

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)

Reunião de 30 de novembro de 2016 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

Participantes:

Ana Cristina Pinho Mendes Pereira – Diretora Geral INCA
Claudia Garcia - Abrasco
José Eluf Neto – FOSP
Eduardo Weltman – SBRT
Alexandre Ferreira Oliveira - SBC
Felipe Fernández Coimbra – SBCO
Ângela Coe Camargo - SBEO
Sima Ferman – SOBOPE
Nivaldo Barroso Pinho - SBNO
Vergílio Antonio Rensi Colturato - SBTMO
Mário Jorge Sobreira da Silva - SOBRAFO
Miren Uribe Arregi - ABRC
Luiz Antonio Negrão Dias – CMB
Maria Inês Gadelha – DAET/SAS/MS
Luiz Edgar Leão Tolini – DAHU/SAS/MS
Eduardo Carneiro Resende – DGITS/CONITEC/SCTIE
Maria Betânia Jatobá de Almeida - CNS
José Getúlio Segalla - SBRC

Ausências justificadas:

Carlos Sergio Chiattone – CBH
Gustavo dos Santos Fernandes – SBOC
Claudio Luiz Seabra Ferrari – SBOC
Pascoal Marracini - ABIFICC
Ricardo José Curioso - ABIFICC

Monica Almeida Neri – ABRAHUE
Rodolfo Acatuassú – ABRAHUE
Michele Caputo Neto – CONASS
Rodrigo Alves Torres Oliveira – CONASEMS
Luis Felipe Ribeiro Pinto – Dir. Geral Substituto/INCA
Liz Almeida – CONPREV/INCA
Maria Beatriz Kneipp Dias – DARAO/CONPREV/INCA
Luis Augusto Vianna – HCI/INCA
Paulo Alexandre Ribeiro Mora – HCII/INCA
Rodrigo Motta – HCIII/INCA
Décio Lerner – CEMO/INCA

Convidados INCA:

Ailse Bittencourt - Chefia de Gabinete/INCA
Gélcio Luiz Quintella Mendes – COAS/INCA
Marise Cesar Gomes – ARNT/COAS/INCA
Renata Erthal Knust – ARNT/COAS/INCA
Marisa Breitenbach – CPQ/INCA
Eduardo Franco- CONPREV/INCA
Eliete Farias Azevedo – HCIV/INCA
Marise Souto Rebelo – CONPREV/INCA
Maria Pombo de Oliveira – CPQ/INCA
Nelson Cardoso – DG/INCA
Mônica torres – DCS/INCA
Jeane Gláucia Tomazelli – CONPREV/INCA
José Paulo Jesus – HCI/INCA

Aos trinta dias do mês de novembro de 2016, às 10 horas, no auditório I do prédio-sede do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), 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) Informe sobre o Grupo de Trabalho de Revisão da Tabela de Procedimentos de Radioterapia – Dra. Maria Inez Gadelha/SAS/MS; (2) Registro de Câncer de Base Populacional no Brasil e sua Relevância na Vigilância Epidemiológica do Câncer – Dra. Miren Uribe. A reunião teve início com as boas vindas da Diretora Geral do INCA e Presidente do Conselho consultivo do INCA - CONSINCA, Dra. Ana Cristina Pinho Mendes Pereira, que se apresentou, fez uma descrição sumária do seu currículo e declarou algumas de suas metas de gestão: dar continuidade aos bons projetos que já estão em andamento, corrigir os processos que já estão em dentro de uma visão macro, aumentar a atuação e a Projeção Nacional do INCA dentro da Política de Atenção Oncológica no País, trabalhar mais a base parlamentar e aumentar a presença do INCA em Brasília, uma parceria maior com o DGH e inserir o INCA no contexto da Rede de Assistência, no Estado do Rio de Janeiro, redefinindo o papel da Instituição INCA na Assistência de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, e no país. Resumiu que, em relação

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)

Reunião de 30 de novembro de 2016 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

ao Rio de Janeiro, a principal diretriz é o INCA assumir o papel de Instituição definidora de tudo que envolve a Atenção Oncológica (cirurgia, cuidado paliativo, ensino, pesquisa). Declarou que o INCA será a entidade reguladora da Atenção Oncológica, assim como o INTO será da área de ortopedia e o INC da área de cardiologia. E que temos uma definição muito clara no papel dessas Instituições de fazer valer efetivamente o desenho do SUS, o conceito de Rede. Mas do que nunca é necessária a presença de uma coordenação disposta a atacar os pontos nevrálgicos, que viabilizam o funcionamento de toda essa estrutura como uma Rede. A Diretriz do Ministério da Saúde é os Institutos assumindo suas responsabilidades nas respectivas áreas técnicas e ajudando na coordenação de toda essa estrutura, inclusive com a proposta de licitação conjunta. Continuando, a Dra. Ana Cristina apresentou sua equipe de trabalho: a Sra. Ailse Bittencourt, que segue como Chefia de Gabinete; o Dr. Gelcio Mendes, que continua como Coordenador de Assistência, e agora também é Diretor-Geral Substituto; o Dr. Nelson Cardoso é responsável pela Divisão de Planejamento e Desenvolvimento Institucional; a Sra. Mara Lúcia Correa assumiu a Chefia do Serviço de Apoio Administrativo da Direção Geral, e a Sra. Debora Malafaia assessora com todas as necessidades administrativas. Em seguida, a Dra. Ana Cristina pediu aos membros que se apresentassem. Após as apresentações, a Dra. Ana Cristina passou a palavra a Dra. Maria Inez Gadelha que iniciou a primeira pauta da reunião: **(1) Informe sobre o Grupo de Trabalho de Revisão da Tabela de Procedimentos de Radioterapia.** A Dra. Maria Inez solicitou o auxílio do Dr. Eduardo Weltman, ressaltando que a revisão dos procedimentos de Radioterapia na Tabela de Procedimentos do SUS é um trabalho que, durante muitas reuniões do CONSINCA, vinha sendo demandado, mas por questões internas operacionais e também de tempo, demorou a ser iniciado. Relatou que os procedimentos de radioterapia na Tabela de Procedimentos do SUS continuavam como estão desde 1999, com a Portaria GM/MS n° 3536/1998, que introduziu a APAC no SUS. Lembrou que, naquela ocasião, fizeram uma grande remodelação na parte da quimioterapia, pois ao invés de trabalhar com localização tumoral e medicamentos, os mesmos tumores estavam em diferentes grupos da tabela, criando situações tumorais e deixando a utilização do medicamento a critério do hospital. Relatou que trabalhavam como é até hoje, ou seja, com a valoração do procedimento pelo melhor esquema quimioterápico existente. No entanto, quando propuseram a mesma revisão para os procedimentos radioterápicos, a Sociedade

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)

Reunião de 30 de novembro de 2016 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

Brasileira de Radioterapia, então presidida pelo Dr. Miguel Aborihan Gonçalves, não aceitou essa remodelação, então ficou com um modelo diferente para oncologia e para radioterapia. Explicou que existia a tabela da internação e também a tabela do ambulatório, que, naquela ocasião, já tinha proposto remodelar, mas não foi aceita. Sendo assim, continuaram com procedimentos de radioterapia baseados em equipamentos (acelerador linear só de fótons, acelerador de fótons e elétrons e betaterapia) e como não podiam fugir de determinadas indicações, foram criados alguns procedimentos como irradiação de corpo inteiro, irradiação de pele total, irradiação de meio corpo, ficando algo que até hoje está vigente, ou seja, aproximadamente 17/18 anos. Continuando, a Dra. Maria Inez disse que o grupo do CONSINCA se reuniu em 02 de novembro de 2016 para discutir essa situação, utilizando a experiência do próprio CONSINCA com o grupo de cirurgia oncológica. Relatou que chegaram à conclusão que não teriam que trabalhar, propriamente, técnicas porque a tabela fica defasada rapidamente. Consideraram também que teriam que trabalhar situações tumorais da mesma maneira, porém contemplando situações especiais. Contou que encontraram nessas diversas apresentações os pontos comuns e a partir desses pontos avançaram no planejamento do trabalho, que a rigor vai começar no INCA em reunião programada já com essas diretrizes gerais, com uma proposta de divisão por complexidade, por grupo e situações tumorais, mas contemplando a complexidade da doença e da região anatômica, na tentativa de buscar a valoração por procedimento global. Explicou que, ao invés de se falar em procedimento principal e procedimento secundário, como é hoje, seria fazer como se faz na quimioterapia. Informou que estão conduzindo os trabalhos dessa forma e os compromissos assumidos para a próxima reunião seriam a proposta inicial da formatação dos novos procedimentos, que ficou a cargo do Departamento do Ministério da Saúde. Relatou que ficaram também com a tarefa de revisar a ficha do cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde e também ficou a cargo do Departamento a proposta de migração dos procedimentos de internação em AIH para APAC. Informou que haviam alguns procedimentos muito antigos, ainda herdados da tabela do INAMPS, na AIH de Radioterapia, e como não houve tempo para executar esse trabalho em 2008, quando fizeram a tabela unificada, deixaram para posteriori. Disse que chegou o momento de analisar esses procedimentos, que são principalmente procedimentos de braquiterapia e outros, que farão também a migração para a APAC. Informou que estão com prazo estimado para o fim deste trabalho ainda no primeiro

