

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER  
 Conselho Consultivo do INCA – CONSINCA  
 Reunião Ordinária  
 15 / 06 / 11

A T A

Participantes:

Sociedades técnico-científicas:

FOSP	>	José Eluf Neto
SBC	>	Hiram Silveira Lucas
SBOC	>	Enaldo Melo de Lima
		José Getúlio Segalla
SBRT	>	Carlos Manoel Mendonça de Araújo
SBE0	>	Cristiane Sanchotene Vaucher
SBCO	>	Alexandre Ferreira

Ausência justificada:

SBH	>	Carlos Sérgio Chiattonne
SOBOPE	>	Cláudio Galvão Castro Júnior

Prestadores de Serviços do SUS:

ABIFCC	>	Ricardo José Curioso da Silva
ABRAHUE	>	Rodolfo Acatauassu Nunes
CMB	>	Luiz Antônio Negrão Dias

Gestores do SUS:

Conasems – Maria da Conceição de S. Rocha

Ministério da Saúde:

Departamento de Atenção Especializada / SAS / MS:

Sandro Martins – Consultor (CGMAC)

Ausência justificada:

CONASS > SOBOPE > Cláudio Galvão Castro  
 Júnior  
 dmur Flavio Pastorelo

MINISTÉRIO DA SAÚDE

INCA > Luiz Antonio Santini R. da Silva

MS/Coordenação de Média e Alta Complexidade > Maria Inez Pordeus  
 Gadelha

Fórum Nacional de Portadores de Patologias > Nildes Andrade  
 Associação dos Celíacos do Brasil – ACELBRA/UNIFESP

## INCA

Coordenadores:

Cláudio Noronha	>	CGAE
Eduardo Franco	>	CONPREV
Élcio Novaes	>	CGGA
Maria Adeláide Werneck	>	Área de Regulação e Normas Técnicas / CGGA
Luiz Cláudio Thule	>	CEDC
Marisa Breitenbach	>	CPQ
Marise Rebelo	>	CONPREV
Reinhard Braun	>	COAE – Divisão de Planejamento
Rosamélia Cunha	>	GABINETE – Chefia de Gabinete

Diretores das Unidades Assistenciais do INCA

HCI / INCA	>	Luiz Augusto Vianna – representando o Dr. Silvio Lemos - Diretor
HC II / INCA	>	Reinaldo Rondineli
HC III / INC	>	Carlos Frederico
HC IV / INCA	>	Cláudia Naylor

Ausência justificada

Luiz Fernando da Silva Bouzas	>	CEMO
-------------------------------	---	------

1) Aprovação da ata da reunião ordinária de 13 de abril de 2011.....Santini**Aprovada, com as seguintes ressalvas:****Dr. José Eluf Neto – FOSP****À fls. 03, no primeiro parágrafo, o texto ficou da seguinte forma:**

“**Dr. José Eluf Neto** demonstra a sua satisfação de que esse programa seja prioridade da Presidenta. Tem se batido de que sempre os recursos são escassos, mas, considerando que a Força Tarefa Americana (US Preventive Services Task Force) mudou a faixa etária para a mamografia de 50 a 69, para 50 a 74 anos e a cada dois anos, considera que no Brasil também deve ser adotada essa faixa – 50 a 74 anos de idade, com mamografia a cada dois anos. No tocante ao Papanicolaou considera que a recomendação deva ser de 02 testes de Papanicolaou com intervalo de 01 anos; se ambos os testes forem negativos, a sua realização deve ser a cada três anos. Menciona pesquisas com rastreamento por detecção de HPV, embora saiba que há muito interesse comercial”.

