

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

CONSELHO CONSULTIVO DO INCA- CON SINCA

19/02/14 – 10:00h – auditório I, Prédio Sede do INCA

Participantes:

Ailse Bittencourt – Chefe de Gabinete/INCA
Alessandra de Sá Earp – CGGA/INCA
Alessandra Pereira – Planejamento/INCA
Beatriz Kneipp – CGPV/INCA
Carlos Sergio Chiattonne – CBH
Claudia Naylor Lisboa – HCIV/INCA
Claudio Noronha – CGPV/INCA
Cristiane Sanchotene – SBEO
Eduardo Franco – CGPV/INCA
Evanius Wiermann - SBOC
Gustavo Advíncula – CGGA/INCA
Isis Maria Quesado S. Magalhães- SOBOPE
José Eluf Neto – FOSP
Leonaldson Castro – SBCO
Lilian Aliche – ABRAZ
Luiz Antonio Negrão – Ent. Filantrópicas
Monica Torres – DCS/INCA
Pedro Aurélio Ormonde – HC III/INCA
Reinaldo Rondinelli – Direção/INCA
Reinhard Braun – Assessoria/INCA

Ricardo José Curioso – ABIFICC
Robson Ferrigno – SBRT
Rodolfo Acatauassu – ABRAHUE
Rosamelia Cunha – Assessoria/INCA

Ausências Justificadas:

Aristides Maltez Filho – ABIFICC
Carla Renata Macedo - SOBOPE
Hiram Silveira Lucas - SBC
José Getúlio Segalla - ABRC
Maria Inez Pordeus Gadelha – SAS/MS
Patricia Sampaio Chueiri – SAS/MS

Convidados:

Daniella Daher – Comunicação Social /INCA
Marcelo Cajueiro – Imprensa/INCA
Tatiana – Imprensa/INCA

A reunião tem início com o **Dr. Luiz Antonio Santini** saudando os presentes. Apresenta a ata da última reunião ocorrida em 19/12/2013, para aprovação. Ata aprovada sem alterações.

Incorporação do medicamento Gefetinibe e Erlotinibe no SUS – por Dr. Evanius Garcia Wiermann – Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica – SBOC
Inicia a apresentação fazendo uma pequena introdução sobre a tabela do SUS para QT, cita que todas as incorporações de novas tecnologias no sistema foram feitas com valores deficitários para o prestador. Com relação ao sistema APAC, os valores pagos são incompatíveis com grande parte das novas tecnologias, são independentes do medicamento utilizado, e foram ajustados uma vez nos últimos 14 anos. Fala sobre as estratégias de compra de medicamentos que geralmente são de responsabilidade do prestador ou através de compra centralizada. Em 2012, um relatório da CONITEC não recomendou a incorporação do Gefetinibe e Erlotinibe para tratamento de câncer de pulmão por falta de evidência científica, e não por uma questão de custo. Um ano e meio depois a mesma medicação foi incorporada, inclusive agregando a mutação EGFR – o que é bom. Teoricamente a portaria não mudou nada, pois já era possível prescrever esses medicamentos pela APAC. Porém, a portaria cria a obrigatoriedade de se receitar esses medicamento, sem criar um porte específico, mudando-se o paradigma da APAC, que se baseia em finalidades e diagnósticos, e não em medicamentos. Os valores pagos por procedimento hoje, correspondem a menos da metade dos valores pagos em outubro de 1998. Existe, portanto, uma redução gradual dos valores pagos pela quimioterapia, através do não reajuste da tabela. Espera-se um agravamento dessa situação com a dificuldade de controle sobre a inflação. **Dr. Evanius Wiermann** faz uma análise dos gastos em saúde pelo Governo do Brasil, a porcentagem de participação das instituições privadas em quimioterapia e tratamento oncológico como um todo. A combinação do congelamento prolongado da tabela e da restrição do atendimento a pacientes oncológicos nos hospitais públicos federais gera uma transferência do financiamento do tratamento em oncologia para estados, municípios e instituições privadas. A

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA- CONSINCA
19/02/14 – 10:00h – auditório I, Prédio Sede do INCA

