

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)
Reunião nº 3 de 19/09/2018 – Auditório I do prédio sede do INCA



Participantes:

Ana Cristina Pinho - Diretora Geral /INCA
Maria Inez P. Gadelha - SAS/MS
Claudia Garcia Serpa Osório de Castro - ABRASCO
Rosa najas - SBRT
Ricardo César Pinto Antunes - SBC
Alexandre Ferreira oliveira - SBCO
Cristiane S. Vaucher - SBEO
José Getúlio Segalla - ABRC
Roberto de Almeida Gil - SBOC
Marcelo Milone - SOBOPE
Nivaldo Barroso Pinho – SBNO
Mario Jorge Sobreiro – SOBRAFO
Rodolfo Acatauassú – ABRAHUE
Luiz Antônio Negrão – CMB
Pascoal Marracini – ABIFICC
Mariana Gomes de Almeida - DAET

Ausências justificadas:

Daniel Neves Fortes - ANCP
Carlos Sergio Chiattonne - ABHH
José Eluf Neto - FOSP
Nelson Hamerschlag - SBTMO
João Gabbardo Reis – CONASS

Mauro Guimarães Junqueira - CONASEMS
Adriana Melo Teixeira – DAHU/SAS/MS
Camile Sachetti – DCIT/SCTIE/SAS/MS
Arthur Felipe S. Brito – DGITS/SAS/MS
Paula Jonhs – CNS

Convidados INCA:

Ailse R. Bittencourt- Chefia de Gabinete/INCA
Gelcio Mendes - COAS
Mario Jorge Sobreira - COENS
João Viola - CPQ
Eduardo B. Franco - CONPREV/INCA
Luiz Fernando Nunes – HCII/INCA
Elcio Antonio Ali Novaes – HCI/INCA
Marcelo Bello – HC III/INCA
Germana Hunes - HC IV/INCA
Nelson Cardoso de Almeida – DIPLAN/INCA
Monica Torres – Div. de Comunicação/INCA
Renata Knust - COAS/INCA
Liz Maria Almeida- CPQ/INCA
Marise Rebelo – CONPREV/INCA
Arn Migowski – DARAO/CONPREV/INCA
Maria Beatriz Kneipp – CONPREV/INCA

Aos dezenove dias do mês de setembro de 2018, às 13 horas, no Auditório I do prédio-sede do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, reuniu-se o Conselho Consultivo do INCA – CONSINCA, com as presenças e ausências registradas acima, para deliberar sobre a pauta do dia: Revisão da Portaria SAS/MS nº 140/2014. A Presidente do CONSINCA, Dra. Ana Cristina Pinho, iniciou explicando que a reunião foi agendada excepcionalmente para às 13 horas porque na parte da manhã, a Dra. Maria Inez Gadelha estaria representando o Secretário de Atenção a Saúde em um evento no Rio de Janeiro. Em seguida, a Dra. Ana Cristina iniciou a discussão sobre a pauta do dia: **Portaria SAS/MS nº 140/2014** (*Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS*). Destacou que o objetivo é reforçar a cada dia, que o CONSINCA é o fórum essencial na área da prevenção e controle do câncer. Ressaltou que qualquer modificação ou alteração da Portaria e que qualquer modificação ou alteração neste sentido deveria nascer no CONSINCA ou pelo menos ser avaliada por este Conselho. Explicou que esta proposta de revisão precisa ser definida até o final do ano, que não se deveria deixar passar esta tarefa para o próximo governo e que, por questão de restrição orçamentária, não restaria tempo de articular reuniões ou encontros;