**Dr. Luiz Antônio Negrão Dias – representando a Confederação das Santas Casas de Misericórdia – CMB**

**À fls. 08, o texto ficou de seguinte forma:**

“**Dr. Luiz Antonio Negrão Dias** parabeniza a Dra. Silvia pela apresentação, considerando-a como uma das melhores já feitas no CONSINCA. Menciona que o trabalho de parceria é feito nas bases e ele não sabe se a Sociedade Brasileira de Cancerologia tem sido convidada para as reuniões. Menciona a necessidade de haver uma política clara sobre os cuidados paliativos do paciente oncológico e se isto irá ser realizado junto à atenção primária, como é o que ocorre em Curitiba, ou, se em hospitais próprios para cuidados paliativos como ocorre no INCA e em Barretos”.

**Dra. Marisa Breitenbach, Coordenadora de Projetos e Financiamento em Pesquisa / CGTC / INCA.**

“Solicita a designação correta do Dr.Héctor Seuanez Abreu, que é Chefe do Programa de Genética – Coordenação da Rede de Câncer Familiar”.  
Solicita, ainda, que se acrescente o comentário feito pelo Dr. Rodolfo Acatauassú de reforço à importância de garantirmos a assistência aos pacientes com câncer familiar e a seus familiares.

**Dr. Rodolfo Acatauassú**, representante da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE, solicita que o seu comentário seja incluído, *ipsis litteris*:

“**Dr. Rodolfo Acatauassú**, representante da ABRAHUE, “ênfatiza que o Ministério de Saúde deveria apoiar a remuneração ou pelo menos parte da remuneração dos exames, em função das possibilidades orçamentárias, já que a terapêutica atual do câncer tende à individualização e maior complexidade, não podendo ser ignorada esta perspectiva mundial já em consolidação em países desenvolvidos”

**2) INFORMES:**

- a) **Primeira reunião de Grupo de Trabalho para discussão do risco de desabastecimento de medicamentos oncológicos.....Élcio Novaes – Coordenador Geral de Gestão Assistencial do INCA**

Com a palavra, a Farmacêutica Sandra Gomes, Chefe da Divisão de Farmácia do INCA, apresenta a memória da primeira reunião do Grupo de Trabalho sobre o desabastecimento de medicamentos oncológicos, a seguir transcrita:

**Memória da Reunião do Grupo de Trabalho sobre o desabastecimento de medicamentos oncológicos**

**Data:** 19/07/2011

**Início:** 10h20min

**Local:** Auditório da Seção de Farmácia HC I/INCA

**Presentes:** Anderson Silvestrini (SBOC), Carlos Sérgio Chiattonne (ABHH), Cláudio Galvão (SOBOPE), Gustavo Advincula (CGGA/INCA), Gabriela Padilha (Fiocruz), José Antonio Marques (FOSP), Hiram Lucas (SBC), Ricardo Curioso (ABIFICC), Sandra Gomes (CGGA/INCA).

Sandra Gomes iniciou a reunião fazendo um breve resumo da reunião ocorrida em 08/06/11, informando que recebeu retorno da Carla Macedo, Anderson Silvestrini, Ricardo Curioso e Gustavo Advincula, além do Enaldo Lima (SBOC), ao e-mail enviado.

Sandra Gomes apresentou para apreciação documento com resposta encaminhada pela DAF/SCTIE/MS ao questionamento do INCA à SAS/MS sobre o desabastecimento de alguns medicamentos. O grupo avaliou que a resposta apresentada pela ANVISA não reflete a realidade observada no mercado, pois apesar da Agência informar que a análise de seu banco de dados demonstra que não há informação e/ou motivação de desabastecimento, tem-se encontrado dificuldade para a aquisição dos itens.

Sandra Gomes registrou que apresentou na reunião do Consinca, realizada em 15/06, o resultado do trabalho inicial deste grupo. Informou quanto à necessidade identificada por seus membros de indicarmos as ações a serem adotadas em curto e médio/longo prazos. Registrou ainda, que conforme sugerido naquela reunião, pela Dra. Inês Gadelha, foi encaminhada solicitação de indicação de representante do DCIT/MS para este grupo. Entretanto, até o momento não houve resposta.

