



CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)

Reunião nº 1 – 16/03/2016 – Auditório I do prédio sede da Direção Geral do INCA

Aos dezesseis dias do mês de março 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 em folha específica, anexa a esta ata, para deliberar sobre a pauta do dia, da qual constavam os seguintes assuntos: (1) Aprovação da ata de 16/12/2015; (2) Aprovação da Bendamustina pela ANVISA – Dr. Carlos Sérgio Chiattonne/ABHH; (3) Participação das sociedades de especialidades no processo interno do MS de discussão de novos procedimentos segundo preceitos de medicina baseada em evidências – Dr. Eduardo Weltman/SBRT; (4) Revisão de tabela de procedimentos do SUS; (5) Fosfoetanolamina; (6) Expansão da radioterapia; (7) Proposta de alteração do regimento. O Presidente do Conselho Consultivo do INCA, Dr. Luis Fernando Bouzas, deu por aberta à reunião e convidou a mim, Mara Lúcia Palmeirim Corrêa, para secretariá-la. Iniciada a sessão, o Presidente do Conselho agradeceu a presença de todos. O Presidente do Conselho passou à análise do primeiro item da pauta: **(1) Aprovação da ata de 16/12/2015** – Ata aprovada por unanimidade, com algumas ressalvas na forma feitas pela Dra. Inez. Em seguida, o Dr. Bouzas passou a palavra para o Dr. Carlos Chiattonne para relatar sobre o item **(2) Aprovação da Bendamustina pela ANVISA** – Dr. Carlos Chiattonne diz que a **Bendamustina**, medicamento desenvolvido na Alemanha Oriental, nos anos 1960, não é de custo muito alto como os novos antineoplásicos. Quando da primeira submissão à ANVISA, esta agência não aprovou. Foi submetida novamente à ANVISA, há mais de um ano, para primeira linha, para leucemia linfóide crônica, mas até a presente data, não houve resposta. O Dr. Chiattonne diz que gostaria que, por meio deste Conselho, fosse feito um questionamento. O Dr. Bouzas faz uma digressão e diz que há 100 dias está na direção do INCA e que tem trabalhado para resgatar a posição do INCA junto ao Ministério da Saúde (MS). Garante que houve uma mudança fundamental, para melhor, no relacionamento com o MS, acrescentando que o INCA tem sido convidado para participar de reuniões técnicas no MS. O INCA está voltando a ter papel preponderante, isso corroborado inclusive por escrito. O Dr. Bouzas acrescenta que, em todos os contatos e visitas realizadas, as pessoas que o recebem demonstram o anseio de que o INCA participe cada vez mais das ações do MS para o controle e prevenção do câncer, norteadas as condutas, políticas etc. a serem desenvolvidas. Neste cenário, a relevância do CONSINCA se dá, por exemplo, no