então, pensou estrategicamente em aproveitar este fórum para fazer análise dessa proposta de revisão. Em seguida, a Dra. Ana Cristina mencionou que a minuta de revisão da Portaria SAS/MS nº 140/2014 foi enviada por e-mail aos membros do CONSINCA, para análise, e solicitou que os participantes colaborassem com suas considerações. A Dra. Ana Cristina pediu à Dra. Maria Inez que esclarecesse de onde surgiu esta proposta de revisão da Portaria SAS/MS nº 140/2014, ressaltando que assuntos que não lograram êxito no passado estavam sendo novamente propostos e que em momento algum o INCA fora consultado ou informado a respeito desta proposta. A Dra. Maria Inez esclareceu que também só teve ciência dessa proposta quando ela chegou ao Gabinete da SAS. Lembrou que, quando a Portaria SAS/MS nº 140/2014 foi elaborada em 2013, houve problemas, pois teve a participação técnica do INCA, mas não do Conselho Consultivo do INCA – CONSINCA. A Dra. Maria Inez relatou que, quando esta proposta de revisão chegou o Gabinete da SAS, questionou de onde surgira a demanda e qual seria a necessidade de mudança, ressaltando que vinha participando das reuniões com o CONASS e CONASEMS sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, mas não se tratando especificamente da revisão da Portaria SAS/MS nº 140/2014. Informou, ainda, que a proposta inicial que recebeu incluía a criação de CEON's: CEON de Radioterapia, CEON de Quimioterapia, CEON de Oncologia Pediátrica, CEON de Hematologia. Ressaltou que a primeira coisa que pensou foi que CEON parecia nome de clínica de serviço isolado de quimioterapia. Lembrou que passou 20 anos trabalhando pela integração de serviços isolados, para não admitir mais essas situações, e sim oferecer ao paciente a assistência em oncologia integrada, chegando-se a criar o complexo hospitalar para poder incluir esses serviços isolados. Relatou que, em 1998, havia 181 serviços de oncologia herdados ainda do INAMPS, só que desses 181, na verdade só eram 91, porque 90 eram os serviços da isolados de radioterapia e de quimioterapia terceirizados computados no hospital, pois contavam-se as terceirizações no mesmo hospital; então uma Santa Casa, por exemplo, ou qualquer outro Hospital Geral, era contado separadamente como serviço hospitalar, como serviço de quimioterapia e como serviço de radioterapia. A Dra. Maria Inez relatou que, no Gabinete da SAS, esta demanda foi encaminhada pela Coordenação-Geral de Atenção Especializada – CGAE/DAET/SAS. Então, conversou com o Secretário da SAS e passou quase uma tarde inteira discutindo com a equipe, para que

conhecessem a história e os objetivos de todo este trabalho que havia sido feito desde 1998, tentando estruturar minimamente a assistência oncológica no SUS. Lembrou que na Lei nº 8080/1990, que criou o SUS, há especificamente o artigo 41, que é muito claro (*Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. - Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia*) e estabelece que o INCA e a Rede Sara são parâmetros assistenciais para o SUS. Ressaltou também que no próprio Regimento Interno do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 1419, de 08 de junho de 2017 – *aprova os regimentos internos e o quadro demonstrativo de cargos em comissão e das funções de confiança das unidades integrantes da estrutura regimental do Ministério da Saúde*) e desde que este Regimento existe, diz-se claramente que compete ao INCA fazer a coordenação, participar da coordenação da política, planejar e outras ações (*Art. 137 - Ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva compete: I - participar da formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer; II - planejar, organizar, executar, dirigir, controlar e supervisionar planos, programas, projetos e atividades, em âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das neoplasias malignas e das afecções correlatas; III - exercer atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos, em todos os níveis, na área de cancerologia; IV - coordenar, programar e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em cancerologia; e V - prestar serviços médico-assistenciais aos portadores de neoplasias malignas e afecções correlatas.*). Completou dizendo que, com a concordância do Secretário da SAS, orientou a equipe que esta proposta deveria ser encaminhada para o fórum correto, o CONSINCA. A Dra. Maria Inez recordou que, na Portaria SAS/MS nº 741/2005, quando se trocaram os nomes de alguns portes de CACON (Centro de Assistência Especializada em Oncologia) por UNACON (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), houve hospital que reclamou da mudança, porque era CACON 1, CACON 2 ou CACON 3, e virou UNACON. Só que, em 2003, o governo adotara um padrão para toda a alta complexidade, que classificaria os hospitais em unidades e centros e, assim, o impasse foi superado. Informou que a minuta de revisão da Portaria SAS/MS nº 140/2014, a qual os membros do CONSINCA