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)

Reunião de 30 de novembro de 2016 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

semestre de 2017. Continuando, relatou em 1991, quando fundaram o Sistema Único de Saúde - SUS, tiveram que transferir tudo para o formato da tabela do INAMPS e do SUS, mas também não mexeram nos procedimentos de cirurgia oncológica, apenas colocaram em oncologia porque a tabela não poderia ter dois nomes iguais. Concluiu afirmando que esse trabalho na cirurgia oncológica já foi feito, então facilita muito a atualização e revisão, e é um trabalho que estão procurando completar na terceira modalidade do tratamento do câncer, que é a Radioterapia. O Dr. Eduardo Weltman comentou que esse trabalho que a Dra. Maria Inez apresentou, na verdade, é uma reivindicação muito antiga da Sociedade Brasileira de Radioterapia porque há muito tempo não existia nenhuma relação entre a maneira como é pago o procedimento, com a maneira como são gerados os custos. Acrescentou que essa questão de Radioterapia por campo está muito defasada. Completou que o que a Dra. Maria Inez vem propondo com esse grupo de trabalho, é criar pacotes que abrangem que situações semelhantes sejam remuneradas de forma semelhante, colocando também os níveis de complexidade que cada Instituição pode praticar, o que estará, de certa maneira, incentivando que sejam incorporadas as tecnologias nos locais aonde esses pacientes são atendidos. Declarou acreditar que o grupo produzirá um trabalho muito bom, especialmente agora que pode contar com um Radio-oncologista trabalhando em conjunto. Expôs que tem uma grande preocupação com relação ao que vai acontecer até esta tabela estar promulgada, até as pessoas começarem a receber essa mudança de paradigma, e que não consegue imaginar que isso vá acontecer antes de dezembro de 2017. Declarou que a grande preocupação não é com os oitenta novos aparelhos que estão sendo instalados, mas com os duzentos e cinquenta e seis aparelhos que não têm sido remunerados o suficiente para fazer sua manutenção, pois vários tratamentos são precificados em dólar, sendo a Radioterapia um deles. Completou que, com essa inflação, o dólar foi reajustado e a remuneração da Radioterapia já chegou a 100%, em termos de depreciação, e que, em dezembro de 2017, talvez seja muito tarde para socorrer uma série de serviços acabarão quebrando. Informou que estão aguardando um levantamento de custos, que está sendo feito pela Fundação Dom Cabral, explicando que a demora está muito relacionada a uma indolência de alguns colegas em não mandarem os custos ou a proibição dos grandes conglomerados em deixar que seus custos fossem revelados. Então serão utilizados os números que o Ministério da Saúde tem e os que a Fundação Cabral fornecer para chegar a uma ideia de precificação justa. Concluiu que, ainda assim, consideram que um

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)

Reunião de 30 de novembro de 2016 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

ano e alguns meses é muito tempo para começar a remunerar adequadamente e que é necessário ter uma revisão emergencial, pois são 256 aparelhos servindo ao SUS integralmente ou parcialmente, e vários deles começarão a parar de funcionar por falta de manutenção. A Dra. Maria Inez expressou que, em sua opinião, o grande problema em radioterapia não é o valor do procedimento, mas a manutenção, e que estão tentando resolver isso no grupo. A Dra. Ana Cristina comentou que há dois dias, em um evento em Campina Grande, onde inclusive estavam presentes o presidente da Varian, Dr. Collin Kenedy, e o presidente da Varian Brasil, que falaram sobre a planta que já está em Jundiaí, 70% concluída, com previsão de produção para início de 2018 e também sobre o Centro de Treinamento que começa a funcionar em março de 2017. Relatou que começou a surgir a questão de que o Ministro gostaria de fazer um aditivo de mais vinte máquinas e surgiu também a questão do hipofracionamento, então o Ministro tomou a decisão de rever esse quantitativo, recontingenciar esse recurso para se modificar a especificação das máquinas e já se contemplar nesse orçamento o *upgrade* para esse o hipofracionamento. Que esse processo começasse no SUS e que esses aparelhos já fossem adquiridos com *upgrade*. Então, iriam rever o número de máquinas, reduzindo o número, mas já incluindo o *upgrade* para o hipofracionamento. O Dr. Weltman comentou que apesar de não conhecer o assunto intimamente, alguém lhe falou que hipofracionamento era a solução. Explicou que atualmente há 50% das máquinas que deveria haver e seriam necessárias mais 200 máquinas para atender a população, em uma relação de um para trezentos mil. Se considerarmos as Normas da OMS, teríamos que ter uma máquina para trezentos mil habitantes e não temos isso. O hipofracionamento diminuiria o custeio de máquinas, mas para fazer o hipofracionamento seria necessário haver uma tecnologia que permitisse uma precisão de localização muito maior, tendo que, automaticamente, migrar do 2D, que é uma radioterapia que resolve muitos dos problemas, para o 3D, e dentro do 3D teria que incorporar uma série de tecnologias de planejamento computadorizado. Concluiu que para abarcar mais tecnologia e fazer hipofracionamento a manutenção iria dobrar ou triplicar o seu preço, porém se o Governo fizer nisso, talvez melhore a produtividade dos aparelhos. A Dra. Ana Cristina informou que o Ministro da Saúde pedirá um estudo sobre o impacto deste custo, o quanto representaria na diminuição do número de aparelhos. A Dra. Maria Inez esclareceu que não diminuirá o número de aparelhos, pois se estivermos com déficit, o hipofracionamento permitirá um acesso maior e uma

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)

Reunião de 30 de novembro de 2016 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

entrada maior de doentes por aparelhos. Informou que, como no convênio estão pagando altíssimo preço pelos aparelhos, o Ministério da Saúde está na tentativa de acordo com a Varian para migrar pelo mesmo preço do Plano de Expansão. O Dr. Weltman reafirmou que o hipofracionamento é uma boa ideia, mas não diminuirá a necessidade de aparelhos porque há um déficit de 200 aparelhos. Declarou que o problema no Brasil, não é tanto pela quantidade de aparelhos, mas pela distribuição deles e, em muitos lugares, o problema é a distribuição de pacientes. A Dra. Maria Inez explicou que na tabela do SUS, a remuneração pelo tridimensional com esse planejamento que permite outras técnicas de radioterapia mais modernas, só é liberada para câncer de próstata e de célula, sendo um dos pontos que estão sendo discutidos. Existe um procedimento que permite a técnica, porém, hoje, só é compatível com códigos da CID para câncer de próstata e de célula. O Dr. Weltman mencionou que isto já está sendo revisto por essa nova tabela que está sendo elaborada, a ideia é que haja níveis de remuneração. O Dr. Luiz Antonio Negrão Dias comentou que estão realizando uma revisão qualitativa dessa tabela. Colocou que, quando se constrói a tabela de cirurgia, é muito definido o valor do hospital e o valor do profissional, porém quando falamos de quimioterapia e radioterapia, pagam um pacote sem especificar quanto é do profissional e quanto é da entidade. E essa divisão do dinheiro acaba sendo, em alguns pontos, de uma forma muito complexa. Declarou que não sabe se esse modelo será mantido nessa formatação, se o modelo da cirurgia é o errado, se um dia será igual à APAC ou se esses modelos vão migrar para o modelo das cirurgias. A Dra. Maria Inez esclareceu que a tabela de cirurgia foi uma das primeiras tabelas que o INAMPS criou, e que eles tinham o código 07 que depositava diretamente na conta do profissional. A tabela do INAMPS tinha essa diferença de dizer o quanto do valor era para o profissional e o quanto era para o hospital, então haviam serviços profissionais e serviços hospitalares e o valor total. Relatou que em 2008 unificaram os procedimentos, pois queriam pacote em tudo, dar só o valor global, mas a corporação médica pediu que mantivesse essa diferenciação para que os hospitais enxergassem, os médicos enxergassem e fizessem um acordo. Explicou que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, o valor é o valor total e a ideia era unificar, mas foi um pedido dos hospitais e da corporação. Explicou que ainda haviam duas tabelas: a tabela da internação AIH e a tabela de ambulatório, que é o BPA. Quando o INAMPS virou SUS criou-se o sistema de informação ambulatorial que foi concebido como pacote, sem especificação de AIH.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)

