterapia Waldemir Miranda LTDA/IRWAM

RIO GRANDE DO SUL

Caxias do Sul
 Centro Regional de Radioterapia LTDA/ CRR

RIO DE JANEIRO

Niterói
 Clínica de Radioterapia Ingá
 Niterói
 Serviços de Isótopos de Niterói LTDA
 Nova Iguaçu
 Instituto Oncológico LTDA
 Petrópolis
 Centro de Terapia Oncológica S/C LTDA
 Rio de Janeiro
 Clínica de Radioterapia Osolando J. Machado

SANTA CATARINA

Florianópolis
 Hospital de Caridade/Irmandade do Senhor Jesus dos Passos

SÃO PAULO

Mogi das Cruzes
 Centro Oncológico Mogi das Cruzes S/C LTDA.
 Presidente Prudente
 Instituto de Radioterapia Presidente Prudente S/C LTDA
 Santo André
 Instituto de Radioterapia do ABC
 São José dos Campos
 Instit. de Radioterapia Vale do Paraíba/CENON - Cent. de Oncol. Radioterápica do Vale do Paraíba

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE A SEREM MANTIDOS NO SIA-SUS ATÉ 31 DE MAIO DE 2009 COMO SERVIÇO ISOLADO DE QUIMIOTERAPIA

UF/MUNICÍPIO ESTABELECIMENTO

AMAZONAS

Manaus
 HEMOAM/Fundação Hematologia e Hemoterapia do Amazonas

GOIÁS

Goiânia
 Banco de Sangue Goiano Ltda/Laboratório e Banco de Sangue Goiano
 Goiânia
 Hemolabor Hemat. Lab. Pesquisas Clínicas LTDA
 Aparecida de Goiânia
 Instituto de Hematologia de Goiânia LTDA

MATO GROSSO

Cuiabá
 Centro de Oncologia de Cuiabá

MINAS GERAIS

Governador Valadares
 Instituto de Oncologia e Radioterapia

PARANÁ

Curitiba
 Oncopar Clinica de Oncologia SC LTDA
 Curitiba

Centro de Oncologia do Paraná
 Curitiba
 Clínica de Oncologia e Quimioterapia Paraná/INTER RAD
 Curitiba
 Instituto Halsted Ltda

SÃO PAULO

Campinas
 Hospital da Real Sociedade Portuguesa de Beneficência
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE A SEREM MANTIDOS NO SIA-SUS ATÉ 31 DE AGOSTO DE 2009 COMO SERVIÇO ISOLADO DE QUIMIOTERAPIA
 UF/MUNICÍPIO ESTABELECIMENTO

BAHIA

F. Santana
 ION Instituto de Oncologia
 F. Santana
 IHEF Instituto de Hematologia e Hemoterapia LTDA
 F. Santana
 CEON Clínica Especializada em Oncologia
 Salvador
 NOB-Núcleo de Oncologia da Bahia LTDA
 Salvador
 CLION Clínica de Oncologia
 Salvador
 Onco-Sociedade de Oncologia da Bahia
 Salvador
 Centro de Hematologia e Oncologia da Bahia/CEHON
 Salvador
 CICAN/SESAB
 Vitória da Conquista
 Instituto Conquistense Oncologia LTDA/ICON
 Ilhéus
 Hospital São José Maternidade Santa Helena/Irmandade da Santa Casa de Ilhéus

GOIÁS

Anápolis
 Banco de Sangue Modelo

PERNAMBUCO

Caruaru
 Centro de Oncologia de Caruaru Ltda
 Petrolina
 Associação Petrolinense de Amparo à Maternidade e Infância

RIO DE JANEIRO

Nova Iguaçu
 Instituto Oncológico LTDA
 Petrópolis
 Centro de Terapia Oncológica S/C LTDA

SÃO PAULO

Mogi das Cruzes
 Centro Oncológico Mogi das Cruzes S/C LTDA.
 Mogi Guaçu
 Hospital Municipal “Dr. Tabajara Ramos”

Dra. Inez apresenta um quadro com a evolução da Alta Complexidade na Rede de Atenção Oncológica de setembro de 1998 a março de 2009; menciona os serviços isolados até março de 2009, apontando quais as perspectivas para esses serviços. Por fim, apresenta um quadro que enfoca, como continuidade, os seguintes aspectos:

⇒ Até 31 de maio e 31 de agosto de 2009 – exclusão definitiva e plano de aplicação dos SI-QT residuais.