receberam, foi editada por ela. Ressaltou ainda que discutiu com a equipe da CGAE/DAET, a mesma equipe que participou da discussão anterior, e falou que, como estava proposto, CEON de hematologia dispensaria hospital e poderia ser uma clínica. Que a oncologia pediátrica, como a hematologia, não poderia nunca dispensar hospital, não poderia ser nunca uma clínica. Completou que o que estava sendo chamado de CEON de hematologia ou CEON de oncologia pediátrica é o UNACON habilitado com serviço de oncologia pediátrica, com serviço de hematologia ou exclusivo de uma dessas especialidades. A Dra. Maria Inez destacou que a intenção de simplificação é que era válida e que, ao invés de estar no corpo da Portaria, o laboratório, a fisioterapia etc., muito entrou como anexo. No lugar de dizer que o hospital não é obrigado a ter fenotipagem, ele terá que dispor desse exame, mesmo que venha de outro serviço. Criou-se um anexo que vem com todos os serviços que têm de ser próprios e os que podem ser obtidos de outra unidade. Acrescentou que outra coisa necessária foi acabar com o parâmetro populacional, porque desde 1998 buscou-se para o Brasil desenvolver um Sistema de Registros de Câncer, publicados a cada dois anos pelo INCA, que tinha uma referência para poder utilizar, que é o número estimado de casos novos de câncer, e cada vez mais foi melhorando a qualidade dos registros. Explicou que, se um Serviço de Radioterapia no SUS tem de atender no mínimo 50 pacientes por mês, o qual corresponde a 600 pacientes por ano, partindo-se do parâmetro que 60% dos pacientes de câncer necessitam de radioterapia; então o mínimo que o hospital com um equipamento de radioterapia poderia atender seriam mil casos novos anuais. Relatou que fez as contas, tomou como base a população e as estimativas de casos novos, e surpreendentemente demonstrou que se o Brasil, pelos casos novos, precisaria de 417 hospitais produzindo o mínimo, pela população teria dado 441, diferença de menos de 10%, perfeitamente. Na região Sudeste, de 174; a necessidade por casos novos seria de 192. Na região Centro-Oeste, aumentaria de 31 para 32, ou seja, na região Centro-Oeste considerando casos novos ou população, daria a mesma coisa. O problema estaria nas regiões Norte e Nordeste, com grande diferença mais pela qualidade de informação e disponibilidade de hospitais. A Sra. Maria Beatriz Kneipp acrescentou que essa foi a maior discordância em 2013, porque 500 mil habitantes seriam a média que iria valer para o Brasil inteiro. Relatou que, quando a Política foi para a consulta pública, solicitaram a correção para câncer pediátrico, e acataram, mas não para excluir esse

parâmetro populacional que estavam colocando. Destacou que no caso da região Sul, iria ficar sub-estimada a necessidade, e no Nordeste ficaria superestimada. Ao final, a Portaria ficou com três parâmetros: 350.000 (regiões Sul e Sudeste) habitantes, 500.000 (demais regiões) e 900 casos novos. Obviamente, uma decisão contraproducente propor mais de um parâmetro para estimar necessidade de hospitais. A Dra. Maria Inez continuou informando que, se, por exemplo, o INCA produz 08 vezes o equivalente ao mínimo, terá que ser computado como 08 vezes. Assim, se o Estado do Rio de Janeiro precisasse de 20 hospitais habilitados, na verdade, ele precisaria de 13. Esta orientação também não entrou na Portaria SAS/MS nº 140/2014. Explicou que foram essas coisas que corrigiu, e a maior diferença nessa questão do parâmetro foi no Norte e Nordeste, como era de se esperar; mas, mesmo que queiram dizer que precisam ter mais hospitais, não há hospital para ser habilitado. Essa é uma questão maior de desenvolvimento regional, não é isolada da necessidade da região de se desenvolver, porque não adianta ficar construindo hospital sem haver recursos humanos, tecnologia, porte tecnológico necessário e sem que seja acoplado ao próprio desenvolvimento regional. Explicou que é por isso que na minuta de revisão da Portaria SAS/MS nº 140/2014, que foi passada a todos do CONSINCA, voltou-se ao padrão de mil casos novos anuais. Antes de abrir para a discussão, a Dra. Maria Inez ressaltou que, mesmo com essa edição, ainda estava preocupada com alguns pontos: o primeiro, são os serviços satélites, justificando que se preocupa muito com a segurança do paciente, o rebaixamento do atendimento em qualidade e importância da oncologia clínica para a integralidade assistencial; o segundo ponto é que, em 2014, criaram uma habilitação chamada de Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, então verificou no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) que existe essa nomenclatura, mas até hoje ninguém conseguiu explicar qual seria a diferença entre ela e a habilitação como Hospital Geral com Cirurgia Oncológica. O Dr. Carlos Gil respondeu que a ideia era no sentido do gargalo de cirurgias. A Sra. Maria Beatriz falou que, na verdade, na Portaria SAS/MS nº 140/2014, já deveria ter alterado a nomenclatura para Hospital Geral com Cirurgia Oncológica; deveria ser modificado Hospital Geral de Complexo Hospitalar e não ficar mais um. A Dra. Maria Inez esclareceu que, hoje, já existe a habilitação Hospital Geral com Cirurgia Oncológica e ele pode formar complexo hospitalar, ou não. Essa é a grande diferença, que em um