encaminhamento, de forma organizada, das necessidades de melhorias das ações de prevenção e controle do câncer. O Dr. Bouzas, voltando ao assunto exposto por Dr. Chiattonne, declara que o relato é pertinente. A Bendamustina é um medicamento descrito na literatura com resultados, bom controle da doença, baixo risco de toxicidade e baixo custo, sendo injustificável não se ter uma resposta da ANVISA. O Dr. Chiattonne cita outros medicamentos mais caros, cuja utilização foi aprovada pela agência. A Dra. Inez observa que o laboratório precisa demandar para ANVISA. A Dra. Inez acrescenta que o CONSINCA poderia se manifestar sobre a Bendamustina, porém, a Sociedade Brasileira de Hematologia e Terapia Celular já poderia estar se preparando para pautar a CONITEC, pois a aprovação pela ANVISA não significa incorporação e inclusão na Tabela do SUS. O Dr. Bouzas diz que se poderia preparar a documentação para a CONITEC, com questionamento sobre o que está acontecendo com análise da Bendamustina e, posteriormente, levantar a discussão sobre a indicação da Bendamustina para o tratamento do linfoma, pois na literatura já há indicação. A Dra. Inez, em relação à fala do Dr. Bouzas, sugere pautar a CONITEC, mas em separado. O Dr. Chiattonne pergunta à Dra. Inez se é possível ampliar o uso da droga para *off label*. A Dra. Inez responde que, estando o medicamento aprovado no País, por exemplo, para uma determinada doença, por exemplo, a Bendamustina para LLC, isto vai estar especificado na bula. A CONITEC para aprovar para outra indicação terá de trabalhar com esse conceito *off label*. O Dr. Bouzas lembra o caso da Carmustina, um antineoplásico barato, que foi tirado do mercado, por que mudou de fabricante. O Dr. Chiattonne se lembra de que foi discutida, no CONSINCA, pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a questão do desabastecimento de medicamentos e, solicita que isso seja resgatado. O Dr. Chiattonne pergunta se pode pedir a ampliação de uso da Bendamustina. A Dra. Inez sugere que sejam feitas solicitações distintas para as indicações, dizendo que todo o rito de solicitação está na Internet (www.conitec.gov.br). Em seguida, o Dr. Bouzas passa a palavra para o Dr. Eduardo Weltman, que relatou sobre: **(3) Participação das sociedades de especialidades no processo interno do Ministério da Saúde de discussão de novos procedimentos segundo preceitos de medicina baseada em evidências** – O Dr. Weltman declara que este assunto se baseia em experiência recente a respeito de radioterapia de intensidade modulada (IMRT) em cabeça e pescoço. Relata que a SBRT contratou uma empresa para fazer uma análise de custo/benefício dessa técnica, foi feito um estudo, baseado em evidências, enfim gastou-se tempo e esforço nisso. A técnica foi submetida à CONITEC que não autorizou. O Dr. Weltman expõe que, embora considere o Relatório da Conitec tecnicamente correto e não vá entrar no mérito dos argumentos que



constam da negativa, não concorda, tendo a SBRT considerado esta decisão muito autocrática. Considera, ainda, que deveria haver algum mecanismo para discutir o assunto, antes do parecer final. Avalia ser uma má prática não oferecer ao paciente essa terapêutica. O Dr. Weltman acrescenta ter tratado inúmeros pacientes com essa técnica, que estão muito bem. Além disso, algumas medicinas de grupo estão se recusando a pagar por esse tratamento, baseados no parecer da CONITEC. O Dr. Bouzas pergunta: Em que nível a discussão está no MS e se os autores foram convidados para irem à CONITEC fazer a defesa, pois geralmente isso acontece. A Dra. Inez esclarece que a CONITEC não é MS, é SUS, tem representação extra MS, sendo o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS) da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) a secretaria executiva da CONITEC. O Dr. Chiattonne diz que na CONITEC tem assento para um número enorme de pessoas, sendo uma expressiva maioria composta de não técnicos com direito a voto. A Dra. Inez acrescenta que na CONITEC os membros entendem de evidências científicas e de avaliação de tecnologias em saúde e, embora haja uma grande representação de secretarias do MS (ponto muito questionado) nunca isso impactou nas decisões, inclusive por ausência sistemática de representantes mais de duas delas às reuniões. O Dr. Weltman diz que foi feita uma contestação quanto ao parecer, mas não foi obtida resposta. A Dra. Inez se prontifica a verificar isso no DGITS/SCTIE e alerta sobre a possibilidade de se dar entrada num recurso à CONITEC. A Dra. Inez informa que é membro titular da CONITEC, representando a SAS, o suplente é o Coordenador-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, o Dr. Sandro José Martins. Informa, contudo, não ter participado da reunião na qual foi discutida essa terapêutica. Diz que é preciso verificar se não está claro no Relatório que não é impedimento para uso da técnica, esclarecendo que a CONITEC avalia incorporação de tecnologias com vistas à inclusão na Tabela do SUS. Acresce que não existe superioridade dessa técnica que justifique a incorporação e a inclusão como procedimento específico na Tabela. É preciso verificar no Relatório da Conitec se não está escrito claramente que se trata de incorporação como procedimento, com valor diferenciado da Tabela do SUS, pois, como técnica, nada está proibido de ser usado. A Dra. Inez ressalta que o uso dessa terapêutica reduz a quantidade de doentes atendidos por dia, pois é demorada. O Dr. Weltman concorda com a Dra. Inez no que diz respeito a este aspecto. A Dra. Inez, em continuação, explica que, em caso de adição de uma nova tecnologia, cria-se um novo procedimento, mas, quando é substituição, não se cria. Dependendo da decisão da CONITEC, ajusta-se a Tabela. O Dr. Weltman diz que gostaria de contar com a colaboração da Dra. Inez



