

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA**  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA**  
**Reunião Ordinária**  
**27 / 06 / 2012**

---

**A T A**

---

**Participantes:**

**Sociedades técnico-científicas:**

Ademar Lopes – **Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica**  
Anderson Silvestrini – **Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica**  
Carlos Sérgio Chiattonne – **Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**  
Célia Maria Paes Viegas – **representando a Sociedade Brasileira de Radioterapia**  
Cláudio Galvão de Castro Júnior – **Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica**  
Cristiane Sanhotene Vaucher – **Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica**  
Hiram Silveira Lucas – **Sociedade Brasileira de Cancerologia**  
José Eluf Neto – **Fundação Oncocentro de São Paulo**  
Luiz Antonio Negrão Dias – **CMB**

**Ausências justificadas:**

Robson Ferrigno – **Sociedade Brasileira de Radioterapia**  
Rosalina Jorge Koifman - Abrasco

**Prestadores de Serviços ao SUS:**

Aristides Maltez Filho – **ABIFCC**  
Ricardo José Curioso da Silva - **ABIFCC**  
Rodolfo Acatauassú Nunes – **ABRAHUE**

**Gestores:**

Ausentes:  
Eliana Maria Ribeiro Dourado - **CONASS**  
Suely das Graças Alves Pinto - **CONASEMS**

**Ministério da Saúde**

Maria Inez Pordeus Gadelha – **Departamento de Atenção Especializada** (Diretora- Substituta)  
Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva – **Diretor-Geral do INCA**

**Representantes dos Usuários do Fórum Nacional de Portadores de Patologia:**

Lilian Aliche – **ABRAZ**

**Ausência justificada:**

Nildes de Oliveira Andrade – **ACELBRA / UNIFESP**

**INCA**

**Diretores:**

Carlos Frederico – **HCIII / INCA**  
Carlos Debenedito – **HC IV / INCA**

**Coordenações:**

Cláudio Noronha – Coordenador Geral de Ações Estratégicas  
 Antonio Bertholasce – DARAO/CGPV/INCA  
 Ana Ramalho - Conprev  
 Eduardo Barros Franco – Coordenação de Prevenção e Vigilância  
 Élcio Novaes – Coordenador Geral de Gestão Assistencial – CGGA/INCA/MS  
 Gustavo Advíncula – CGGA  
 Maria Adeláide Werneck – Área de Regulação e Normas Técnicas  
 Reinhard Braun – Coordenação de Planejamento / INCA

Rosamélia Queiróz da Cunha – Chefe de Gabinete  
 Alexandre Pandino

**Ausências justificadas:**

Luiz Fernando da Silva Bouzas – CEMO / INCA  
 Reinaldo Rondinelli – HC II / INCA  
 Sylvio Lemos – HC I / INCA

**Convidados:**

Sandra G. Gomes Lima – **Divisão de Farmácia / INCA**  
 José Getúlio Segalla – **Oncologista Clínico**

**1. Aprovação da ata da reunião de 14 / 12 / 2011:**

Aprovada, sem ressalvas

**Dr. Santini** dá início à reunião, dando às boas vindas e mencionando que, se alguém desejar inserir assuntos, deve fazê-lo.