Reunião de 30 de novembro de 2016 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

Quando essas tabelas se fundiram para o Ministério da Saúde, era considerado pacote. É aquele valor dado ao procedimento, mas continua com visibilidade no sistema apenas a pedido dos hospitais, para que eles tenham uma base de negociação com suas cooperativas de médicos, etc., mas a tendência é acabar. O Dr. Luiz Negrão informou que o mapa com toda a história do projeto já está disponível no site. A Dra. Maria Inez acrescentou que são dois tipos de situações no Projeto de Expansão de Radioterapia: O serviço existente, que cria um novo *bunker*, ampliando a assistência, não sendo substituição de aparelhos. E o serviço novo que precisa ter um hospital com porte suficiente para ser habilitado em oncologia. A Dra. Ana Cristina mencionou que outro ponto importante no cronograma de implementação desse programa é justamente a construção, a adequação do ambiente. A Dra. Maria Inez esclareceu o Ministério da Saúde tem seus protocolos e diretrizes que devem ser observados, mas a técnica é uma decisão do serviço. Quando é indicada a radioterapia, a técnica que será utilizada dependerá do porte tecnológico do serviço. Mencionou a Lei 12.401 de 28/04/2011, que passou a ser aplicada em fevereiro de 2012 e tem Decreto regulamentar. O Dr. Weltman comentou que já existe um grupo de trabalho que está analisando a questão da radioterapia, o processo já está em andamento e entende que em sete ou nove meses será trazido para o CONSINCA, para gerar uma proposta para o Ministério da Saúde e Ministério da Economia para então darem encaminhamento. A Dra. Maria Inez acrescentou que só seguirá esse rito se houver incorporação de tecnologia. Se for apenas uma reformatação, não precisará seguir esse caminho. O Dr. Weltman expressou que entende também que, nesta fila está a cirurgia oncológica. Existe também uma demanda na cirurgia e uma na radioterapia. Provavelmente a Comissão irá começar a discutir cirurgia no final do próximo ano. Colocou que outra questão é o orçamento, que é preciso criar uma Comissão que diga que não há dinheiro para tudo e quais são as prioridades, ouvir os usuários, a sociedade, os hospitais e entender qual é a necessidade. A Dra. Maria Inez mencionou que um doente em quimioterapia, mesmo que paliativo, precisa ser tratado e permanece no sistema numa média de cinco anos, então a quimioterapia acumula paciente dentro do sistema. Concluiu que ter mais gasto com quimioterapia, em qualquer sistema de saúde, é esperado, por causa do acúmulo. Sugeriu pautar para as próximas reuniões do CONSINCA, a CONITEC e como se dá a Assistência Oncológica no SUS. O Dr. Felipe propôs olhar para a filosofia que querem, aonde querem chegar, lembrando que é preciso trazer como está a mortalidade dos

pacientes de câncer, se eles chegam avançados ou precoces, se aumentou a proposta de colo uterino e o que foi feito. Destacou que outra questão é a necessidade de trazer dinheiro, mas esse dinheiro precisa ser dividido para resolver os problemas. Dando sequência a reunião, a Dra. Ana Cristina apresentou a Dra. Miren Uribe Arregi com a pauta: **(2) Registro de Câncer de Base no Brasil e sua Relevância Vigilância Epidemiológica do Câncer.**



Apresentação anexa

A Dra. Miren iniciou agradecendo a oportunidade de poder apresentar a situação dos Registros e esclareceu quealaria somente sobre os registros de câncer de base populacional, nãoalaria dos hospitalares. Introduziu a pauta, explicando rapidamente no que consiste o registro e porque são importantes: 1 – Controle do Câncer tem um instrumento fundamental que é o planejamento. Segundo a OMS no planejamento existem três etapas: em que situação está hoje, onde queremos estar e como chegaremos nesse ponto. Nesse último, uma vez que definimos onde queremos chegar e definimos como chegar, como saber se realmente chegamos e se deu certo. 2 – Vigilância, o elemento crucial é o registro de câncer. Relatou que os registros neste contexto de vigilância epidemiológica do câncer vão nos dar dados sobre incidências, sobre sobrevivida, e se incluirmos os hospitalares teremos dados sobre pagamentos, como chegam os pacientes aos hospitais, ou seja, dados fundamentais para o monitoramento dos programas que forem implementados. Explicou que esses registros darão dados para conduzir estudos para definir ou identificar causas e também a informação, ações sobre a exposição da população aos fatores de riscos. Comentou que, analisando que, em muitos países, não se consegue a implantação do registro de dados populacional para fazer a vigilância do câncer, a OMS criou uma iniciativa para esse desenvolvimento de registros de câncer, criando determinados Centros na África, na Índia, na Argentina e América Latina porque está na hora de reconhecer a importância dos dados sobre câncer. Acrescentou que se fala muito da importância da informação e apresentou

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)

Reunião de 30 de novembro de 2016 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

exemplos sobre a importância dos Centros nas cidades. A Dra. Miren informou que existem produtos muito interessantes como a produção de publicações com os dados dos registros, e que a próxima será com a apresentação com os dados sobre o câncer infantil. Relatou que tem havido uma boa produção e tudo isso leva a um reconhecimento internacional, pois os registros do Brasil, neste momento, são bem reconhecidos na América Latina, inclusive, alguns Institutos Nacionais de Câncer desejam a nossa metodologia de trabalho. Relatou que há um reconhecimento internacional, inclusive pelas ferramentas e o INCA tem trabalhado com os registros de uma forma aberta e extremamente respeitosa, pois se trabalhou muito para definir os registros de câncer como o centro de vigilância epidemiológica do câncer, que há mais de dez anos tem se posicionado em alguns encontros de epidemiologistas de câncer contra o excesso de abertura de registro de câncer de base populacional no Brasil. Relatou que a ideia era um Registro de Câncer de Base Populacional em cada uma das cinco regiões do Brasil. Esclareceu que como epidemiologista, se é necessário que o dado seja de boa qualidade. Relatou que tiveram uma evolução de Registros de Câncer nesse país. O Dr. José Eluf Neto, comentou que o IARC estimula mais Registro de Câncer no Brasil por ser um país enorme e cheio de diferenças. A Dra. Marise Rebelo lembrou que o Global Cancer Observatory - GLOBOCAN solicitou que os registros brasileiros participassem das estimativas globais. Relatou tiveram o cuidado de dizer que mandariam a base de dados dos registros que tinham sido aceitos pela IARC, mas o GLOBOCAN pediu que mandassem todos os dados de todas as séries, justificando que todas as informações são importantes. Acrescentou que inclusive foram convidados a participar desse grupo de trabalho. Ressaltou que foi um trabalho maravilhoso, pois houve uma troca de experiências no nosso modelo e há pouco tempo tiveram a visita de dois representantes da IARC que elogiaram muito o nosso modelo. Explicou que é um modelo que se aplica muito bem no Brasil, que é justamente ter toda uma rede de registros hospitalares de câncer com subsídio importante de informação de qualidade para os registros básicos populacionais. Relatou que elogiaram muito o INCA e convidaram a Instituição para ser o centro colaborador latino-americano que é na Argentina e o importante papel que temos é justamente discutir o poder do nosso modelo de ser aplicado em outros países da América Latina. A Dra. Maria Inez ressaltou a importância de todo esse trabalho do INCA. A Dra. Ana Cristina falou que a discussão técnica vem no escopo maior do norte filosófico que é cultural, que é o que

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)

Reunião de 30 de novembro de 2016 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

temos, aonde queremos chegar e o que precisamos. Esta é uma política de Estado e considerou que estamos vivendo um momento favorável, momento de inovar. Conclui anunciando que teve a oportunidade de ter uma proximidade grande com o Ministro da Saúde, com quem teve conversas francas e sentiu que ele estava disposto a ouvir e dar encaminhamento as questões. **Encerramento:** A Dra. Ana Cristina declarou que irá se empenhar e que as portas da Direção Geral do INCA estão abertas, agradecendo a presença de todos. *Nada mais havendo a ser tratado, eu, Debora Cristina Malafaia Fernandes, redigi e encerro esta ata. Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2016.*

CONTROLE DO CÂNCER



Reduzir a incidência, morbidade e mortalidade por câncer e melhorar a qualidade de vida dos pacientes de câncer pela implementação sistemática de intervenções baseadas em evidência a nível de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos.