Cláudio Galvão cita as dificuldades apresentadas em função da diferença de legislação nacional e internacional, que inviabiliza a importação/produção, após a análise das plantas fabris pela ANVISA. Como exemplo, cita a carmustina e l-asparaginase. Avalia a necessidade de alteração da legislação de forma a facilitar as regras para a importação destes medicamentos, bem como registra a dificuldade nos portos e aeroportos. Sugere que o registro dos medicamentos junto a ANVISA seja de alguma forma facilitado quando houver a transferência de tecnologia/linha de produção entre laboratórios.

Ricardo Curioso ratifica a importância das ações de desburocratização na liberação dos itens importados nos portos e aeroportos.

O grupo identificou que o desabastecimento relacionado aos medicamentos da GlaxoSmithKline parece ser regional.

Ricardo Curioso identifica a necessidade de ter um responsável no Ministério da Saúde para desencadear as ações de governo e dar os devidos encaminhamentos sobre este tema de desabastecimento, atuando como interlocutor.

Anderson Silvestrini identifica a importância de um grupo permanente de acompanhamento dos encaminhamentos e desdobramentos junto a ANVISA e/ou ao interlocutor.

Anderson Silvestrini sugere que o CITEC/MS avalie as solicitações de incorporação de novos medicamentos também sob o ponto de vista do impacto e inviabilidade de novos produtos em relação a APAC vigente e perspectiva de desabastecimento de drogas consagradas, por ausência de interesse de comercialização a partir da incorporação de uma nova tecnologia.

José Marques comenta sobre o fluxo do processo de decisão da gestão de drogas sob risco de desabastecimento, apresentado em artigo enviado juntamente com a memória da reunião realizada em 08/06/11. Propõe que seja estudada uma proposta de fluxo similar a ser adotado localmente.

Gabriela Padilha sugere convidar Norberto Rech (GGMED/ANVISA) para a próxima reunião. Todos concordam e entendem que desta forma alguns esclarecimentos/entendimentos serão obtidos e o encaminhamento será melhor direcionado.

Realizada a revisão da tabela de medicamentos contendo as informações consolidadas da reunião anterior. Foram propostas algumas modificações, como separação em mais um grupo, onde estariam contemplados os itens de monitoramento constante. Este novo grupo contemplará os medicamentos de baixo custo e consumo, sem patente vigente, mas imprescindíveis para determinadas topografias (patologias) e/ou que apresentam informação de risco de desabastecimento no mercado internacional, merecedores de especial atenção.

O grupo entende que uma ação de curto prazo seria a facilitação da importação para os itens em desabastecimento.

Gabriela Padilha buscará informações sobre os produtores/fornecedores dos princípios ativos e outras informações que possam agregar na discussão sobre a motivação para o desabastecimento.

Carlos Chiattonne sugere que a centralização das informações, proposta na reunião anterior a exemplo do que ocorre no *site* do FDA, fique sob responsabilidade da Farmácia do INCA. As informações precisariam ser repassadas pelos serviços de oncologia do país, podendo ser através das Sociedades relacionadas. Sandra Gomes compromete-se a apresentar uma proposta de como poderia ocorrer esta centralização de informação, para que a mesma seja efetiva. Foi confirmado pelo grupo que os serviços de oncologia do país são representados pelas sociedades, de forma que estas poderiam ser as intermediárias no recebimento e distribuição da informação.

Ricardo Curioso sugere que seja dada ciência deste trabalho ao Conselho Federal de Farmácia. Sandra Gomes acrescenta também a importância de cientificar a Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia.

Sandra Gomes informou que encaminhará a memória da reunião, juntamente com as listas de medicamentos revisadas nesta reunião. Solicita que todos preencham as colunas relacionadas a indicação e possibilidade de substituição, bem como façam as alterações necessárias.

Reunião encerrada às 11h45min.

Apresentado o resultado da primeira reunião, a Dra. Maria Inez Pordeus Gadelha sugere que se entre em contato com o Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, porque estão fazendo o mesmo trabalho.