para entrar com um recurso na CONITEC em relação à avaliação dessa técnica. Gostaria, também, de reforçar sua opinião de que as sociedades sejam ouvidas antes do parecer final da Comissão, assim como ouvir também o INCA. A Dra. Adelaide diz que já recebeu demandas relativas a essa técnica, e as responde com base na regulamentação do SUS, acrescentando a inexistência de norma que impeça o estabelecimento de saúde de executar a técnica. O Dr. Gustavo fala que a técnica influencia positivamente a qualidade de vida do doente. A Dra. Inez sugere fazer um grupo de trabalho para rever os procedimentos de radioterapia, à semelhança do que foi feito para a revisão dos procedimentos de Cirurgia Oncológica, composto por ela, a Dra. Teresa Reis, a Dra. Adelaide, representantes da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica e da Abifcc e mais dois representantes do Ministério da Saúde. A seguir, o Dr. Bouzas diz que essa questão da IMRT coincide com o item seguinte da pauta (4) **Revisão de tabela de procedimentos do SUS** – O Dr. Bouzas comenta que o INCA faz uma série de procedimentos, necessários (testes laboratoriais, procedimentos de acompanhamento de pacientes em tratamento), que vão sendo incorporados ao dia-a-dia da instituição, que não constam nas tabelas, criando, assim, uma série de dificuldades. Valeria a pena fazer um trabalho conjunto para verificar aqueles que têm relevância para os serviços de Onco-hematologia e tentar propor para o gestor. O Dr. Bouzas apresenta a Dra. Eliana Abdelhay, chefe dos laboratórios especiais e pesquisadora do INCA, para a qual solicitou colaboração para apresentar alguns exemplos de procedimentos que não constam toda Tabela do SUS. A Dra. Eliana diz que hoje em dia, cada vez mais, os testes moleculares são necessários, tanto para onco-hematologia, transplantes e, até mesmo, para a oncologia de modo geral, pois vários medicamentos precisam que os pacientes sejam testados antes do uso. Existem alguns exames laboratoriais que constam da tabela de procedimentos do SUS, como imunofenotipagem e citogenética convencional. Mas, hoje em dia, a citogenética convencional não é suficiente, é necessário ser molecular. A Dra. Eliana descreve alguns tipos de casos que necessitam de testes que não são codificados e, por conseguinte, não são pagos. Portanto, é necessário que estes testes entrem na Tabela do SUS. Apresenta alguns exemplos de testes que são feitos no INCA: Na área de biologia molecular são: 1) Quimerismos pós-transplante para acompanhamento da pega, 2) Diagnóstico e Acompanhamento de pacientes com LMC tratados com inibidores de tirosinoquinase (TKI) ou com transplante de células-tronco para definição de doença residual mínima (DRM), Identificação de mutação no domínio tirosinoquinase em pacientes com resistência aos TKI, 3) Mutações em genes prognósticos para LMA (sequenciamento), 4) Identificação de mutação em JAK2 em pacientes com doença