“incorporação” do Erlotinibe e Gefinitibe insere-se dentro dessa estratégia. A título de reflexão diz que a “incorporação” dos inibidores de TKI será custeada em cerca de 70% pelo setor privado/filantropico e o restante pelas gestões locais estaduais e municipais. Esse modelo de incorporação se traduz em uma mudança, na prática do MS, no que se refere à introdução de novos tratamentos, e vai gerar diversos problemas ao prestador direto (sem contar o não ressarcimento da análise do EGFR...). Qual o futuro do tratamento oncológico se o governo federal mantiver essas práticas? **Debate: Dr. Sérgio Chiattonne** diz que este é um tema corriqueiro. Aborda o aspecto da aprovação das drogas pela Anvisa e Conitec. A Associação de Hematologia resolveu tentar um diálogo com estas instâncias, tendo a oportunidade de participar de uma reunião, gerando um bom canal de comunicação. As reuniões foram altamente produtivas, e a análise destes encontros foi a constatação de que faltam técnicos especializados para atender as demandas geradas pelo MS. Entende que o INCA é que deveria ser o órgão de consultoria do MS e não um consultor Ad Hoc que não é um especialista. O Consinca deve cobrar esta posição do Ministério da Saúde. **Dr. Luiz Antonio Santini** complementa o debate comentando que a existência do conflito de interesse não desabona o parecerista, mas é uma declaração para contrabalançar a sua posição. **Dr^a. Iris Magalhães** fala que a SOBOPE também estreitou os laços com a CONITEC, e foi percebido que os especialistas Ad Hoc estavam baseados em dados técnicos colhidos através da parceria com as sociedades. **Dr. Luiz Antonio Negrão** fala que o modelo de pagamento por APAC precisa ser repensado. Concorda com a posição do Dr. Sergio Chiattonne no que tange a atuação do INCA como assessor técnico do MS. **Dr. Rodolfo Acatauassu** concorda que o Consinca pode e deve colaborar mais como órgão consultor do Ministério da Saúde. **Dr. Leonaldson Castro** como presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica também reafirma que o papel do INCA frente às políticas de câncer no país devem ter melhor destaque dentro do MS. **Dr. Luiz Antonio Santini** agradece aos conselheiros o apoio à posição do INCA frente às políticas de câncer no país. Na medida que o tema do câncer ganha uma dimensão econômica, epidemiológica e estratégica, tornando-se um problema de saúde pública, este tema se torna disputado nas instâncias de poder, o que é considerado natural e que acontece em outros países também. Considero apropriado e importante que uma instância como o Consinca se manifeste a favor da posição do INCA como órgão estratégico para o debate e análise deste tema no país. Com relação aos pareceres *Ad Hoc*, também temos um complicador que é a falta de pessoal para atender a grande demanda do Ministério da Saúde dentro do tempo exíguo para entrega. **Dr. Ricardo Curioso** fala que do ponto de vista do prestador de serviço institucional, a forma como o Ministério da Saúde está conduzindo a incorporação dos medicamentos (*caso citado na apresentação do Dr. Evanius*), ameaça à sustentabilidade dos hospitais. Propõe que o CONSINCA faça alguma recomendação sobre essas novas drogas. **Dr. Luiz Antonio Santini** diz que não existe nenhuma resistência do Ministério da Saúde quanto à importância e participação do INCA, o que ocorre é uma visão diferenciada com relação ao modelo da Rede de Atenção Oncológica, e esta tem sido discutida. As sociedades técnico científicas propõem uma discussão com o Ministério da Saúde a respeito do papel do INCA dentro da estrutura de gestão da atenção oncológica no país, considerando os diversos aspectos: incorporação tecnológica, gestão, etc. Pontua-se também que, o INCA deve ser considerado responsável pelos pareceres, podendo recorrer as sociedades científicas e instituições prestadoras de serviços especializados em oncologia. A redação do texto ficou a cargo do representante da SBCO, Dr. Leonaldson Castro, e será apresentada na