CONTROLE DO CÂNCER



PLANEJAMENTO – ETAPA 1: onde (em que situação) estamos hoje?

PLANEJAMENTO – ETAPA 2: onde queremos estar?

PLANEJAMENTO – ETAPA 3: como chegaremos a esse ponto?

Esta etapa inclui duas perguntas adicionais:

- Como saberemos se chegamos ou não a esse ponto?
- Como faremos o seguimento dos progressos?

No contexto de um **Programa Nacional de Controle do Câncer**, um programa de **Vigilância do Câncer**, construído em base ao **Registro de Câncer de Base Populacional**, é um elemento essencial.

- Dados sobre dimensão e evolução do câncer na população essenciais para avaliar situação atual, estabelecer **objetivos** para o controle e definir **prioridades**.
- Dados essenciais para **monitoramento** da implementação dos programas de controle, e para **avaliação** de atividades individuais de controle do câncer.
- **Dados** essenciais para **condução de estudos** sobre **causas** de câncer importantes a nível local, e para proporcionar informação sobre a **prevalência de exposição** desses fatores na população.

A vigilância via **Registro de Câncer de Base Populacional** joga um papel crucial na formulação de planos de controle do câncer, e para o monitoramento do seu sucesso.

La incidencia y la mortalidad por cáncer están aumentando rápidamente en todo el mundo, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. Existe entonces la necesidad imperiosa de que los países adopten y pongan en práctica acciones de control del cáncer. Sin embargo, sólo 1 de cada 5 países de ingresos bajos y medios cuenta con los datos necesarios para elaborar políticas que permitan reducir la carga del cáncer y el sufrimiento que éste genera. Gracias a un enfoque coordinado, que involucra a varios asociados, La **Iniciativa Mundial para el Desarrollo de Registros de Cáncer (GICR)** va a permitir la realización de los cambios requeridos. Es hora de reconocer la importancia de los datos sobre el cáncer.

Usted está aquí: Portada



Global Initiative for Cancer Registry Development (GICR)

Making cancer data count

PORTADA DESCRIPCIÓN EL PROBLEMA LA SOLUCIÓN PROGRESOS ACCIONES RECURSOS ASOCIADOS GALERÍA CONTACTO

Español ▾



International Agency for Research on Cancer



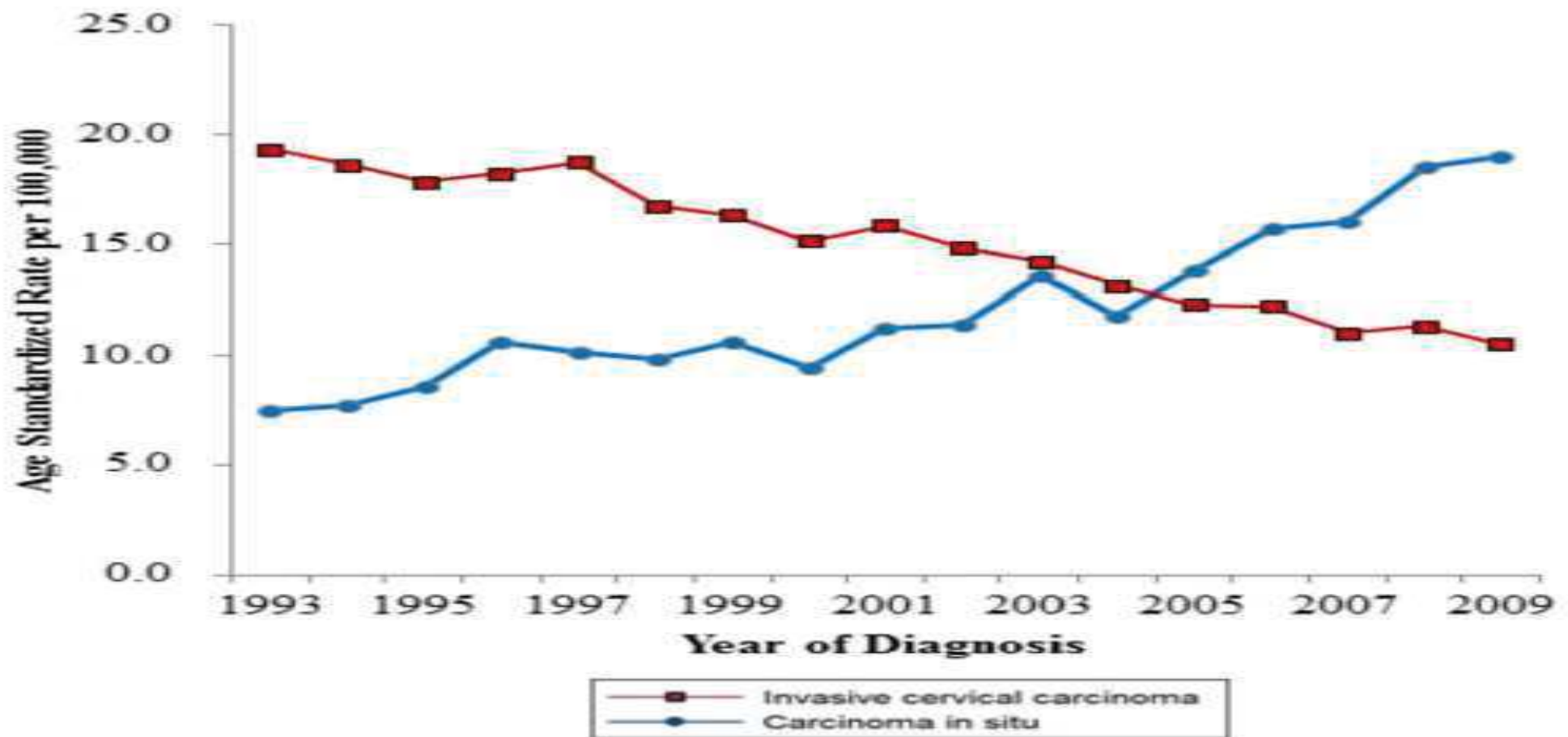
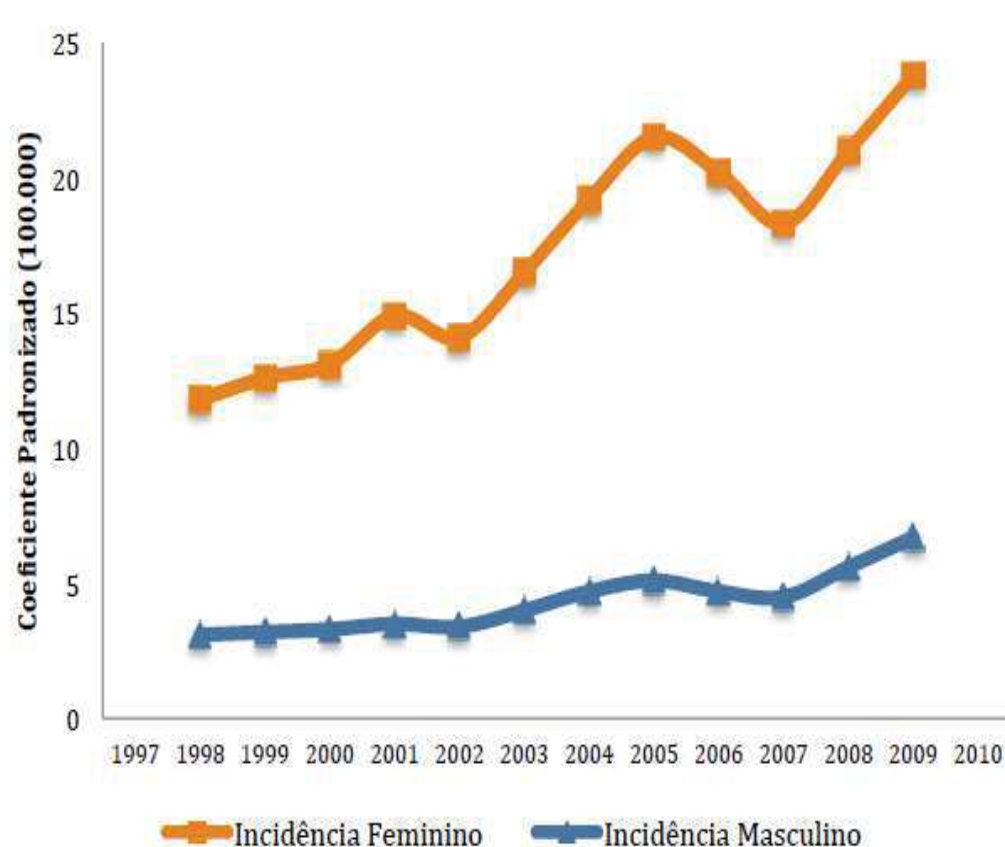
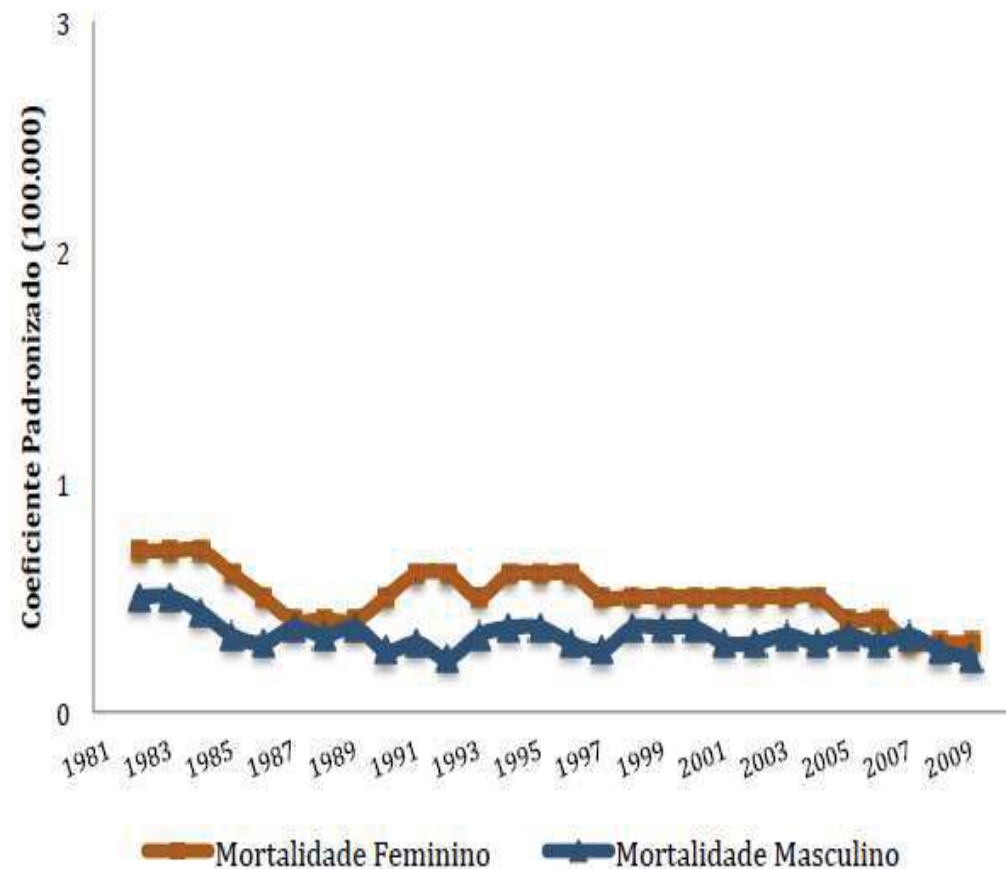