vazio assistencial, a cidade pode não ter nada, mas se tem um hospital bem estruturado, ele pode formar complexo hospitalar com um outro habilitado como UNACON ou CACON, em uma região de saúde. O Dr. Carlos Gil disse que a ideia de partir para a discussão é porque tínhamos um gargalo, pois até então nós tínhamos uma Portaria que estava restringindo o acesso à cirurgia aos hospitais que tinham a referência oncológica. A Dra. Maria Inez explicou que a intenção era fazer o complexo hospitalar dos serviços isolados, dar uma cobertura assistencial cirúrgica, ampliar um centro cirúrgico em uma mesma cidade. Citou o Hospital de Base de Brasília, relatando que a cirurgia de câncer ficava competindo com os mesmos horários do centro-cirúrgico; assim criou-se o Hospital Geral com Cirurgia Oncológica, para ampliar, na verdade, o centro cirúrgico daquela cidade, criando essa nomenclatura que está também no SIGTAP. Sugeriu que a nomenclatura seja simplificada para Hospital Geral com Cirurgia Oncológica cobrindo a finalidade, justificando que a cirurgia de câncer é aquela que é feita também na média complexidade e, para tal não precisa de habilitação. A Sra. Maria Beatriz complementou que na Portaria SAS/MS nº 741/2005 não havia o Complexo Hospitalar. A Dra. Maria Inez relatou que, desde 1991, quando o Dr. Marcos Morais trouxe o Conselho Consultor de Câncer do Ministério da Saúde e fundou o CONSINCA, tudo o que foi feito, e as portarias SAS/MS nº 170 e 171/1993 foram formatadas e propostas nele, então a intenção era fortalecer cada vez mais a posição deste Conselho. Neste momento, os participantes, salientaram a ausência de representantes do CONASS e do CONASEMS na reunião, e a Dra. Maria Inez respondeu que se encarregaria de passar as discussões do CONSINCA para eles. Continuando, a Dra. Maria Inez explicou que o Brasil, por exemplo, tinha mais de 400 regiões de saúde, então reduziram para as chamadas regiões resolutivas, que são em torno de 90. São pactuações que não têm ligação com a oncologia, têm ligação com a organização, com o sistema de saúde e com o planejamento integrado. A outra questão é de financiamento, é a questão da Gestão do SUS, não é de razão de oncologia, é planejamento integrado e a regionalização. Pontuou que a Portaria SAS/MS nº 140/2014, a rigor, pouco mudou da Portaria SAS/MS nº 741/2005, a não ser os parâmetros. Explicou que misturaram o parâmetro de números de casos com parâmetro populacional. Esta a rigor não muda nada, a não ser uma melhoria de orientações; por exemplo; o que o hospital poderá ter de terceirizado virou um anexo simples a respeito dos serviços, o que pode ser próprio ou contratado. Em seguida, a