**2. INFORMES:****2.1 Desabastecimento de medicamentos oncológicos.....Gustavo Advíncula e Sandra Gomes**

A Farmacêutica Sandra Gomes, Chefe da Divisão de Farmácia do INCA, menciona a reunião que houve em Brasília, apresenta os desdobramentos ocorridos a partir da apresentação do relatório final do grupo de trabalho sobre o desabastecimento de medicamentos oncológicos: 1) Relatório final encaminhado à Secretaria de Atenção à Saúde/MS, por meio do Memo Gab.INCA 009/2012, datado de 12/01/12; 2) Em 24/04/12, ocorreu, no Edifício-Sede do Ministério da Saúde, reunião solicitada pelo Dr. Zich Moysés Júnior, Diretor do DECIIS/SCTIE/MS. A pauta da reunião foi a falta de medicamentos para a Oncologia no Sistema Único de Saúde, com a presença de representantes da Alanac, Abifina, Abifiqui, Farmabrazil e Sindusfarma, além da Fiocruz, DAE/SAS/MS e INCA/SAS/MS. Na oportunidade, foi apresentado o resultado final das discussões do grupo de trabalho e a relação dos medicamentos, destacando ser um “retrato” daquele período. O objetivo principal da reunião foi sensibilizar os participantes quanto ao problema, ressaltando sua gravidade, e buscar conjuntamente estratégias para sua solução. Ao final da reunião, foi definido que as instituições ali representadas analisariam a lista de medicamentos atualizada pelo DAE/SAS/MS, quanto às prioridades, de forma a estabelecer as possíveis estratégias de produção/abastecimento dos

medicamentos. Em 15/05/12, por solicitação da Direção Geral do INCA, o tema foi apresentado na reunião do ConBio-INCA, com o objetivo de analisar seus impactos, conflitos e consequências sob o ponto de vista da Biotética. Na reunião do CONSINCA de 26/07/2012, foi discutida e ressaltada a importância da difusão do tema para usuários e população de uma forma geral, através do Conselho Nacional de Saúde, com a participação da Frente Parlamentar de Saúde. Além dessa ação, foi ainda enfatizada a necessidade de apresentar o tema à Subcomissão de Saúde da Câmara dos Deputados, destacando os aspectos éticos, de acesso e impacto político, todos amplamente discutidos durante as reuniões.

**Dr. Inez Gadelha** menciona que o DECIIS/SCTIE e o DAE/SAS já têm conhecimento da relação dos medicamentos que estão em desabastecimento; o DAE já complementou a análise e encaminhou para o DECIIS, para providências.

**Dr. Cláudio Galvão** menciona que não há possibilidade de terem conhecimento prévio de que a medicação vai faltar. Não há legislação que fale sobre a qualidade da informação, mencionando o caso da Asparaginase, que estava faltando no mercado e o laboratório responsável mencionava que o abastecimento estava normal. A ANVISA menciona a necessidade de haver uma lei que torne o assunto claro.

**Dra. Inez Gadelha** menciona que há dez anos vem alertando sobre o assunto a Farmanguinhos e ao Ministério da Saúde. Do ponto de vista do Ministério da Saúde, o que está sendo feito é solicitar aos laboratórios que informem. Enfatiza que quem produz a matéria prima para o mundo não está mais querendo produzi-la, o que torna o problema mundial.

**Dr. Luiz Antonio Negrão Dias** questiona sobre a posição da FIOCRUZ quanto à fabricação dos medicamentos, e a Sra. Sandra Gomes menciona que ela se coloca à disposição, inclusive para fazer parceira com outras entidades.

**Dr. Segalla**, como sugestão, menciona que a ANVISA deveria exigir que o laboratório que não estiver mais interessado em fabricar algum medicamento, ceda a tecnologia para outro laboratório.

**Dr. Cláudio Galvão** menciona que o Presidente dos Estados Unidos, Barack Obama, assumiu esta questão como um problema de segurança nacional e que esse assunto deve ser levado à imprensa.

Menciona-se que a ANVISA não tem como modificar o contrato.

**Dr. Santini** menciona que o Deputado Saraiva Felipe propôs-se a articular uma proposta diretamente à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, mas, não quis fazê-lo sem passar antes pelo Ministério da Saúde.

**Sugerido que o assunto seja levado ao Conselho Nacional de Saúde e à Imprensa.**

A **Sra. Lilian Aliche**, representante dos usuários, compromete-se a fazer gestões junto ao Conselho para que isto aconteça.