mieloproliferativa, 5) Identificação de rearranjos gênicos em leucemias mieloides agudas (LMA). Para a Imunogenética, o que falta ou está defasado é o sequenciamento dos 6 loci necessários no teste confirmatório de compatibilidade. Os exames de Oncovirologia incluem a detecção de vários vírus como Herpes, EBV, CMV, HH6, HH7, HH8, rearranjos de TCR e BCR no diagnóstico de linfomas ou LLC. Cada exame inclui a extração de DNA ou RNA e vários PCR sejam qualitativos ou quantitativos. O Dr. Bouzas sugere fazer a revisão da Tabela, das necessidades e indicações para submeter isso a CONITEC, mas há vários outros itens que não estão codificados. A Dra. Inez diz que seria o caso de pautar a CONITEC, pois são indicações muito claras. Quando não é uma questão de evidência, em vez de ser o rito completo, pode-se fazer mais simplificado, na forma de parecer técnico consubstanciado ou mesmo por nota técnica consubstanciada, o que nem seria o caso dos exemplos apresentados. O Dr. Chiattonne diz que no SUS somente dois centros fazem FISH, acrescentando que considera que poderia haver um pouco mais dinâmica nisso. O Dr. Gélcio comenta que, por exemplo, no caso de tumor sólido do adulto, visto os anti-EGFR, isso implica na realização do teste de PCR. Outro aspecto é que, atualmente, isso é patrocinado pelo fornecedor do medicamento, o que cria uma fragilidade. A Dra. Eliana diz que esses exames são simples, já há estrutura física montada, mas falta pessoal e recursos. O Dr. Felipe diz que na cirurgia oncológica também há alguns procedimentos como a quimioterapia intraperitoneal para câncer colorretal e pseudomixoma. Outro procedimento, que é inevitável, é a cirurgia micro-invasiva para câncer, que exige menos tempo de internação, menos uso de opioide, preparo mais rápido para adjuvância ou tratamento do paciente. Requer treinamento, mas é um procedimento que pode ser amplamente difundido no Brasil inteiro. O Dr. Felipe declara que gostaria de incluir esta pauta em uma próxima reunião, pois é necessário começar a discutir o assunto. Acresce outros pontos que gostaria de discutir: as atualizações na questão da linfadenectomia para alguns tumores e uso de grampeadores na esofagectomia.

Encaminhamento: O Dr. Felipe prepara o material para apresentar na próxima reunião. Em seguida, o Dr. Bouzas dá início ao item **(6) Proposta de alteração do regimento do CONSINCA** – O Dr. Bouzas apresenta as manifestações encaminhadas, antecipadamente, em relação ao texto da minuta do regimento. O Dr. Ricardo Curioso, da ABIFCC, o Dr. José Eluf Neto, da FOSP, e a Dra. Inez Gadelha, do Ministério da Saúde, não concordaram, pelo caráter nacional do CONSINCA, com a inclusão de entidades específicas do Rio de Janeiro (Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde), pois o Estado tem o CONASS como seu representante. A cidade do Rio de Janeiro é representada pelo CONASEMS. Dr. José Eluf Neto



também chamou a atenção para o aumento do número de membros do Conselho, caso os dois entes do Rio de Janeiro fossem incluídos. O Dr. Luiz Antônio Negrão Dias, da CMB, recomenda a substituição das entidades Associação de Celíacos e Alzheimer, que não têm relação com câncer, por entidades que lutam por usuários portadores de neoplasias. A Dra. Inez lembra que entregou suas sugestões por escrito e presencialmente e disse que a proposta de inclusão da CONITEC colocada como um órgão do MS está equivocada, pois a CONITEC não é do MS. Diz que seria mais adequado colocar o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Saúde (DGITS) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), que é a Secretaria Executiva da CONITEC. O Dr. Chiattonne diz que seria muito importante que a coordenadora da CONITEC fosse membro do CONSINCA. A Dra. Inez, continuando, diz que a SCTIE ficaria com dois representantes, um do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) e um do DEGITS, um dá cobertura ao outro. A Dra. Inez propõe que seja feito a mesma coisa com a SAS, ou seja, tirar a Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC) e colocar o Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET), pois a CGAPDC é do Departamento. Assim, a SAS também ficaria com dois representantes, do DAET e o Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU). O Dr. Chiattonne diz que, muitas vezes, se faziam nas reuniões do CONSINCA sugestões que fortaleciam o Conselho, mas havia e há certo constrangimento frente aos representantes do MS, que fazem parte do governo. Portanto, o Dr. Chiattonne diz fazer essa pequena observação se nesta composição não vai haver um número grande de pessoas que possa criar dificuldades de decisões autônomas. A Dra. Inez declara considerar que nunca houve qualquer constrangimento e sempre toma as discussões no CONSINCA como uma oportunidade, para os representantes do Ministério da Saúde de esclarecimento e de captação de sugestões que possam melhorar o SUS. O Dr. Eluff cita a inclusão do Grupo Assessor Técnico do CONSINCA (GAT-CONSINCA) no item “Do Funcionamento” na proposta do novo regimento. O Dr. Bouzas diz que o GAT-CONSINCA seria chamado a opinar em situações específicas e sugere fazer uma revisão da composição do GAT-CONSINCA. A Dra. Inez comenta o trecho, a seguir transcrito, dizendo considerar necessário verificar, juridicamente, se um membro do Conselho pode fazer a representação citada na proposta. *“Comissões Especiais serão constituídas em caráter provisório, designadas pelo Presidente do Conselho, com prazo previamente fixado, para representar o Conselho em reuniões, comissões, secretarias de saúde de estado ou município, ou ainda no Congresso Nacional, agências governamentais, entidades de classe ou científicas; em assuntos pertinentes*