**Dr. Segalla** menciona que na ocasião em que fazem o registro do medicamento na ANVISA deveria haver uma negociação de que, ao retirarem o medicamento do mercado, fornecerem a metodologia para o governo fabricar.

**Dr. Maltoni** menciona que a reunião com a ANVISA houve a menção de que a empresa que não renova a licença, está automaticamente desobrigada de fabricar o medicamento.

**Dr. Santini** menciona que o Grupo de Trabalho foi criado para subsidiar o Ministério da Saúde quanto aos medicamentos oncológicos em risco de desabastecimento.

**Dr. Hiram Silveira Lucas** vê com grande preocupação o problema porque o desabastecimento já está acontecendo.

**Dr. Maltoni** enfatiza que o GT está trabalhando com sugestões de curto prazo.

**Dra. Marisa Breitenbach** sugere reuniões do DECIT, SAS e ANVISA para discutir-se ações de curtíssimo prazo.

**Sandra Gomes** enfatiza que o objetivo do GT é o de fornecer à ANVISA subsídios para a discussão com os laboratórios.

**Dr. Santini** solicita que o GT prepare um relatório a ser encaminhado ao Ministério da Saúde para providências imediatas.

**Dr. Ricardo Curioso** menciona que o FDA tem uma página que menciona a falta de medicamentos.

**Dr. Enaldo Melo de Lima** discorda e diz que a não ser o L-Asparaginase, os demais estão no mercado.

b) **Rede de Expansão de Cuidados Paliativos.....Cláudia Naylor** –  
Diretora do Hospital do Câncer IV / INCA

As Associações Médicas foram convidadas a participar da Rede e algumas já responderam, encaminhando seus representantes. Na hora, as demais entidades que não haviam respondido solicitaram novo e-mail de convite ou já deram os nomes *in loco*. O trabalho, no momento, está organizado para a avaliação dos procedimentos da tabela SUS que possam ser inseridos nos Cuidados Paliativos.

c) **Rede de Câncer Familiar.....Marisa Breitenbach** –  
Coordenadora de Pesquisa do INCA

Dra. Marisa Breitenbach menciona que a discussão sobre o financiamento para o diagnóstico dos pacientes com câncer hereditário estava avançando e que a própria Rede está fazendo uma avaliação dos custos de cada exame para enviarmos à SAS. Durante a reunião, a Dra. Inez Gadelha solicitou não só o custo dos exames mas também quais seriam os centros de referência para realizarem os exames para serem submetidos ao Secretário. A Dra. Marisa mencionou que levaria essas informações à Rede de Câncer Familiar para eles providenciarem.

**3) Financiamento de paciente de pesquisa clínica com tratamento padrão.....Marisa Breitenbach – Coordenadora de Pesquisa do INCA**