Figure 1. Trends in age standardized *in situ* and invasive cervical carcinoma rates and Ratio of age-standardized invasive to *in situ* cervical carcinoma rates, Korea, 1993–2009. doi:10.1371/journal.pone.0072012.g001

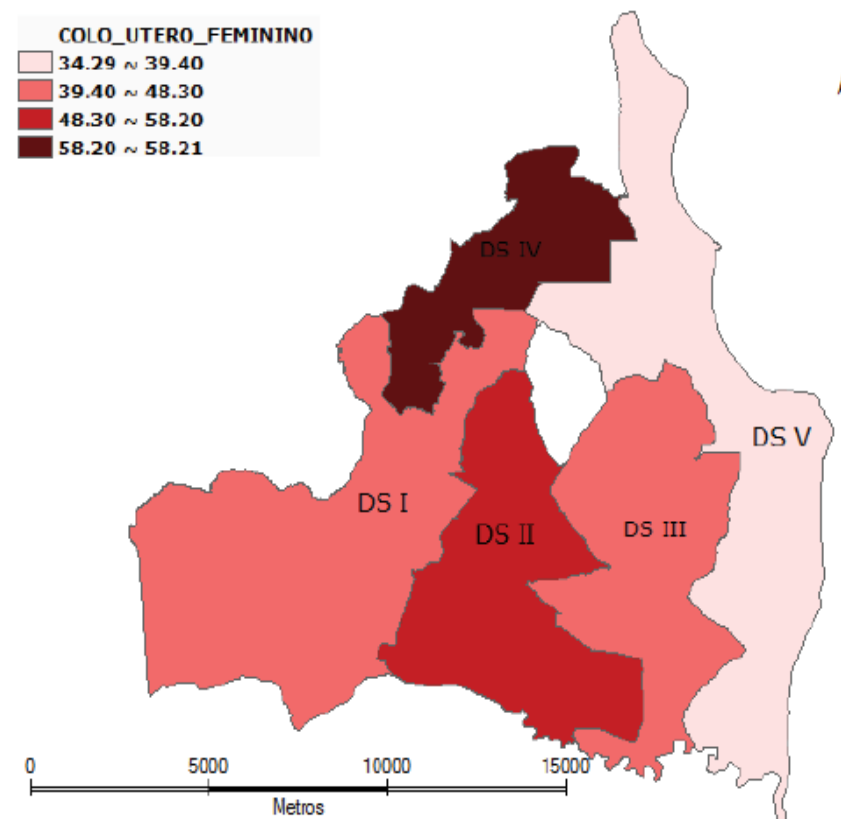
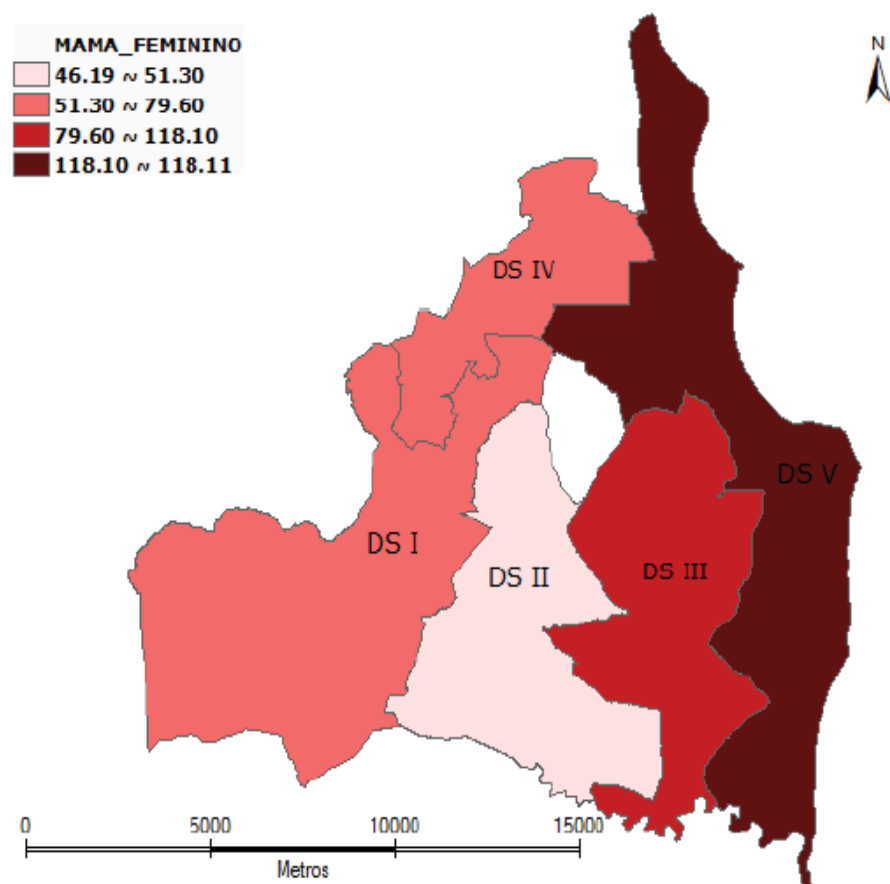
Coeficientes padronizados **incidência** câncer tireóide, segundo sexo e ano, média móvel. São Paulo, 1997 a 2010