à prevenção e controle do câncer e deverá elaborar e apresentar relatório ao Conselho”. A Dra. Inez também sugere a alteração do termo “sindicância” por “avaliação” ou “propositura”, no trecho também a seguir transcrito: “*Grupos de Trabalho serão constituídos em caráter provisório, designadas pelo Presidente do Conselho, para em prazo previamente fixado, proceder a estudo, sindicância e elaborar e apresentar relatórios sobre assuntos específicos ao Conselho*”. A sugestão de não inclusão das SES e SMS do Rio de Janeiro é aprovada. Quanto à manifestação relativa aos representantes dos usuários, é esclarecido que a indicação é feita pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e que deveriam constar como representante do CNS. Demais sugestões também aprovadas. **Encaminhamento:** Pautar o CNS para que os representantes tenham representação técnica para que possam contribuir com as discussões. Fazer consulta jurídica para o trecho que trata da representação e promover as alterações propostas e reencaminhar para os membros do CONSINCA para avaliação final e posterior publicação. O tópico seguinte é (5) **Fosfoetanolamina** – O Dr. Bouzas lembra que este assunto, que foi item de pauta da reunião anterior, teve um desdobramento: a aprovação, na Câmara dos Deputados, do Projeto de Lei (PL) nº 3454/2015, autorizando a produção, comercialização e distribuição da fosfoetanolamina. O Dr. Bouzas lembra que o encaminhamento dado na última reunião foi de elaboração de uma nota com o posicionamento do CONSINCA, mas que acabou não sendo feito. O Dr. Bouzas, continuando, comenta que houve, recentemente, matérias na imprensa sobre a aprovação do PL, apresentando, como exemplo, o artigo publicado pela revista *Veja*. E informa que o Instituto resolveu se manifestar por meio da divulgação de uma nota para a imprensa e alguns órgãos (que é apresentada). O Dr. Bouzas propõe que o conteúdo da nota seja revisto pelo CONSINCA, para uma posterior divulgação conjunta. O Dr. Gustavo pergunta se realmente o Supremo Tribunal Federal solicitou parecer ao INCA sobre a fosfoetanolamina. O Dr. Gélcio responde que sim, informando que foi elaborada uma nota técnica que segue basicamente o texto da nota aqui apresentada. O Dr. Gustavo relata que, após a aprovação do PL pela Câmara, teve uma reunião com o presidente do Conselho Federal de Medicina para discutir esse assunto e redigiram um posicionamento contra esse PL, que deverá ser publicado no jornal *Folha de São Paulo*. Relata, ainda, que a SBOC está tentando mobilizar os Senadores para demovê-los da ideia de aprovar o PL, que desmoraliza o sistema regulatório brasileiro inteiro. A Dra. Adelaide relata sobre duas demandas de pareceres sobre a referida substância, uma de um senador e outra de uma secretaria de município do Estado de Santa Catarina, que foram respondidas de modo técnico. O Dr. Gustavo diz que há pessoas importando a fosfoetanolamina para tomar,