**Dra. Marisa Breitenbach** faz uma apresentação sobre os “Desafios do Financiamento de Pesquisa Clínica no Brasil”, com interesse para o SUS. Enfoca a Rede Nacional de Pesquisa Clínica, enfatizando que a pesquisa clínica, até a última década, tinha pouca autonomia e respondia às demandas da indústria farmacêutica. A Rede Nacional de Pesquisa Clínica foi criada em 2005, com a participação de 32 instituições de ensino das cinco regiões brasileiras, com um investimento inicial de 35 milhões para equipamentos básicos e infraestrutura, com o objetivo das melhores práticas de pesquisa voltadas para às necessidades do SUS, com priorização do desenvolvimento de ensaios clínicos de medicamentos, procedimentos, equipamentos e dispositivos diagnósticos. Relaciona as instituições que fazem parte da Rede Nacional, em número de 32, a saber: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/ UFRJ, Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira, Instituto Nacional de Câncer, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto /USP, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, Hospital Universitário Oswaldo Cruz e Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco da Universidade de Pernambuco, Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia, Hospital Messejana da Universidade Federal do Ceará, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás,, Instituto de Cardiologia de Laranjeiras, Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia, Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, Fundação Oswaldo Cruz, Hospital Universitário Regional de Maringá da Universidade Estadual de Maringá, Hospital Nossa Senhora da Conceição da Universidade do Sul de Santa Catarina, Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul da Fundação Universitária de Cardiologia, Hospital Geral do Fortaleza, Hospital São Rafael, Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília. Menciona que a pesquisa clínica no INCA até 1998, era inexistente; de 1998 a 2003 – estudos isolados; de 2003 a 2010, passou de emergente a Líder Nacional e em 2010, passou a coordenar as Redes (PNAO). Atualmente, como panorama atual, relaciona: membro da RNPCC; 77 funcionários dedicados; 300 pacientes / ano em estudos clínicos (3% matrículas INCA); líder em pesquisa clínica em oncologia no Brasil; líder em estudos de fase I, II e III, unidade de fase I, estrutura capaz de gerenciar estudos à distância, integração básico-translacional-clínica, centro de treinamento de capacitação. Como estudos a serem desenvolvidos na RNPCC, menciona: ensaios clínicos de interesse do SUS; estudos de custo-efetividade de interesse do MS; estudos epidemiológicos de interesse do MS, estudos com

moléculas inovadoras brasileiras; estudos com moléculas cubanas (fases I, II e III). Como potencialidades da Pesquisa Clínica, menciona: Projetos com Tratamento-Padrão. Como gargalo: Não remuneração pelo SUS de Pacientes em Protocolo Clínico – Resolução 251/97 CNS – estabelece normas de pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos envolvendo seres humanos. Proposta: criar um fluxo de aprovação junto à SAS para projetos que usam tratamento-padrão, com participação do INCA como coordenador da RNPCC. Os prontuários teriam carimbo específico, diferentes dos projetos envolvendo novos fármacos.

**4 ) Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama.....Ana Ramalho – Chefe da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica**

**Eixos:**

1. Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero;
2. Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama;
3. Ampliação e Qualificação da Assistência Oncológica no SUS

**Eixos Transversais:**

1. Difusão de informação e mobilização social
2. Informação epidemiológica – melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer.

Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero: Menciona a linha do tempo desde 1984 até 2014, a saber: 1984: PAISM; 1995 – VI Conferência Mundial sobre a Mulher (China); 1996 – Viva Mulher (Projeto Piloto); 1998 – Viva Mulher – 1ª Fase de Intensificação; 1999 – SISCOLO; 2002 – Viva Mulher – 2ª Fase de Intensificação – 2005 – PNAO; 2006 – Pacto da Saúde; 2008 – Mais Saúde; 2010 – Portaria 310/10 – Plano de Ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero; 2011/2014 – Fortalecimento da Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer. Portaria 310, de 10 de fevereiro de 2010 – Relatório contendo as conclusões do Grupo de Trabalho constituído pela Portaria GM 310, de 10 de fevereiro de 2010, para realizar análise do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e formulação de propostas ao aprimoramento de suas ações. Eixo 1: Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero. Objetivos: I – Garantir o acesso ao exame preventivo com qualidade a todas as mulheres de 25 – 64 anos de idade; II – Qualificar o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero. **Componentes:** 1 – Fortalecimento da gestão do Programa, acompanhamento e monitoramento; 2 – Qualificação de equipes da Atenção Básica para o rastreamento; 3 – Gestão da Qualidade dos exames de Citopatologia; 4 – Garantia da confirmação diagnóstica e tratamento das lesões precursoras. Componente 1 – Fortalecimento da gestão do Programa: Fortalecer a gestão regionalizada do Programa; Qualificação das equipes técnicas de gestão; Mudança do modelo de financiamento das ações de rastreamento: - financiamento dos exames de rastreamento; - incentivos para organização da gestão; - incentivos para programas de qualidade. Componente 2 – Qualificação de equipes da APS para o rastreamento – Desenvolver ações de Educação Permanente em Saúde para qualificação das equipes da APS, com apoio SGETS/MS e INCA/ MS. Componente 3 – Gestão da Qualidade da Citopatologia – Indução de escala na realização de exames; Monitoramento interno da qualidade dos exames MIQ; Monitoramento externo de qualidade MEQ; Ampliar a oferta de cursos