Dra. Ana Cristina passou a palavra ao Dr. Pascoal Marracini. O Dr. Pascoal lembrou que, na reunião anterior, foi dito que o CONSINCA seria o fórum para falar sobre a revisão da Portaria SAS/MS 140/2014. Contou que, em junho passado, em São Paulo, reuniu-se um Comitê de Oncologia da Federação das Santas Casas, onde estaria um representante da Coordenação da Área Técnica do Ministério da Saúde, para apresentar a revisão da Portaria SAS/MS nº 140/2014, mas não compareceu nenhum representante do Ministério para apresentar. Ressaltou que esta minuta ficou bem menos complexa que a anterior. Questionou se o Ministério da Saúde aceitará as alterações ou aceitará possíveis sugestões dessa minuta. A Dra. Ana Cristina respondeu que, pelo seu entendimento, deste fórum sairá a visão final com o aval do Secretário de Atenção à Saúde. O Dr. Carlos Gil destacou a importância do CONSINCA em dar legitimidade a uma Política que foi concebida no CONSINCA: o pensamento do atendimento oncológico mais integral. A Dra. Maria Inez disse que, desde que a Dra. Ana Cristina assumiu a Direção Geral do INCA, estão trabalhando juntas para voltar para o INCA o que é da responsabilidade e da competência dele. O que compete ao Ministério da saúde é a redação final e a pactuação na CIT. O Dr. Pascoal sinalizou, no artigo 5º, § 7 e artigo 6º, § 3º, que não entendeu a redação: “*nos estados em que a cobertura da Saúde Suplementar superar os 20%, considerar como necessário 80% do número de hospitais habilitados no SUS (artigo 5º, §7)*”. A Dra. Maria Inez esclareceu que a Saúde Suplementar no Brasil tem uma cobertura mínima de menos de 10% no Norte e Nordeste da população total. No entanto, quando considera-se São Paulo, essa cobertura é de 45%. O percentual de 80% é para o número de hospitais necessários. Continuando, o Dr. Pascoal sinalizou que no artigo 7º, § 1º, teve algum erro de redação (*na situação estabelecida no §2º acima*). Perguntou também no que se basearam os 200 km (artigo 7º parágrafo único). A Dra. Maria Inez explicou que geralmente, na radioterapia, é norma geral da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN a distância não poder ser mais de 100 km; então os 200 km são proposição, e também há uma necessidade de se colocar um parâmetro, para cálculos. Prosseguindo, ela informou que não enviou os anexos porque não estavam prontos. Lembrou que, na Portaria SAS/MS nº 140/2014, todos os hospitais tiveram de se habilitar novamente, precisaram apresentar todos os seus dados e dos seus profissionais novamente, e o INCA, por exemplo, teve de levantar e apresentar de novo para a quantidade imensa de recursos humanos de que dispõe.