acrescentando que tudo isso virou um *imbróglia*. O Dr. Bouzas lembra o grupo de trabalho sobre a fosfoetanolamina, instituído pelo Ministério da Saúde e do qual o INCA faz parte. Ressalta que os pareceres do INCA se baseiam no relatório elaborado por esse grupo. **Encaminhamento:** Encaminhar a nota por e-mail para avaliação e envio de sugestão, de todos, para posterior divulgação. A seguir o Dr. Bouzas pede a Dra. Inez para fazer um relato sobre **(7) Plano de Expansão da Radioterapia** – A Dra. Inez relata que o Ministro Alexandre Padilha, quando assumiu o MS, em 2011, chamou um grupo, da qual ela fez parte, para apresentar ideias para o período de gestão dele. Foi apresentada a questão da necessidade de fortalecer a organização e o tratamento do câncer, com foco muito grande na necessidade de atualização tecnológica. Foi feito um plano de fortalecimento da prevenção e controle do câncer do colo de útero e mama, conforme pedido da presidência da república, tendo sido a expansão da radioterapia incluída no plano, pois são dois tumores que exigem muita radioterapia. A Dra. Inez diz que o plano de expansão da radioterapia teve início aqui no INCA, quando houve uma reunião de um grupo composto por radioterapeutas, especialistas na área de qualidade em radioterapia, da física médica, sociedades de especialistas, etc. O plano foi concebido visando a ampliar os serviços já existentes ou criar novos, com a premissa de que se deveria interiorizar a implantação desses serviços. A partir daí, foi desenvolvido um processo de análise de todos os hospitais habilitados em oncologia, da cobertura regional a partir da produção. O INCA não entrou neste plano por conta da construção do Campus, que inclui as instalações de um novo serviço de radioterapia, e o Plano de Expansão do Ministério da Saúde inclui obra e equipamentos. Mas, ficou decidido aqui mesmo no INCA que, no momento de renovação dos equipamentos, o instituto pediria mais orçamento. O passo a seguir foi falar com os estados e municípios. Há estados muito problemáticos, como o Estado do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, que têm um alto déficit de serviços. Foi apresentada para os estados e municípios a necessidade de serviços de radioterapia baseada no número de casos estimados de câncer por ano. Todos os hospitais foram considerados, mais houve uma lista de priorização que ponderava, por exemplo, a idade dos equipamentos. Posteriormente, a Siemens, Varian e Electra foram chamadas. A Siemens não se interessou, pois passaria a trabalhar apenas com imagem. As duas outras concordaram com a proposta de contratação por serviço na qual as próprias empresas de equipamentos de radioterapia contratariam e gerenciariam as obras. Modo que já atuam no setor privado no Brasil e em outros países. Em média, no Brasil, estava-se levando de 5 a 6 anos para se implantar um serviço de radioterapia; com esse modelo, reduzir-se-ia em cerca de quatro anos. Porém,