### 3. Revisão da Tabela de Procedimentos de Cirurgia Oncológica

**Oncológica.....Maria Adelaide Werneck**

**Dra. Maria Adelaide Werneck**, da Área de Regulação e Normas Técnicas, da Coordenação Geral de Gestão Assistencial – CGGA, do INCA, faz uma apresentação sobre o trabalho desenvolvido pelo Grupo de Trabalho constituído

pelo CONSINCA para revisão dos procedimentos de cirurgia oncológica. Divide a apresentação em três tópicos: I Histórico; II Realizada e III Encaminhamentos.

**I Histórico:** Procedimentos do INAMPS; Já existente na tabela do SUS internacional: dígito “7” – valoração diferenciada. Tabela unificada – grupo 04 procedimento cirúrgico; subgrupo 16 Cirurgia Oncológica; Forma de Organização 01 – 13. Menciona que a revisão da Cirurgia Oncológica foi realizada em: 2005 – revisão técnica inicial; 2007 – conceito de cirurgia sequencial; 2009 – início da elaboração das descrições dos procedimentos e uso do conceito de cirurgias sequenciais; 2010 – continuação da elaboração das descrições – exceto ortopedia e uso do conceito de cirurgias sequenciais minimizado. 2011 – processos amadurecidos / formação de grupo de trabalho.

2012 – Grupo de Trabalho: 05 representantes:

- Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer - 01
- Departamento de Atenção Especializada – Secretaria de Atenção à Saúde - 01
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/MS – 02
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica – 01

Atuação do Grupo de Trabalho: **1)** reuniões de trabalho – janeiro a abril em um total de 14 (120 horas); **2)** processo de trabalho – revisão passo a passo; **3)** revisão técnica / gerencial / operacional; **4)** avaliação atributo a atributo em cada procedimento (atributo – procedimento, descrição, origem, modalidade, instrumento de registro, tipo de financiamento, valor ambulatorial total, valor hospitalar SP, valor hospitalar SH, Valor Hospitalar Total, atributo complementar, sexo, idade mínima, idade máxima, CBO, CID, Habilitação, Sequencial, OPM e Serviço / Classificação.5) Todos os procedimentos com descrição da cirurgia; 6) Incorporação tecnológica – linfonodo sentinela, peritonectomia; 7 ) Proposta de valoração a maior; 8) Pré-formatação para emprego na CGSI; 9) Procedimentos trabalhados.10) Avaliação do grupo de trabalho: trabalho rico: troca de experiências e saberes; debates acalorados; trabalho colossal: planilha final = 5.600 linhas; cumpriu-se o cronograma; objetivos iniciais alcançados. Encaminhamentos: À CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica no SUS; formatação final e testes no sistema – CGSI/DRAC; estudo de impacto nas valorações – DAE/SAS; formatação de portaria – DAE/SAS; publicação de portaria.

Todos elogiam o trabalho feito e Dr. Aristides Maltez Filho sugere que todas as sociedades, isoladamente, assumam uma posição de apoio ao CONSINCA.

**Dr. Luiz Antonio Negrão Dias** menciona que o trabalho teve início com o Dr. Maltoni e, agora, está pronto. Enfatiza que a Cirurgia Oncológica está defasada há muito tempo. O paciente leva três meses para iniciar o tratamento o que aumenta o custo do tratamento sistêmico.

**Dr. Ricardo Curioso** enfatiza que o problema está na porta de entrada.

**Dr. José Eluf** diz que observa o que acontece em São Paulo, onde o tempo de espera é de cinco meses. Considera uma contradição falar-se em detecção precoce.

**Dr. Aristides Maltez Filho** enfatiza que não é mudando a tabela que se mudará o sistema. O principal problema é o desentendimento entre as esferas estaduais, municipais e federais. Mais uma vez, elogia o trabalho feito de revisão da tabela de procedimentos de cirurgia oncológica.

**Dr. Santini** demonstra a sua satisfação pelo trabalho apresentado.

**4. Preço do Rituximabe para os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia.....Inez Gadelha**

**Dra. Inez Gadelha** historia a negociação de preços do Rituximabe para venda aos hospitais habilitados em oncologia no SUS, que resultou no Acordo no. 06, publicado no DOU:

R\$ 6,10/mg – setembro a dezembro de 2010.