Então, o anexo primeiro é o mesmo da Portaria SAS/MS nº 458/2017 (*Mantém as habilitações de estabelecimentos de saúde na alta complexidade e exclui prazo estabelecido na Portaria nº 140/2014*), que deverá ser atualizado, pois houve novas habilitações depois da sua publicação. Pontuou que, se houver solicitação de se mudar o perfil, ou agregar a radioterapia, por exemplo, terá de mudar a habilitação; ou então se dispensou o hospital, terá de se solicitar a desabilitação. A Dra. Maria Inez destacou o anexo 2, dizendo que o Plano é para os Gestores do SUS e não para os Hospitais. Informou também que outra coisa que foi mudada, é que, ao invés do gestor enviar impresso o Plano para o Ministério da Saúde, ele simplesmente deverá publicar em suas páginas da internet. Com isso as informações serão padronizadas e poderá ser cobrado dos Gestores que as mantenham atualizadas, para consulta do próprio Ministério da Saúde, quando do pedido de habilitação, alteração de habilitação ou desabilitação. Em relação ao anexo 3, a Dra. Maria Inez informou que, em vez de incluído no corpo da Portaria, ficará um anexo só como “checklist”. Explicou que esse formulário de verificação já existe na Portaria atual, que é usado pelo Gestor local, e na necessidade ele verifica as informações in loco. Na página eletrônica, a informação só é modificada, se necessário, para agregar alguma informação. Sobre o anexo 5, ela informou que se trata de orientações e fluxo para a solicitação de habilitação ou desabilitação na alta complexidade em oncologia no SUS. Explicou que o hospital pede para ser habilitado ou desabilitado ou o Gestor pede ao hospital para ser habilitado ou solicita a sua desabilitação. Feito isso, faz a conta dentro do Plano e leva para a CIR (*Colegiado Intergestores Regional*) e a CIB (*Comissão Intergestores Bipartite - CIB é uma instância colegiada de decisão do Sistema Único de Saúde - SUS estadual, integrada paritariamente pela Secretaria Estadual de Saúde e por representantes dos Secretários Municipais de Saúde*), após aprovação, segue para o Ministério junto com o “checklist”, o Ministério da Saúde ratifica ou não e, então, publica a portaria correspondente. Quanto ao Anexo 06, a Dra. Maria Inez falou que são fórmulas de cálculo do componente Federal do financiamento para custeio dos serviços especializados em oncologia, é para mostrar conforme é feita a fórmula, o cálculo para emissão do valor Federal quando o hospital é habilitado. Ressaltou que procurou ser o mais fiel possível à proposta que chegou ao Gabinete da SAS, não retirou nada e está aguardando a palavra final do Secretário da SAS para saber se este anexo será incluído, visto que inexistente em portaria de qualquer outra área de alta

complexidade, sendo tarefa administrativa e de gestão. A Dra. Maria Inez disse que, ao final das discussões no CONSINCA, poderia até ser decidido que não se modifique a Portaria SAS/MS 140/2014. A Dra. Claudia de Castro pontuou, resumidamente, suas anotações, ressaltando a necessidade de um tempo para maior avaliação das questões para revisão da Portaria SAS/MS 140/2014. A Dra. Maria Inez explicou que o anexo 3 (serviços próprios, associados e referenciados essenciais para habilitação na alta complexidade em oncologia conforme o tipo de habilitação) mantém o que está na Portaria SAS/MS 140/2014 e lista todos os serviços que o hospital tem que ter para ser habilitado, e dizer se é próprio ou contratado. Continuando, ela falou que, como exemplo, no sul do Piauí, norte da Bahia e leste de Pernambuco, há um vazio assistencial (insuficiência de oferta), só tem atenção básica, então a ideia é preencher esse vazio e adotar um mecanismo de controle. Expôs que os grandes vazios assistenciais estão nas divisas de estados. Eles têm um complicador porque são formados por vários estados, e todo o SUS funciona por Estado, então há a necessidade de melhorar a redação. Explicou que um Estado não paga o outro, então a pactuação no Brasil é feita de modo que os recursos federais são destinados por estado. Se isto (cobertura interestadual) permanecer na proposta de revisão, tem que estar muito bem redigido porque causa confusão, pois hora é estadual e hora é regional. Em seguida, a palavra foi passada para o Dr. Marcelo Milone, que destacou o capítulo 2, artigo 06, item 04 (*em oncologia pediátrica, 270 procedimentos de quimioterapia, para atendimento de 30 casos, incluindo-se os de hemopatias malignas agudas; se a habilitação for exclusiva em oncologia pediátrica, 540 procedimentos para 60 casos, incluindo-se os de hemopatias malignas agudas*), no que tange a pediatria e questionou como se chegou a este número. A Dra. Maria Inez explicou que, em primeiro lugar, ocorreu uma redução, porque antes eram 100 casos em hematologia. O estudo se dá pela prestação de serviço por hospital, consulta-se por registro de câncer daquele hospital e faz-se todo um estudo de correspondência para a produção para o atendimento do número daqueles casos que correspondem a essa produção. Informou que, no Brasil, de 305 hospitais habilitados em oncologia, não chegam a 80 aqueles que ofertam oncologia pediátrica. E estudos anteriores apontaram que cerca de 16 deles atendem o parâmetro da Portaria SAS/MS 140/2014, que é de 75 casos. Então, é colocado o mínimo para não prejudicar o serviço pediátrico; o exclusivo nunca vai sobreviver com 30. Após as observações do Dr.