Coeficientes padronizados **mortalidade** câncer tireóide, segundo sexo e ano, média móvel. São Paulo, 1981 a 2010

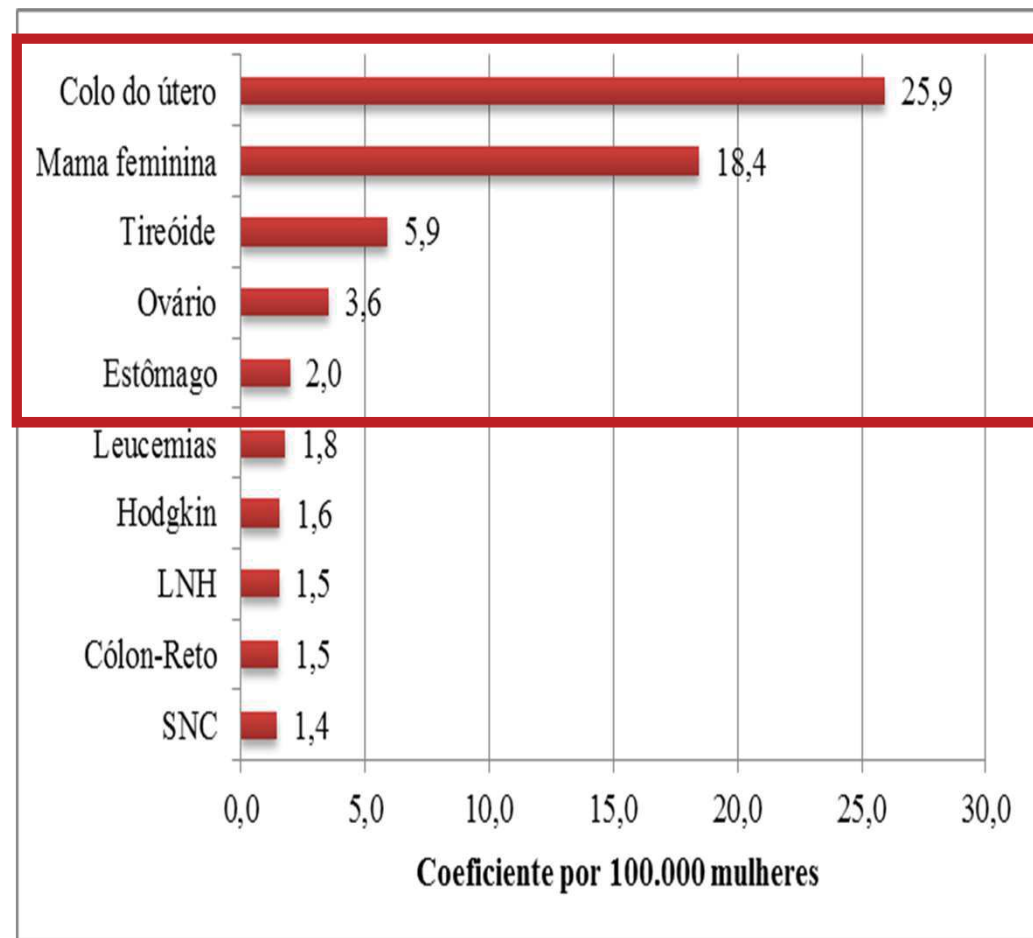
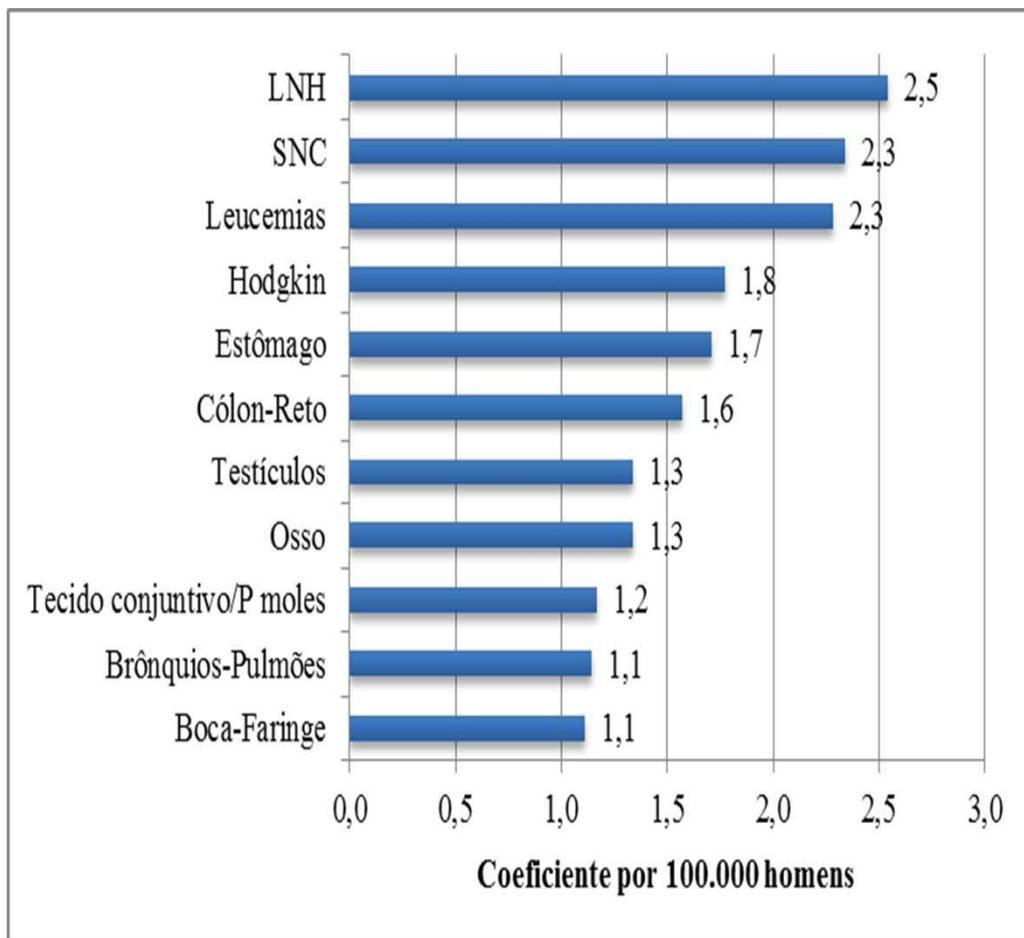


Distribuição da taxa bruta de incidência de câncer de mama feminino e colo uterino, segundo distritos sanitários de João Pessoa no período de 1999 a 2007



Aquino, JAP. Câncer em João Pessoa: distribuição dos principais tipos de câncer, por sexo e distritos sanitários no município no período de 1999 a 2007. 2014, Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Análise de Situação de Saúde do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – IPTSP.