R\$ 5,45/mg – janeiro a dezembro de 2011.

R\$ 4,10/mg – janeiro a dezembro de 2012.

Em caso de variação superior a 10% (dez por cento) em aumento ou diminuição da produção estimada pelo Ministério em torno de 10.000 (dez mil) procedimentos entre o período de dezembro de 2010 a novembro de 2011, haveria renegociação do valor acordado para 2012.

Os partícipes se comprometeram até o dia 10 de dezembro de 2011 a avaliar conjuntamente os valores acordados.

Caso houvesse novas indicações de uso do produto em oncologia ou incorporação para outros usos que porventura venham a significar compras centralizadas pelo Ministério, haveria renegociação de preço.

Com o acordado, seguiram-se as etapas:

⇒ **Portaria SAS 420, de 25/08/2010.**

Após negociação de preço, cria o procedimento específico de quimioterapia de 1ª linha do Linfoma Difuso de Grandes Células B, no valor mensal de R\$ 6.804,69.

⇒ **Portaria SAS 720, de 20/12/2010.**

Conforme negociação de preço, adequa o valor mensal do procedimento para R\$ 6.164,89.

⇒ **Aditivo ao Acordo 06/2011.**

“Uma vez não atingida a quantidade de 10.000 (dez mil) procedimentos produzidos no período compreendido entre dezembro de 2010 e novembro de 2011, vender, a partir de 1º de janeiro até 31 de dezembro de 2012, o medicamento MabThera® 100mg e 500mg (rituximabe 100mg e 500mg), no âmbito do Sistema Único de Saúde, aos hospitais habilitados em oncologia pelo Ministério, ao preço de R\$ 5,45 (cinco reais e quarenta e cinco centavos) por miligrama.”

”Ficam ratificadas as demais cláusulas constantes do Acordo nº 006/2011 assinado em 29 de abril de 2011, publicado no DOU no dia 02 de maio de 2011, seção III, página 82.”

**VERIFICAÇÃO:** Preços do Rituximabe praticados junto a hospitais do SUS, inclusive exclusivamente públicos, até R\$ 12,00/mg – ou seja, acima dos de R\$ 5,45/mg acordados entre a Roche e o Ministério da Saúde.

**REUNIÃO EM 24/05/2012:** Os representantes da Roche estranham a informação e aventam a possibilidade de ser prática de algum distribuidor ou, então, tratar-se de venda para hospital que também atende pelo setor privado, não SUS. Informa que a Roche remunera o distribuidor por fora, como custo de logística, para garantir a venda pelo valor acordado com o Ministério da Saúde.

Os representantes do MS informam que a reclamação vem tanto de hospitais públicos (sem atendimento pelo sistema privado) como de hospitais filantrópicos, e que há caso de venda direta pela Roche.

**ENCAMINHAMENTO:** A Roche fica de enviar a planilha com a venda por hospital (SUS e não SUS) com as quantidades do medicamento e os valores.

**REUNIÃO EM 19/06/2012:**

A Roche verificou que a quebra do Acordo dava-se por contratos anteriores, não ajustados após o Acordo ou por iniciativa de distribuidor, e que todos os preços foram ajustados ao acordado, independentemente do hospital, local e distribuidor.

O MS comunicou que seria dado este informe ao CONSINCA, hoje, com a solicitação de que os hospitais e entidades participem do controle dos preços praticados, informando ao INCA ou ao MS quando a maior do acordado, para as que se tomem as providências cabíveis.

**5. Plano de Expansão da Radioterapia no SUS:**

**Histórico.....Santini**

**Apresentação..... Inez Gadelha**

**O Dr. Santini** agradece ao Sr. **Reinhard Braun** pela apresentação sobre o histórico do Plano e menciona que tem sido convocado por várias entidades, **inclusive pela ABIFICC**. Menciona que a apresentação do Sr. Braun fará o resgate histórico, em função da falta de memória do País.