próxima reunião em abril. **Portaria de Financiamento da Mamografia** – por Dr^a. Beatriz Kneipp – CGPV/INCA. Traz informações sobre o que foi publicado a respeito do método de rastreamento e diretrizes no Brasil para o câncer de mama. Foi considerado pela OMS e também países como Reino Unido, França e Alemanha, a não recomendação do rastreamento mamográfico antes dos 50 anos, uma vez que há limitadas evidências de redução da mortalidade e mais riscos e danos do que benefícios para as mulheres mais jovens. Os principais benefícios do rastreamento são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo, com menor morbidade associada, e os malefícios são os resultados falso-negativos e falso-positivos, o sobrediagnóstico e o sobretratamento. Estes últimos causam danos que vão desde a ansiedade diante de um resultado positivo, à realização de procedimentos e tratamentos mais invasivos e de maior complexidade, desnecessariamente. Em novembro de 2013, o INCA e a equipe de Brasília elaboraram uma nota técnica reforçando a recomendação do rastreamento a partir dos 50 anos. As diretrizes estão em novo processo de revisão e devem ser publicadas em 2014. Fala também sobre como funciona o financiamento de procedimentos pelo SUS. Neste caso, são dois códigos criados em 2009: mamografia bilateral para rastreamento e mamografia unilateral. A mamografia bilateral é realizada em mulheres assintomáticas e pagas pelo SUS quando realizado em mulheres com idade entre 35 e 130 anos, com limite de um procedimento por paciente. A mamografia unilateral é realizada em mulheres com algum sinal ou sintoma de câncer de mama, com idade entre 10 e 130 anos, com até dois procedimentos pagos pelo SUS, por paciente. As alterações de financiamento foram com relação a fonte de recursos, não houve alteração no acesso das pacientes. A portaria definiu que a mamografia de rastreamento passa a ser financiada pelo MAC (limite financeiro de média e alta complexidade), como estratégia para continuar incentivando a realização da mamografia de rastreamento na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde. Foi incluída uma regra condicionada, onde o procedimento mamografia bilateral para rastreamento na faixa etária dos 50 aos 69 anos, permanece financiado pelo Faec (fundo de ações estratégicas e compensação). Não houve restrição de pagamento por faixa etária, apenas alteração na forma de financiamento. Os profissionais podem continuar solicitando, quando recomendado e indicado, mamografias de rastreamento para mulheres com idade entre 35 e 49 anos ou com mais 70 anos, e as mesmas serão custeadas com recursos do teto de financiamento de média e alta complexidade (MAC). Importante citar que, o colégio brasileiro de radiologia e a sociedade de mamografia foram esclarecidos sobre estes termos técnicos, mesmo assim foi mantida a nota de repúdio a portaria 1.253/2013. **Dr. José Eluf** acrescenta que a discussão sobre a idade entre 40-49 anos para o rastreamento é constante e não se chega a um consenso. Quando estas recomendações foram debatidas, a FEBRASCO, Colégio Brasileiro de Radiologia e a Sociedade de Mastologia estavam presentes, ou seja, é inexplicável esta nota de repúdio, esses questionamentos são inconcebíveis. **Dr. Luiz Antonio Santini** complementa dizendo que a forma como esta discussão está sendo conduzida é maléfica para as mulheres, que ficam confusas quanto ao seu tratamento. **Dr. Luiz Antonio Negrão** fala que desconhece tecnicamente este assunto. Durante muitos anos se lutou para fortalecer as argumentações da detecção precoce, dos exames preventivos, e agora se está “relaxando” na quantidade de exames, devendo ser feito somente um ou outro dentro de certa idade. **Dr. Luiz Antonio Santini** fala que a discussão não é sobre a posição de um especialista, nosso debate é sobre política de governo de rastreamento. Hoje não existe em nenhum governo do mundo uma política de rastreamento