⇒ Até 31 de dezembro de 2011 – exclusão definitiva e plano de aplicação dos SI-RT residuais.

⇒ Em março de 2010 - Publicação de nova Portaria SAS com a atualização das habilitações conforme produção em 2009, e revogação da PT SAS 62 e todas as demais depois dela.

4) Assuntos gerais:

4.1 – Solicitação da Sociedade Brasileira de Urologia, que já pertence ao GAT/CONSINCA, de inclusão no CONSINCA.....**Santini**

Dr. José Carlos Almeida, Presidente da SBU, menciona que a solicitação feita para inclusão da Sociedade no CONSINCA foi em função da informações contraditórias relacionadas ao exame de prevenção do câncer de próstata. Considerando, no entanto, que a SBU faz parte do GAT/CONSINCA deixa de haver razão para a solicitação.

Dr. Santini menciona que os membros do GAT/CONSINCA serão convocados sempre que houver assuntos de interesse das entidades.

4.2 – Cirurgia Oncológica não consta da relação de especialidades do Conselho Federal de Medicina.....**Eduardo Linhares – SCBO**

O Dr. Eduardo Linhares, Presidente da SBCO, que solicitou a inclusão do assunto na pauta, não pôde comparecer á reunião.

4.3 - Apresentação da Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, resultante da fusão entre a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia e o Colégio Brasileiro de Hematologia.....**Carlos Sérgio Chiattonne**

Dr. Carlos Sérgio Chiattonne, Presidente da Sociedade Brasileira de Hematologia e representando o Colégio Brasileiro de Hematologia, no CONSINCA, menciona a criação da Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, resultado da fusão da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia e do Colégio Brasileiro de Hematologia.

4.4 – O problema do Dasatinibe que foi incluído na APAC onerando os tetos e em um valor abaixo do preço de mercado.....**Segalla**

Dr. José Getúlio Segalla, Presidente da SBOC, menciona que fez uma solicitação na reunião de 15/04/09, cobrando do Ministério da Saúde um posicionamento, já que o INCA estava comprando o GLIVEC com uma majoração de 25% no preço. Menciona que, a exemplo do que a empresa NOVARTIS, fabricante do GLIVEC, fez ao lançar o produto de majoração do preço apesar do acordo com o Ministério da Saúde, a Empresa **BRISTOL-MEYERS SQUIBB**, fabricante do **DASATINIBE**, também vem contrariando as regras do acordo estabelecido pelo Ministério da Saúde, já vendendo o medicamento com aumento.

Dra. Inez diz que o problema não é da portaria, mas, sim, do laboratório. Diz que na hora de se fazer o acordo, promete-se tudo, e distribui cópia dos documentos relativos ao acordo, assinados pela BRISTOL.

Dr. Santini considera que a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS precisa aproximar-se mais dessas negociações. Menciona que a parte importante é o poder de negociação.

Dra. Inez diz que o acordo é necessário porque a CITEC só aprova mediante um acordo que garanta a viabilidade econômica da incorporação.

Dr. Luiz Antonio Negrão Dias menciona a necessidade de se entender como funcionam as outras políticas, por exemplo, a da aids. Diz que a política da AIDS é uma maravilha, mas, gasta-se muito mais per capita do que para o câncer.

Dr. Luiz Eugênio, da SCTIE/MS, compromete-se, em uma próxima reunião, apresentar a política de compra de medicamento de outras doenças, como a AIDS.

Os conselheiros solicitam um posicionamento do Ministério da Saúde com relação a estas questões.

E, nada mais havendo, eu, Maria Cristina Penteado Procópio Bellani, redigi, digitei e encerro a presente A T A . Rio de Janeiro, 15 de abril de 2009.