Marcelo Milone, a Dra. Maria Inez declarou que de qualquer modo, estava anotando todas as considerações, sendo o mínimo de 100 casos, e o Dr. Marcelo disse que, até se poderia reduzir isso para 80. Em seguida, o Dr. Marcelo destacou outra questão no artigo 18: “*o serviço de oncologia pediátrica deve observar os seguintes critérios: a) ter como responsável técnico médico com especialidade em Cancerologia pediátrica comprovada por registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), integrante do corpo clínico do hospital*”. Explicou que oncologia pediátrica não é mais especialidade, perdeu o status. Hoje a nomenclatura é especialista de pediatria (área de atuação). Quanto ao serviço de hematologia, enfatizou o responsável técnico, citando o Artigo 17: “*o serviço de oncologia deve observar os seguintes critérios: a) ter como responsável técnico médico com especialidade em Hematologia e Hemoterapia comprovada por registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), integrante do corpo clínico do hospital*”. Ressaltou que não há norma que faça a distinção dos casos, não tem como ter uma exigência para a área pediátrica, então corre o risco de na prática ocorrer como serviço isolado. Questionou qual é a responsabilidade técnica do profissional hematologista, que está em uma determinada região e atende criança. A Dra. Maria Inez respondeu que a responsabilidade é desse profissional. Continuando, ela explicou que o hematologista foca a doença, seja ou não em crianças, havendo protocolos diferentes por faixa etária, citando que, por exemplo, no INCA, o serviço de hematologia também atende crianças. O Dr. Marcelo sugeriu se poderia ter um pensamento mais pediátrico e menos hematologista e sugeriu que, no caso, a equipe contasse com um pediatra hematologista. A Sra. Maria Beatriz solicitou a palavra e relatou que a área técnica do INCA fez uma proposta, que foi reformulada para ser discutida na Câmara Técnica de Atenção à Saúde, na CIT (*Comissão Intergestores Tripartite*). Falou que todas as questões dos parâmetros populacionais foram levadas para discussões em 2013 e não se conseguiu reverter. Houve uma determinação e assim foi publicado. Solicitou um prazo para o envio da proposta do CONSINCA e, quanto à oncologia pediátrica, relatou que em 2016, fizeram um informativo na Detecção Precoce, e o levantamento feito de serviços demonstrou que, na maioria dos serviços, muitas crianças são tratadas fora da habilitação de oncologia em hematologia e pediatria e algumas até habilitadas tratam menos de 30 casos por ano, então 30 é o mínimo, não é a meta. Pontuou que há de se ter alguns parâmetros para diminuir a pulverização que há hoje. A Dra. Maria Inez relatou que, em 2005, no