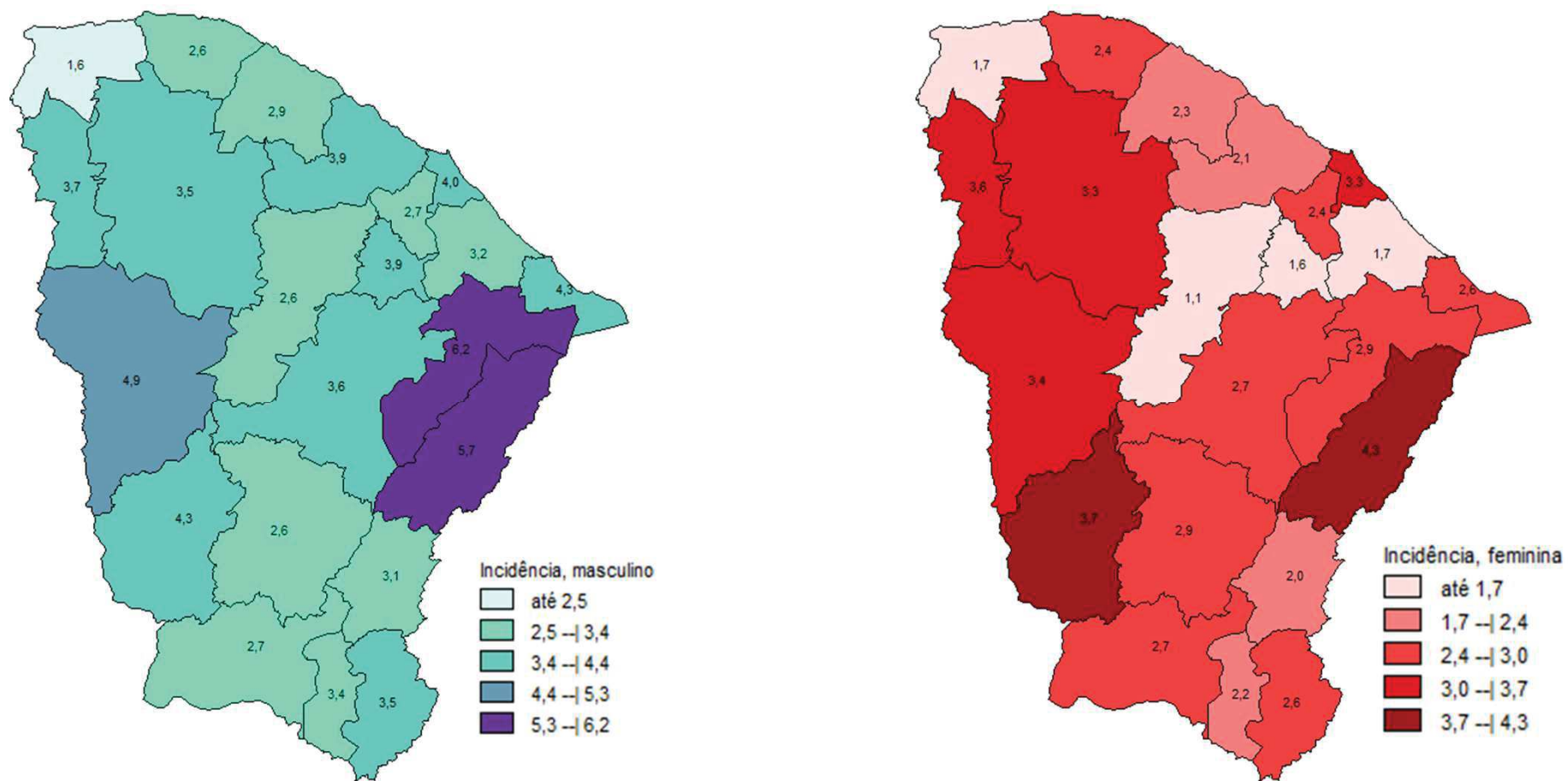
Distribuição dos coeficientes de incidência de neoplasias malignas mais frequentes em homens e mulheres de 20 a 39 anos – RCBP Fortaleza, 97-06

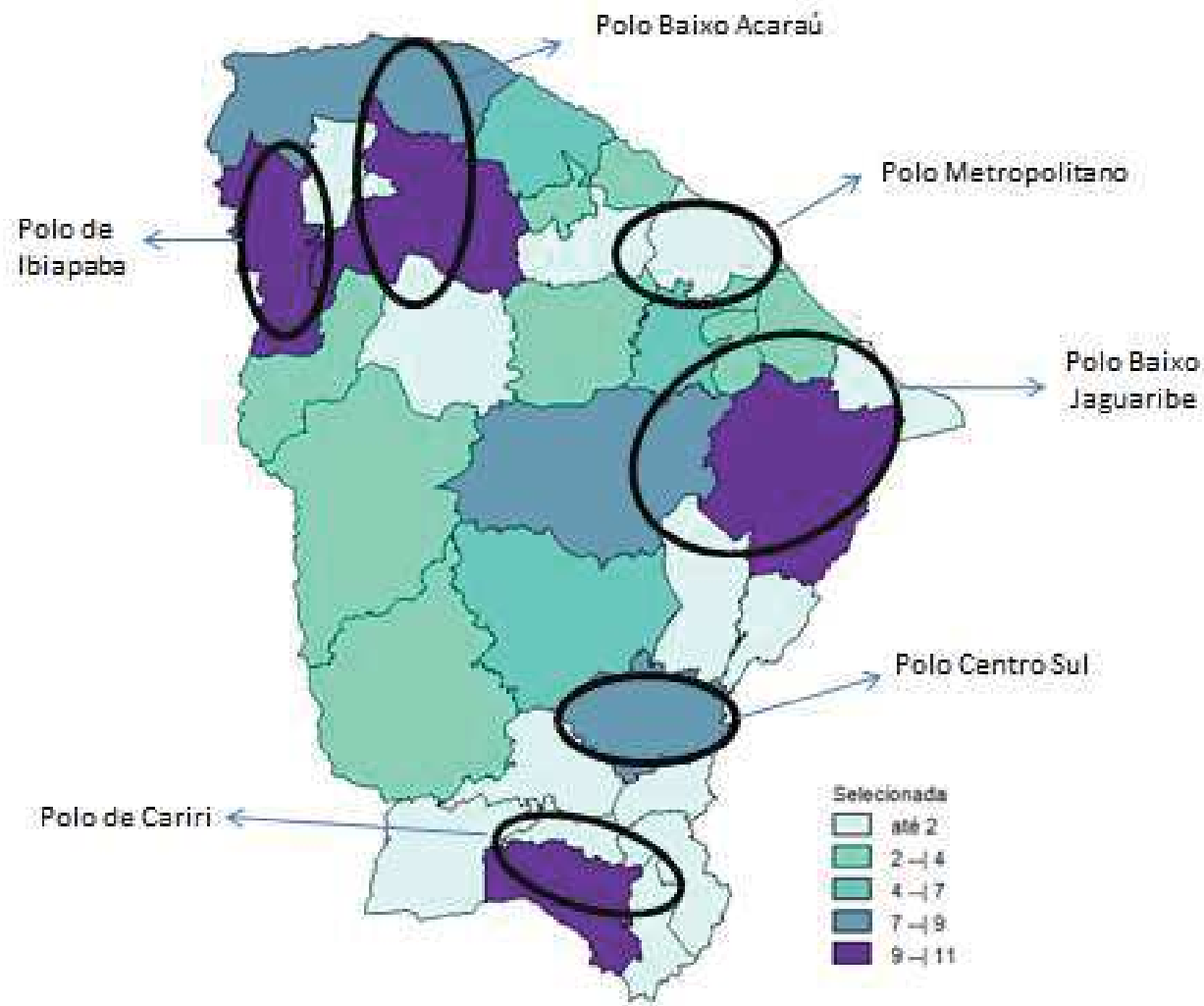


Sobrevida (global e relativa) das neoplasias invasivas diagnosticadas entre 1997 e 2004, segundo tipo de neoplasia

Neoplasia	Sobrevida global aos 5 anos	IC (95%)	Sobrevida relativa aos 5 anos	IC (95%)
Colo útero	64,4	59,5-69,3	64,8	59,9-69,8
Mama	75,3	72,0-78,6	76,0	72,0-79,0
Tireóide	96,1	93,3-98,8	97,0	94,0-99,0
LNH	54,3	45,3-63,3	54,0	46,0-64,0
Leucemias	40,0	30,2-49,8	40,0	30,0-50,0
Ovário	75,6	67,9-83,2	76,0	68,0-84,0
SNC	54,1	42,7-65,5	54,5	43,0-66,0
Estômago	28,9	19,9-37,9	29,0	20,0-38,0
D. Hodgkin	83,2	72,6-95,2	83,7	76,2-91,3
Cólon-Reto	48,8	38,2-59,4	49,2	38,5-59,9

Distribuição das taxas de incidência das leucemias, estimadas para 2015, segundo microrregião e gênero





Distribuição espacial dos polos de irrigação e dos casos de câncer infantojuvenil por microrregião do IBGE de 2000 a 2011, no Ceará

Nota: Destacamos que os dados referentes à microrregião de saúde de Fortaleza foram ocultados.