citotécnicos por meio das Escolas Técnicas do SUS. Componente 4 – Garantia da confirmação diagnóstica e tratamento das lesões precursoras: - Estruturação de 20 Serviços de Referência para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras; Estruturação de Centros Qualificadores de Ginecologistas; Revisão das diretrizes de tratamento das lesões precursoras – publicação julho / 2011 – INCA/MS. Acompanhamento e monitoramento: Indicadores específicos dos projetos, do Pacto pela Vida e outros do Programa. –Resultado Esperado em 5 a 10 anos: redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Prioridade: Na região Norte reduzir em 70% a incidência em 10 anos. 2. Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama – Eixo 2: Objetivos: I – Garantia do acesso de todas as mulheres com lesões palpáveis ao imediato diagnóstico e tratamento (diagnóstico precoce – política de alerta); II – Ampliar o acesso à mamografia de rastreamento com qualidade às mulheres da população-alvo. (Faixa etária de 50 a 69 anos: OMS e países com rastreamento organizado); III – Qualificação da rede de atenção para o controle do câncer de mama. **Componentes:** 1 – Fortalecimento da gestão do Programa, acompanhamento e monitoramento; 2 – Qualificação de equipes da APS para a detecção precoce; 3 – Programa de Qualidade em Mamografia; 4- Garantia da confirmação diagnóstica e encaminhamento dos casos de câncer identificados. Componente 1 – Fortalecimento da gestão do Programa – Fortalecer a gestão regionalizada do Programa; - Qualificação das equipes técnicas para gestão da detecção precoce do câncer de mama. Componente 2 – Qualificação de equipes da APS para a detecção precoce do câncer de mama; desenvolver ações de Educação Permanente em Saúde para qualificação com apoio SGETS/MS e INCA/MS. Componente 3 – Programa Nacional de Qualidade da Mamografia – Implementar a gestão da qualidade da mamografia em todo o país; - Diagnóstico da situação de funcionamento dos mamógrafos do SUS – Força Tarefa. – Componente 4 – Garantia de Confirmação Diagnóstica – Estruturar 50 Serviços de Referência para o Diagnóstico Mamário (SDM) no Brasil – 2011 / 2014 – R\$50 milhões de investimento e R\$112,3 milhões de custeio (recursos novos). Acompanhamento e monitoramento: Levantar e avaliar os indicadores – específicos dos projetos, do Pacto pela Vida e outros do Programa. Definir parâmetros nacionais para a detecção precoce do câncer de mama: Projeto piloto de Curitiba. Resultado esperado: Que todas as mulheres, com suspeitas clínicas ou mamográficas de câncer de mama, tenham acesso ao diagnóstico e início do tratamento em até 60 dias. 3. Ampliação e Fortalecimento da Alta Complexidade na Rede de Atenção Oncológica. Componente 1: Revisão da Política Nacional de Atenção Oncológica: Avaliar a assistência oncológica no SUS e reavaliar os parâmetros de necessidade e de produção de serviços cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos. (Portarias GM 2.439/2005 e SAS 741/2005) – até dezembro de 2011. Inclui rever **modelo de financiamento** dos exames de rastreamento de câncer de colo do útero e de mama. Componente 2: Ampliação e Qualificação da Oferta de Serviços Oncológicos – Continuar a qualificação dos hospitais para a habilitação em oncologia com radioterapia (em andamento); - continuar a atualização da radioterapia dos hospitais habilitados em oncologia (em andamento); - propor um novo modelo de gestão para os futuros projetos de qualificação (20) ou de atualização (34). Total: 54, até 2014. Eixo III – Qualificação da Rede de Atenção para o Tratamento do Câncer. Eixos Transversais: 1. Difusão de informação e comunicação social – ASCOM – 6 milhões de reais / ano para comunicação e educação em saúde; 2. Informação