**O Sr. Braun** inicia a apresentação sobre as iniciativas do Ministério da Saúde em Radioterapia desde 1996: proposição de Criação dos Centros Regionais de Controle do Câncer; 1999 – Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (ReforSUS) – Programa de Modernização Gerencial e Reequipamento da Rede Assistencial Privada do SUS. – 2000 – Projeto de Expansão da Assistência Oncológica: Projeto Expande – Coordenação do INCA. Plano Nacional de Expansão da Radioterapia. Projetos de Implantação de Radioterapia com a participação do INCA – 07 Projetos do REFORSUS / REEQUIPAMENTO; 24 Projetos do Projeto Expande: equipamentos de radioterapia. Entre os 24 projetos: 13 projetos implantados: equipamentos instalados e serviço funcionando; 11 projetos em andamento – serviço ainda não funcionando para a população. Cita as Unidades Implantadas relativas ao Projeto Expande e as que ainda estão em fase de implantação. Apresenta um quadro com o fluxo dos Projetos Expande, mencionando as fase de seleção: de 3 a 6 meses; fase de planejamento – 1 a 2 anos e fase de execução – 1,5 a 2,5 anos. Faz menção ao histórico das portarias relacionadas ao controle do câncer:

- **Portaria nº 3.535/GM**, de 02 de setembro de **1998**, que estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia a fim de garantir o atendimento integral aos pacientes e estabelecer uma rede hierarquizada de assistência no âmbito do SUS;
- **Portaria nº 2.439/GM/MS**, de 08 de dezembro de **2005**, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (CONSINCA);
- **Portaria nº 741 SAS/MS**, de 19 de dezembro de **2005**, que orienta a estruturação da alta complexidade na rede de atenção oncológica e estabelece parâmetros mínimos de necessidade e produção de serviços;
- **Portaria nº 62 SAS/MS**, de 11 de março de **2009**, atualizada pela **Portaria n. 102**, de 3 de fevereiro de 2012, que orienta a integração hospitalar dos serviços isolados de radioterapia e de quimioterapia e atualiza a relação de todos os hospitais na alta complexidade em oncologia;

- **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de **2011** que regulamenta a Lei 8.080 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- **Portaria nº 451 SAS/MS**, de agosto de **2011**, que constitui o Grupo de Apoio Técnico de Trabalho com a finalidade de redefinir a Política Nacional de Atenção Oncológica. Secretaria Técnica do Grupo Técnico de Trabalho - INCA.

Quanto ao Programa Mais Saúde (2007-2011)

PROGRAMA MAIS SAÚDE 2008 - 2011

EIXO 2 – ATENÇÃO À SAÚDE

DIRETRIZES

Integrar as ações de promoção, prevenção e assistência numa perspectiva ampla de atenção à saúde, recuperando-se o papel de indução do Gestor Federal, de modo a articular e organização das redes de saúde com a perspectiva de um modelo de desenvolvimento voltado para a equidade em sua dimensão pessoal e territorial. Priorizar em todas as medidas as metas do Pacto pela Saúde, referentes à saúde do idoso, ao controle do câncer de colo do útero e da mama, 1ª Edição 2007 – Medida 2.17 – Ampliar a oferta e o acesso a serviços da rede nacional de atenção especializada ambulatorial e hospitalar de forma descentralizada e regionalizada. Faz menção às metas, à meta física e à meta financeira.