BARBOSA, IM. CÂNCER INFANTOJUVENIL: RELAÇÃO COM OS POLOS DE IRRIGAÇÃO NO ESTADO DO CEARÁ. Projeto de Pesquisa apresentado ao Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará –UFC, requisito final para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Momentos importantes na Linha do Tempo

1900-1950

No mundo:

RCBP em
Hamburgo
Massachussets
Mecklenburg
Kopenhagem

No Brasil:

Notificação do
câncer na DO
Criação do
Serviço Nacional
de Câncer
1º Encontro
Internacional de
RCBP na
Dinamarca

1965

Fundação da
Agência
Internacional
de Pesquisa
em Câncer -
IARC

1967-1973

RCBP - Recife
RCBP - São Paulo
RCBP - Fortaleza
RCBP - Porto Alegre

CNCC/DNDCCD
(incentivo a ter 1 RCBP
por cada região)

1975-1985

RNPT

1º RHC padronizado
pelos critérios
internacionais da
IARC

1º treinamento para
Registradores de
Câncer / INCA

1986-1991

2º treinamento para
Registradores de
Câncer / INCA

RCBP – Goiânia
RCBP – Belém
RCBP – Campinas

Câncer no Brasil:
Dados dos RCBP vol.
I (5 RCBP)

Momentos importantes na Linha do Tempo

1992

ABRC

1993-1998

Portaria GM/MS nº 171
(SIPAC-ONCO)

Câncer no Brasil: Dados
dos RCBP vol. II (6 RCBP)

1ª versão do SisBasePop

17ª Conferência Anual da
IACR/IARC - no Rio de
Janeiro

Portaria SAS/MS nº 3535
Criação da Fundação
Oncocentro de São Paulo
- FOSP

1999-2002

Programa de
Avaliação e Vigilância
- PAV/INCA

1ª Reunião de
Consenso para
RHC/INCA

Atlas de Mortalidade
por Câncer no Brasil:
dados de 1979-99

2003-2004

Câncer no Brasil:
Dados dos RCBP
vol. III (16 RCBP)

1ª versão do
SisRHC

Criação do Portal
da Vigilância do
Câncer no site do
INCA

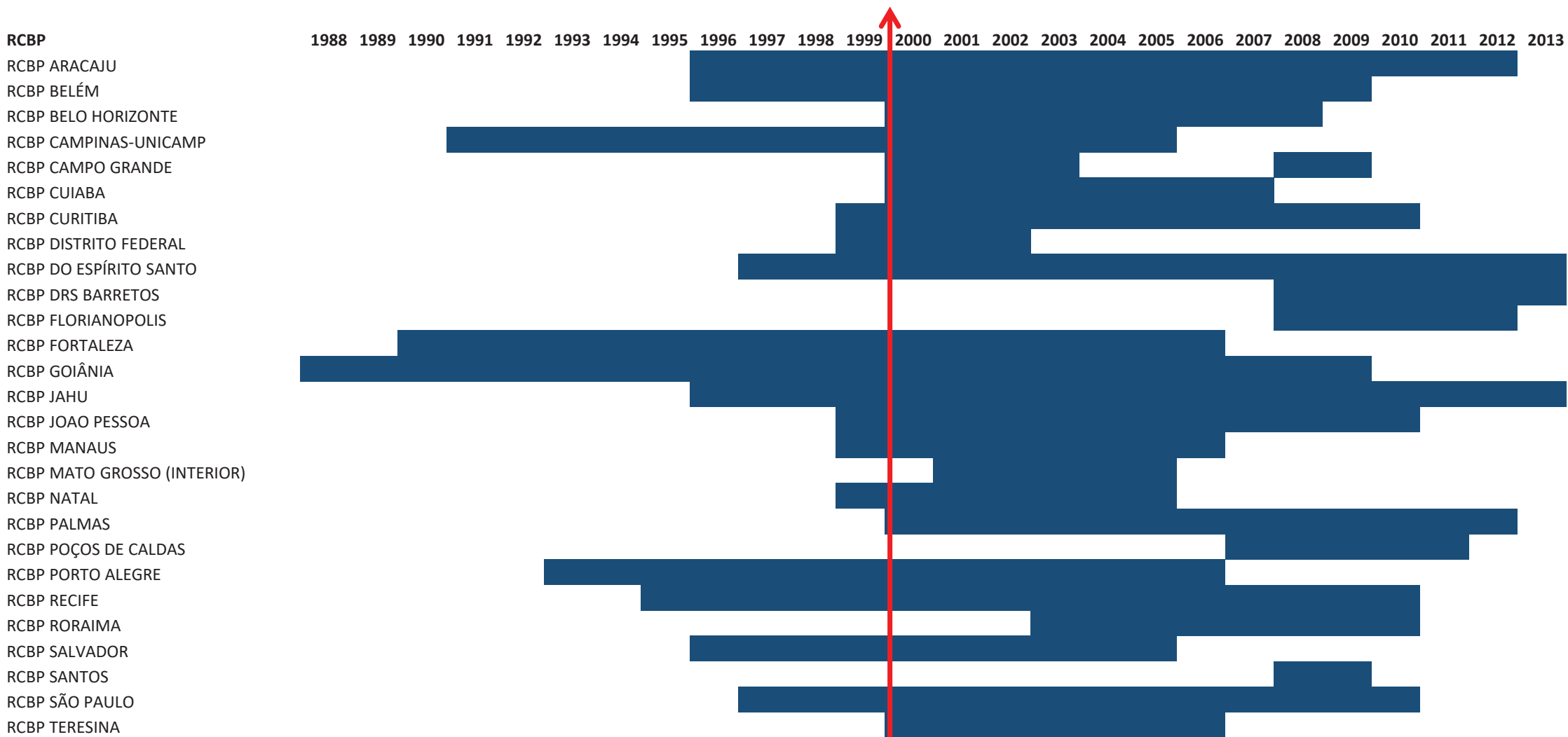
2005-2006

Portaria GM/MS nº
2607 (recursos do
Teto da Vigilância em
Saúde para 20
RCBP) parceria com
SVS

Portaria GM/MS nº
2439 (PNAO)

28ª Conferência
Anual da IACR/IARC
- em Goiânia

Registros de Câncer de Base Populacional - Brasil



Programa Nacional de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco (PAV)

SUCESSO!

Reconhecimento internacional

Produtos

Ferramentas

Nível de discussão

Dados consistentes

Séries históricas



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 2.412, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2016

Desabilita os entes federados ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando a Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, que regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação;

Considerando a Portaria nº 48/GM/MS, de 20 de janeiro de 2015, que habilita os entes federativos ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde;

Considerando o Parecer nº 03/2016/CIEVS/DEVIT/SVS/MS, de 9 de agosto de 2016, com avaliação do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde - Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);

Considerando o Parecer nº 01 de 2016/CGIAE/DANTS/SVS/MS, de 22 de setembro de 2016, com avaliação do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde - Serviço de Verificação de Óbito (SVO);

Considerando o Parecer nº 88/2016/CGDANT/DANTPS/SVS/MS, de 21 de setembro de 2016, com avaliação do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde - Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP);

Considerando o Parecer Técnico nº 13, de 2016/CGDT/DEVIT/SVS/MS, de 11 de outubro de 2016, com avaliação do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde - Vigilância Sentinela de Influenza; e

Considerando o Parecer nº 86/2016/CGDANT/DANTPS/SVS/MS, de 12 de setembro de 2016, com avaliação do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde - Projeto Vida no Trânsito, resolve:

Art. 1º Ficam desabilitados os entes federados ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde.

Art. 2º A desabilitação das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde desenvolvidos pelas Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e pelos Hospitais sob gestão federal listados no anexo a esta Portaria está em conformidade ao estabelecido nos artigos 12, 18, 24, 33 e 38 da Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeitos financeiros a partir de 1º de outubro de 2016.
RICARDO BARROS

Art. 1º Ficam desabilitados os entes federados ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde.

Art. 2º A desabilitação das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde desenvolvidos pelas Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e pelos Hospitais sob gestão federal listados no anexo a esta Portaria está em conformidade ao estabelecido nos artigos 12, 18, 24, 33 e 38 da Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014.

Ministério da
Saúde

Secretarias de
Saúde

RCBP

Trabalhadores do
registro

INCA

População

Obrigada!