epidemiológica – melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer. Aperfeiçoamento do SISCOLO e do SISMAMA para interfaceamento com sistemas da APS, módulo de rastreamento, plataforma web – DATASUS, ampliação dos RHC para 100% das unidades habilitadas para tratamento de câncer. Fortalecimento das ações de controle do câncer do colo de útero e de mama – recursos federais – Total geral de recursos do plano 2011-2014: 4,5 bilhões de reais, com aporte de 1,2 milhões de recursos novos. Especificamente na detecção precoce dos cânceres de colo do útero e de mama serão gastos 1,2 bilhões de reais, sendo 450 milhões de novos recursos. Compromissos prioritários de Governo: Fortalecimento das Ações para a Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama; Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial, com ênfase no álcool, crack e outras drogas. Governança das Redes Temáticas: Comitês Gestores – formulação das propostas, acompanhamento e monitoramento; Grupos Executivos – execução cotidiana e operacionalização dos compromissos prioritários de governo. Grupos Transversais – responsáveis por discutir e elaborar diretrizes e prestar apoio matricial e estratégico, sendo eles: grupo transversal de gestão e educação; grupo transversal de regulação e financiamento; grupo transversal de pactuação e articulação. Comitê de Mobilização Social para ampliar a discussão e envolver a participação da sociedade. Comitê de Especialistas, responsável por subsidiar teoricamente a implantação da Rede temática.

Todos parabenizam a Dra. Ana Ramalho pela apresentação e Dra. Inez Gadelha enfatiza que o trabalho apresentado foi feito em conjunto INCA/MS.

**Dr. Santini** sugere que se crie um Grupo de Trabalho do CONSINCA para acompanhamento do que foi apresentado.

**Dr. José Eluf Neto** menciona que a queda da mortalidade por câncer de colo de útero é um fato, mas, é bem menor do que poderia ser. Considera importante avaliar o rastreamento por teste de detecção do HPV.

**Dr. Rodolfo Acatauassú**, da ABRAHUE, parabeniza pela apresentação e sugere que se aproveite a enfermagem na operacionalização dos planos.

**Nildes Andrade**, da ACELBRA, sugere que se volte o projeto também para o idoso.

**Dr. Luiz Antonio Negrão Dias** cumprimenta a Dra. Ana Ramalho e ao INCA. Diz que Curitiba é um exemplo de parceria do CACON com o Município. Com relação à mamografia, cujos resultados dos exames são negativos, não chegam à biópsia em função do preço da agulha. Diz que um grande problema é a questão da idade.

**Dr. Alex Ferreira**, da SBCO, menciona biópsia de mama, câncer de colo do útero e estímulo ao cirurgião.

**Dra. Ana Ramalho** menciona que a proposta não é a de estruturar-se campanha e concorda que se mude a forma de pagar a agulha.

**Dr. Ricardo Curioso** enfatiza que se avançou muito e que as inserções de HDR caíram muito.

**Dr. Santini enfoca 03 aspectos que julga devam ser aprofundados:**

- 1) Acesso ao diagnóstico e ao tratamento, levando-se em conta os recursos existentes;
- 2) Audiência pública em relação a dois aspectos: meios de diagnóstico e incorporação da vacina.

- 3) Comunicação: precisam, permanentemente, aperfeiçoar o processo de comunicação. São inúmeros os “sites”. Os mecanismos de comunicação são obsoletos.

Sugere a constituição de um Grupo de Trabalho

E, nada mais havendo, eu, Maria Cristina Penteadó Procópio Bellani, redigi, digitei e encerro a presente A T A . Rio de Janeiro, 15 de junho de 2011.