Ações realizadas pelo INCA:

- Em 2007 foi constituído um grupo de trabalho no INCA para apresentar diagnóstico e plano de ação para continuidade do EXPANDE, com as seguintes conclusões:
  - Modelo desgastado;
  - As obras não são concluídas nos prazos estabelecidos (longo período de armazenamento dos equipamentos, prolongando o tempo de implantação, desgaste político e jurídico pelo não funcionamento do serviço);
  - Dificuldade de fixação e interiorização de recursos humanos na área oncológica.
  - Necessidade de processo seletivo dos Hospitais, baseado em Hierarquização e cumprimento de “Caderno de Encargos”, condicionante para a compra dos equipamentos.
  - A relevância do Projeto para a sociedade sugere a sua continuação, devendo, porém, sofrer mudanças profundas no seu modelo.
  - Entre 2009 e 2010 foi contratada uma consultoria de Gestão, da Fundação Getúlio Vargas, com o propósito de realizar um **Estudo de Viabilidade para Expansão de Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.**

**Estudo de Viabilidade para Expansão de Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia**

DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO RADIOTERÁPICO NO BRASIL

Grupo de Trabalho

<input type="checkbox"/>	Ana Ramalho	CONPREV / INCA
<input type="checkbox"/>	Anna Campos	PQRT / INCA
<input type="checkbox"/>	Antonio Bertholasce	CONPREV / INCA
<input type="checkbox"/>	Camilo Mussi	ANVISA
<input type="checkbox"/>	Carlos Manoel de Araújo	Radioterapia / INCA
<input type="checkbox"/>	Edmur Flávio Pastorelo	CONASS

<input type="checkbox"/>	Neiro da Motta	Sociedade Bras. de Radioterapia
<input type="checkbox"/>	Homero Lavieri Martins	Assoc. Bras. de Física Médica
<input type="checkbox"/>	José Alberto Ferreira Filho	ANVISA
<input type="checkbox"/>	Luiz Antônio Negrão	Confederação das Santas Casas
<input type="checkbox"/>	Luiz Augusto Maltoni	INCA
<input type="checkbox"/>	Maria Helena Marechal	CNEN
<input type="checkbox"/>	Maria Inez Gadelha	CGAC / SAS / MS
<input type="checkbox"/>	Paulo César Canary	HUCFF / UFRJ
<input type="checkbox"/>	Ricardo José Curioso	ABIFCC
<input type="checkbox"/>	Rosamelia Queiroz da Cunha	INCA
<input type="checkbox"/>	Alexandre Pinto Cardoso	ABRAHUE

### **Eixo 1: Ampliação da assistência em radioterapia**

#### **Criação de novos serviços.**

Implantar um programa de incentivos para instalação de equipamentos em regiões com déficit de oferta. Esse programa deve contemplar, entre outras possibilidades, a facilidade de obtenção de financiamento a juros subsidiado, isenção de imposto de importação, isenção de IPI e isenção de ICMS, e a doação de equipamentos.

#### **Ampliação da capacidade instalada dos serviços**

Para os serviços já instalados, deve ser adotado um programa de incentivos mediante facilidades de obtenção de financiamento a juros baixos e isenção de impostos relacionados à compra, bem como a doação de equipamentos.

### **Eixo 2: Sustentabilidade econômica dos serviços de radioterapia**

#### **Reavaliação da tabela de procedimentos**

Manter atualizados os procedimentos de radioterapia da tabela do SUS, qualitativa e quantitativamente, incluindo os reajustes financeiros.

#### **Redução ou isenção de impostos**

Implantar uma política de redução ou isenção de impostos, extensiva a todos os equipamentos, peças e insumos, nacionais e importados sem similares nacionais, utilizados em radioterapia.

### **Eixo 3: Recursos Humanos**

#### **Regulamentar a atividade profissional de físicos para atuação em radioterapia.**

#### **Regulamentar os cursos de especialização para físicos que atuem em radioterapia.**

#### **Criar e regulamentar cursos de qualificação profissional para tecnólogos e técnicos, para atuação em radioterapia.**

### **Eixo 4: Regulação, avaliação e controle da assistência em radioterapia**

#### **Integração dos serviços isolados de radioterapia**

Manter o estímulo para a integração hospitalar dos atuais serviços isolados de radioterapia, desenvolvendo mecanismos para a manutenção operacional desses serviços.