questionamentos sobre embargos jurídicos por empreiteiras fizeram com que se voltasse ao modelo anterior, de licitações de obra separada da dos equipamentos. Na licitação, que teve como vencedora a empresa *Varian*, tentou-se colocar um mínimo de qualidade e celeridade, exigindo que a empresa fosse responsável pelo projeto básico e pelo projeto executivo. A Dra. Inez conclui dizendo que o número de 80 equipamentos foi baseado na capacidade produtiva de equipamentos pela empresa, que supre todo o mundo e não só o Brasil. Isso alinhado ao desenvolvimento produtivo industrial, isto é, na montagem de uma fábrica no Brasil, tendo sido o Estado de São Paulo o escolhido por apresentar melhores condições logísticas, como oferecer mais centros formadores de profissionais, dispor de maior número e tipos de profissionais qualificados, ter uma malha viária e aérea maior, etc. O Dr. Bouzas comenta que no Projeto Expande, nos anos 2000, o plano era implantar 28 aparelhos. O que foi quase completamente cumprido – ainda há quatro equipamentos a serem instalados – num prazo bem razoável, cerca de 10 anos, caso se compare com o que aconteceu na Inglaterra. Com relação ao plano de expansão, dos 80 se tem notícia de conclusão de apenas um *bunker*. A Dra. Inez diz que não se tem ideia de quando o projeto será concluído, pois muitos hospitais desistiram. O Dr. Weltman diz louvar toda a iniciativa, pois o projeto foi muito bem feito. Contudo, a principal questão em relação à radioterapia é a má remuneração do serviço, o que talvez desestime a implantação, pois não há retorno financeiro para manutenção dos equipamentos. A Dra. Inez diz que não é isso que é alegado. O Dr. Bouzas comenta que não há informação completa sobre a amplitude do programa de radioterapia. O Dr. Weltman diz que a SRT está contratando uma empresa para fazer o levantamento de custos de manutenção. Acrescenta que, do ponto de vista financeiro, a radioterapia é deficitária e não é um bom negócio. O Dr. Bouzas diz que considera ser necessário haver alguma ação para se ter uma análise acerca da questão da radioterapia no País, acrescentando que ainda se teria déficit de atendimento, somando-se os equipamentos que estão em funcionamento e mais os 80, trabalhando em dois turnos. A Dra. Inez diz que essa questão da manutenção sempre foi tema no CONSINCA e ressalta que o plano não é de substituição de equipamentos. O Dr. Bouzas lembra que no Rio de Janeiro a radioterapia está sob judicialização. A juíza além de atuar na questão dos equipamentos também está fazendo demandas na questão de contratação de recursos humanos (técnicos, físicos e médicos), pois há um déficit muito grande. O Dr. Bouzas comenta sobre o curso do INCA em conjunto com o **Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)/SGTES**, para a formação de técnicos. O Dr. Weltman, voltando à questão dos custos, diz que para baratear a fabricação de equipamentos no



Brasil seria necessário haver isenção fiscal. A Dra. Inez diz que não é bem assim e que tudo é previsto. O Dr. Bouzas pede para o Dr. Weltman verificar se vale a pena ter algum movimento em relação a isso e acompanhar o plano de expansão para fazer alguma coisa para ajudar.

Informes gerais: O Dr. Felipe relata que foi publicado no final do ano passado um estudo de coparticipação mostrando registros de câncer no mundo inteiro. Pelos resultados desse estudo, verifica-se que apenas 20% dos pacientes com câncer têm a cirurgia adequada, no tempo certo, da forma certa, com resultado mínimo adequado. Informa ainda que a SBCO tem um o projeto de cirurgia segura e acessível para câncer. A ideia é iniciar com um projeto piloto para os tumores mais incidentes e posteriormente expandir. Ressalta que o projeto envolve não só o registro, mas também uma campanha de informação para população, a ponto de se criar uma semana de cirurgia segura. A SBCO está tentando envolver outras instituições nesse projeto e gostaria do apoio do INCA, assim como de discutir o assunto. A Dra. Inez pergunta se o projeto está alinhado com o Programa Nacional de Segurança do Paciente. O Dr. Felipe diz que não é somente um *check list*. Esse registro verificaria desde o diagnóstico, tratamento e sobrevida. O Dr. Bouzas diz que o Coordenador de Assistência do INCA, Dr. Gélcio, tem a demanda de organizar o registro de controle de seguimento dos pacientes. Inclusive o desenvolvimento de um sistema informatizado que pudesse captar esses dados de sistemas já existentes. O Dr. Bouzas diz que seria interessante convocar uma reunião para conversar sobre isso. O Dr. Bouzas agradece a presença de todos e considera que a reunião de hoje tratou de temas relevantes. Encerramento: O Dr. Bouzas agradeceu a presença de todos e deu por encerrada a reunião. ***Eu, Mara Lúcia Palmeirim Corrêa, redigi e encerro a ata. Rio de Janeiro, 16 de março de 2016.***