mamográfico abaixo dos 50 anos. Então, a opinião de um hospital é segundo a clientela daquela unidade, que tem um viés brutal. Não se pode fazer uma análise através da demanda de uma única unidade hospitalar, como no caso do *Memorial Hospital*, que recebe pacientes com casos variados e não serve de referência para este debate. **Dr. Sergio Chiatton**e questiona se as mulheres estão realmente capacitadas a realizarem o autoexame. Os dados canadenses servem para a nossa população? **Dr. José Eluf** explica que o autoexame foi muito estudado, tendo inclusive um estudo chinês onde duzentas e trinta mil mulheres participaram e metade foram treinadas a fazerem o autoexame. O resultado apresentou um alto índice de câncer benigno. Os estudos entre 40-49 anos não devem ser mais debatidos porque eles são inconclusivos e não se chega a um consenso. **Dr^a. Beatriz Kneipp** complementa dizendo que o autoexame não é recomendado como método de rastreamento, tenta-se trabalhar com campanhas de observação das alterações do próprio corpo, e estímulo de criação de rotina de consultas médicas. O acesso ao tratamento também é um diferencial dentro das políticas de prevenção. Com relação à população da região Norte, o estilo de vida daquelas mulheres favorecem a terem menos câncer de mama porque amamentam mais e tem mais filhos, a problemática da Região Norte é o câncer de colo de útero, por isso é importante conhecer a especificidade de cada Região para direcionar as políticas públicas de saúde. **Dr. Luiz Antonio Santini** finaliza o debate dizendo que o INCA irá publicar uma nota explicativa e afirmativa da política pública para o rastreamento do câncer de mama. **Elaboração da Política de Cuidados Paliativos INCA/Ministério da Saúde** – por **Dr^a. Claudia Naylor Lisboa** – Diretora da Unidade IV/INCA. Informa que o Ministério da Saúde a convidou para compor um grupo de trabalho de discussão de cuidados paliativos (CP), composto por membros da coordenação de atenção domiciliar, coordenação das pessoas com doenças crônicas, atenção básica, farmacêutica, humanização e o próprio INCA. O debate foi muito produtivo e democrático. Ao final da reunião foi planejado o futuro e a necessidade de integrar outros representantes. O documento final foi baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde, inserindo os cuidados paliativos na estrutura do SUS. O tópico financiamento foi amplamente debatido, assim como, as políticas de educação (em parceria com o MEC) e a de medicamentos. Outra reunião foi agendada em fevereiro/2014, onde sentiram a necessidade de inserir duas associações de cuidados paliativos: ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e a ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. As pautas são muito pontuais e neste caso foram debatidos os tópicos: lista de medicamentos, discussão com DAF e ANVISA, facilitação do acesso a opióides, medicamentos previstos na farmácia básica, farmácia especializada, a serem incluídos e notas técnicas a CONITEC. O terceiro encontro será no dia 26/02, com debate sobre a política de CP (modelos de atenção, responsabilidades de cada ponto de atenção e de cada ente federado). Teremos a parceria na formação de recursos humanos através da atuação da SGTES e do MEC, e as definições para a política de medicamento quanto ao acesso e a ampliação deste acesso. Finaliza dizendo que em dezembro houve uma reunião com a superintendência da Vigilância Sanitária para discutir a proposta assistencial do *Hospice* e realização de um memorial técnico.

Informes: Diretrizes Diagnósticas do PET-CT na Tabela do SUS – por **Dr. Michel Pontes Carneiro** – Chefe da Seção de Medicina Nuclear/INCA. Faz um histórico cronológico da incorporação do PET-CT no SUS, do quantitativo atual de aparelhos (aprox. 70 no país), da experiência do INCA com a incorporação no final de 2010, com

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

CONSELHO CONSULTIVO DO INCA- CONSINCA

19/02/14 – 10:00h – auditório I, Prédio Sede do INCA

um total de 1.217 exames realizados até hoje. Foram abordados também os desafios do transporte da radiação, e finalmente as indicações para debate na consulta pública realizado em novembro do ano passado (2013) que foram: detecção de metástase hepática exclusiva potencialmente ressecável de câncer colorretal; estadiamento clínico do câncer de pulmão de células não-pequenas potencialmente ressecável; e estadiamento e avaliação da resposta ao tratamento do linfoma de Hodgkin e linfoma não Hodgkin. Ainda não foi gerado portaria, mas as indicações foram bem aceitas. A CONITEC posteriormente enviou um agradecimento pela presença do INCA.

Solicitação da Associação Brasileira de Registros de Câncer para inserção no hall de membros do CONSINCA. – por Dr. Luiz Antonio Santini – Presidente do Conselho. Informa que recebeu este pedido do Dr. José Segalla – Presidente da ABRC. Levando em consideração o regimento interno do Consinca e o estatuto da Associação, trás aos presentes membros a sugestão de aprovação do pedido. **Deliberação:** Os presentes conselheiros, por unanimidade, aprovaram a inclusão da ABRC no Consinca. *Eu, Vanessa Fuzer Martins de Mendonca, matrícula Fundação do Câncer 002475, redigi e encerro a presente ata. Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2014.*