CONSINCA, a ideia era tanto na oncologia pediátrica como na hematologia, ir tirando as possibilidades dos procedimentos respectivos nas habilitações sem hematologia ou oncologia pediátrica; então habilitação como UNACON não iria jamais ser compatível com o procedimento de hematologia ou oncologia pediátrica em oncologia. Contudo, os serviços continuam os mesmos, e então a SOBOPE teria muita participação em estimular a qualidade da cobertura, o acesso seria qualificado, pois tiraria aquela habilitação que não tenha serviço de oncologia pediátrica ou de hematologia, na possibilidade de faturar os procedimentos. Colocou que, enquanto não houver a garantia, não será possível fazer isso. O Dr. Nivaldo Pinho perguntou, com relação à habilitação desses estabelecimentos, se nesses anexos existe alguma recomendação quanto à estrutura mínima de reabilitação funcional desses pacientes. A Dra. Maria Inez repetiu que todos os serviços de suporte continuam exigidos, só que relacionados no anexo 3 e não mais no corpo da Portaria. Em seguida a palavra foi passada ao Dr. Alexandre Ferreira, que fez seus comentários no artigo 04: *“Os Gestores Públicos da Saúde devem verificar e, se for o caso, redefinir, em instância colegiada – CIB e CIR -, o Plano de Atenção às Pessoas com Câncer, estabelecendo, minimamente, para cada estabelecimento de saúde habilitado ou a habilitar na alta complexidade em oncologia: V- o acesso regional, conforme a habilitação em oncologia do hospital, para atendimento especializado em: Cirurgia; Radioterapia; Oncologia Clínica; Hematologia; e, Oncologia Pediátrica”*. Onde se lê *“em cirurgia”*, sugeriu colocar *“em cirurgia oncológica”*. A Dra. Maria Inez alertou que não existe hospital especializado em cirurgia oncológica, o que existe é habilitação em oncologia na alta complexidade. O Dr. Alexandre também propôs ter dois responsáveis técnicos nos hospitais habilitados como UNACON e CACON em cirurgia oncológica. Justificou que um cirurgião oncológico não opera sozinho e que dois fortaleceriam o serviço onde existe o grande gargalo da oncologia nos hospitais, que é a questão da cirurgia. A Dra. Maria Inez tomou nota e solicitou que as sugestões fossem enviadas por e-mail para o Gabinete da Direção Geral do INCA, até o dia 10/10/2018. A Dra. Maria Inez resumiu que todos os anexos continuam os mesmos da Portaria SAS 140/14, a rigor só o anexo 03, que saiu do corpo da portaria e o anexo 06, que traz as fórmulas e cálculos. A Dra. Ana Cristina ressaltou que o mais importante é que ratifica o que já existia, com pequenas atualizações. Em seguida, a Dra. Rosa Najas solicitou a palavra e disse que é a receita de cada estado que se responsabiliza por sua cobertura.

Sugeri uma reavaliação do ponto de vista econômico, justificando que seria mais viável a habilitação de lugares mais próximos. Após, a palavra foi passada ao Dr. Rodolfo Acatauassú, que pontuou sobre o CACON, citando que este resumo (capítulo 3º - artigo 10) não reflete o Ensino. A Dra. Maria Inez concordou dizendo que o UNACON também tem de estar aí e anotou a consideração. A Dra. Marise Rebelo também pontuou sobre as questões de registros e, a título de contribuição, informou que fizeram uma sugestão de como deveria ter sido redigido. Acrescentou que, posteriormente, enviariam as considerações por e-mail, conforme orientado pela Dra. Maria Inez. O Dr. Pascoal também fez suas considerações e ficou de enviá-las posteriormente. Finalizando, a Dra. Maria Inez questionou se haveria a necessidade de uma nova portaria ou apenas sua revisão, ressaltando que seria mais prático fazer esta mantendo o corpo da Portaria SAS/MS 140/2014, desde que o CONSINCA contribuísse. A maioria optou pelas atualizações. A Dra. Maria Inez sugeriu que se publique com as considerações e com outro número, mantendo o mesmo formato. Lembrou que a Lei do SUS foi regulamentada pelo Decreto 7508/2011, que incluiu a regionalização; e isso é importante. Para formatar a nova Portaria, teria de contar com as contribuições. **Encaminhamento:** A Dra. Maria Inez solicitou que, até o dia 10 de outubro de 2018, as considerações sejam enviadas para o Gabinete da Direção-Geral do INCA para consolidação e, posteriormente, a nova versão será finalizada na próxima reunião do CONSINCA, agendada para o dia 07 de novembro de 2018. Em seguida, o Dr. Alexandre Ferreira solicitou a palavra e comunicou que, no dia 25/11/2018, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, junto aos Exército e Marinha, fará uma ação social em homenagem ao dia 27 de novembro (Dia Nacional de Combate ao Câncer). Informou que este evento será a primeira Campanha e focará em prevenção, para chamar a atenção da população para o Câncer. Solicitou o apoio das Sociedades membros do CONSINCA e ficou de enviar um evento com maiores detalhes posteriormente. **Encerramento:** A Dra. Ana Cristina agradeceu a todos pela presença e pelas considerações e encerrou a reunião. ***Eu, Debora Cristina Malafaia Fernandes, redigi e encerro a ata. Rio de Janeiro, 19 de setembro de 2018.***