#### **Manter o Programa de Qualidade em todos os serviços de radioterapia integrantes do Sistema Único de Saúde**

#### **Ampliar as atividades do Programa de Qualidade em Radioterapia, incluindo avaliações dos procedimentos terapêuticos nos moldes das instituições internacionais.**

#### **Avaliação da Produção.**

Manter a avaliação sistemática da produção e das metas dos serviços, identificando os serviços com inadequação das atividades e estabelecendo e aplicando medidas corretivas.

□ **Avaliação de novas tecnologias.**

Incentivar estudos que avaliem o custo-efetividade para subsidiar a incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS.

Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011 - 2022

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo Relatório de Auditoria – Política Nacional de Atenção Oncológica

RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

TC nº 031.944/2010-8

Ministro Relator: José Jorge

Objetivo: Avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica quanto ao bom uso dos recursos públicos, procurando contemplar aspectos relacionados à economicidade, eficiência, eficácia, efetividade e equidade da atenção à saúde na área de oncologia, em benefício da população brasileira que dela necessita.

Menciona o déficit de cobertura em Radioterapia por Região-BR, 2010

Plano de Expansão da Radioterapia (2012) – 80 Projetos

48 Novos Serviços de Radioterapia e 32 Projetos

Proposta de Macro-Ações para Melhoria da Radioterapia (2011)

- Criação do Programa Nacional
- Implementação do Programa
- Aumento da produção nos CACON/UNACON
- Expansão dos CACON regionalmente
- Estudo do modelo de Parcerias Público-Privadas

Divisão das Ações no Tempo:

Curto prazo:

- Criação do Programa Nacional de Ampliação e Qualificação da Rede de Atenção Oncológica; - Padronização nos projetos de construção de casamata (Bunker);

Médio prazo:

- Implementação do Programa Nacional de Ampliação e Qualificação da Rede de Atenção Oncológica com objetivos de: incentivar o crescimento regional dos Cacon já existentes; estimular ao aumento da produção das unidades existentes, incluindo incentivos à atualização tecnológica; melhorar de recursos para diagnóstico e registro; criação de plano de capacitação profissional e implementar rede de cuidados paliativos.

Longo prazo: estudo de viabilidade no modelo de PPP; modelagem de Centros de Tratamento Público-Privados, que atendam ao SUS e convênios.

Menciona a linha do tempos para as ações como curto (até 06 meses), médio (até 05 anos) e médio (até 03 anos); longo prazo 03 a 12 anos).

Portaria GMMS nº 931, de 10 de maio de 2012, que institui o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS).

Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS)

**Artigo 4º** - Fica instituído o **Comitê Gestor** do Plano Nacional de Expansão da Radioterapia no SUS, que será composto pelo:

- I. Secretário(a) Executivo(a) do Ministério da Saúde (SE), que o coordenará;
- II. Secretário(a) de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS);
- III. Secretário(a) de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE); e
- IV. Diretor-Geral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS).

**Artigo 5º** - Fica instituído o **Comitê Executivo** do Plano Nacional de Expansão da Radioterapia no SUS, que será composto pelas seguintes áreas:

- I. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS/SCTIE), que o coordenará;
- II. Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS);
- III. Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE);
- IV. Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA/SE), e;
- V. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS)

§1º O Comitê Executivo terá a seguinte estrutura:

- a. Gerência de Projeto, exercida pela Coordenação-Geral de Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde (CGEMS/DECIIS/SCTIE) e com apoio do DAE/SAS e do INCA/SAS;
- b. Apoio Logístico, exercido em conjunto pela Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA/SE) e pelo Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE) e Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/SE), o âmbito de suas competências; e
- c. Coordenação Técnica, exercida pelo INCA/SAS.

**Artigo 10º - Caberá à Coordenação Técnica:**

- I. atuar como facilitador da implantação do Plano Nacional de Expansão da Radioterapia no SUS;
- II. contribuir para a implementação das diretrizes do Plano de Ações;
- III. apoiar tecnicamente o Comitê Gestor do Plano Nacional de Expansão; e
- IV. elaborar e consolidar relatórios semestrais que subsidiarão as reuniões do Comitê Gestor do Plano Nacional de Expansão.

**Apresentação da Dra. Inez Gadelha:**

Como o fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, o Governo Federal, pela própria Presidente Dilma Rousseff, lançou um conjunto de ações estratégicas em Manaus, em 22 de março de 2011, a saber: Ampliação e Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde para o controle do câncer.

Inicialmente, foi concebido o fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo uterino e de mama.

Posteriormente, o diagnóstico da situação da Radioterapia no Brasil, que ensejou à expansão da Radioterapia do SUS, enfocando os objetivos principais, as ações principais, os critérios para a pontuação e classificação dos hospitais, de exclusão de hospitais; critérios para a relação dos hospitais; critério de desempate dos hospitais. Como agenda: sensibilidade da tecnologia; modalidade de compra; termo de referência; responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e responsabilidades dos hospitais.

Como sensibilidade da tecnologia:

- Equipamentos de alta complexidade tecnológica;
- Tecnologia estratégica e sensível;
- Instalações físicas possuem características peculiares e distintas das construções ordinárias de estabelecimentos e unidades de saúde;

- Acelerador linear - peças e softwares são importados - custos sujeitos a flutuações cambiais:

Comprometimento da manutenção e disponibilidade dos equipamentos.

Uso de Políticas de *Offset* – Lei 12.349/2010

- Induzir o desenvolvimento da capacidade produtiva da indústria nacional;
- Estimular a produção local de produtos de alto custo ou de grande impacto sanitário e social;
- Estimular o desenvolvimento de fornecedores de partes e peças;
- Estimular e atrair centros de PD&I para o país;
- Ampliação da oferta de Serviços de Radioterapia, como, por exemplo, aceleradores lineares.

Continuidade do Plano de Expansão;

Centralização de compra:

- Otimização do processo de aquisição dos equipamentos;
- Maior agilidade na disponibilização dos serviços;
- Redução nos custos globais.

Menciona, também, a modalidade de compra, o termo de referência.

Menciona, ainda, 48 novos Serviços de Radioterapia; ampliação de 32 Serviços de Radioterapia.

Faz um resumo dos investimentos e menciona os próximos passos para a execução do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS.

Enfatiza, outrossim, a responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Hospitais.

E apresenta as estimativas assistenciais, considerando-se, grosso modo, que 80% da cobertura de radioterapia no Brasil se façam pelo SUS, assim ficariam os déficits pelo total de casos e de casos no SUS:

518.510	casos anuais – Brasil
384.340	casos anuais excluídos os de câncer de pele *
230.604	casos para radioterapia – Brasil
81.804	déficit de radioterapia - Brasil como se 100% dos casos no SUS
184.483	casos para radioterapia - SUS como se 80% dos casos no SUS
35.683	déficit no SUS como se 80% dos casos no SUS

\* A necessidade é correlacionada na produção radioterápica e não na necessidade de serviços de radioterapia, para evitar a superoferta de hospitais habilitados, uma vez que o tratamento do câncer de pele é essencialmente ambulatorial.

Logo, considerando-se somente os 80 serviços do Plano, aumenta-se a oferta de radioterapia em 32% e (80 a mais de 248) e reduz-se o déficit em 59% (80 a menos de 136 equipamentos de megavoltagem), que beneficiará os brasileiros como um todo, SUS e não SUS, já que os hospitais habilitados no SUS, em sua grande maioria não públicos, prestam serviços também ao setor privado.

Porém, caso se considere apenas o déficit estimado no SUS, os 80 equipamentos do Plano de Expansão, com o aumento de cobertura de mais 48.000 casos/ano, superaria o déficit de cobertura para os 35.683 casos. Isto, sem contar com os projetos em andamento, com serviços já implantados e por implantar, em vários hospitais em todo o Brasil, que se aproximam de 30.

Aos comentários, é sugerida a inclusão da Sociedade Brasileira de Física Médica, e a Sociedade Brasileira de Radioterapia põe-se à disposição para contribuir com o Plano.

