

10 ANOS DESAFIOS ATUAIS E FUTUROS CONVULSIÃO



RELATÓRIO POR
FLAVIO GOULART

Diálogos
CONASS

CÂNCER

DESAFIOS ATUAIS E FUTUROS



© 2024 – 1ª Edição CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citadas a fonte e a autoria.

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade dos autores, sem representar posicionamentos oficiais do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

O presente volume é distribuído gratuitamente.

Proibida a comercialização.

Disponível na Biblioteca Digital do Conass em www.conass.org.br/biblioteca.

Brasília, agosto de 2024.



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105

Edifício Parque Cidade Corporate

CEP: 70.308-200

Brasília/DF – Brasil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C215 Câncer: desafios atuais e futuros / Organizador Flavio Goulart. –
Brasília, DF: CONASS, 2024.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN 978-65-88631-38-6

1. Câncer. 2. Saúde pública. I. Goulart, Flavio.

CDD 616.994

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC Pedro Pascoal Duarte Pinheiro Zambon	PB Arimatheus Silva Reis
AL Gustavo Pontes de Miranda	PE Zilda do Rego Cavalcante
AM Nayara de Oliveira Maksoud Moraes	PI Antonio Luiz Soares Santos
AP Bárbara Bravo	PR César Augusto Neves Luiz
BA Roberta Silva de C. Santana	RJ Claudia Mello
CE Tânia Mara Coelho	RN Lyane Ramalho
DF Lucilene Maria Florêncio de Queiroz	RO Jefferson Ribeiro da Rocha
ES Miguel Duarte Neto	RR Cecilia Smith Lorenzon Basso
GO Rasível dos Reis Santos Junior	RS Arita Gilda Hübner Bergmann
MA Tiago José Mendes Fernandes	SC Diogo Demarchi Silva
MG Fábio Baccheretti Vitor	SE Cláudio Mitidieri
MS Maurício Simões Correia	SP Eleuses Paiva
MT Gilberto Figueiredo	TO Carlos Felinto Júnior
PA Ivete Gadelha Vaz	

DIRETORIA DO CONASS

PRESIDENTE

Fábio Baccheretti Vitor - SES/MG

VICE-PRESIDENTES

REGIÃO CENTRO-OESTE

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz – SES/DF

REGIÃO NORDESTE

Tânia Mara Silva Coelho – SES/CE

REGIÃO NORTE

Cecilia Lorenzon – SES/RR

REGIÃO SUDESTE

Miguel Paulo Duarte Neto – SES/ES

REGIÃO SUL

César Neves – SES/PR

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

COORDENAÇÃO TÉCNICA E ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando Passos Cupertino de Barros

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E DE FINANÇAS

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

René José Moreira dos Santos

ASSESSORIA JURÍDICA

Mônica Lima

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

Luiza Tiné

Bruno Idelfonso

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Felipe Ferré

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

João Henrique Vogado Abrahão

Juliane Aparecida Alves

Luciana Tolêdo Lopes

Maria Cecília Martins Brito

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Sandro Terabe

Tereza Cristina Lins Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

RELATÓRIO

Flavio Goulart

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura

SUMÁRIO

PROGRAMAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	14
PARTE 1	
APRESENTAÇÕES DOS GESTORES E ESPECIALISTAS CONVIDADOS	
A HISTÓRIA DO CÂNCER NO BRASIL	20
Roberto Gil	
COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE	28
Rodrigo Leite	
CUIDADO INTEGRAL AO PACIENTE COM CÂNCER: A NOVA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS	36
Adriano Massuda	
CÂNCER: O PAPEL DA APS NA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE	46
Jérzey Timóteo	
VIGILÂNCIA NO ENFRENTAMENTO E CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL	56
Ethel Maciel	
INCENTIVOS PARA MELHORAR O FINANCIAMENTO E AUMENTAR A PERFORMANCE DAS POLÍTICAS DE CÂNCER NO BRASIL	64
André Medici	
CÂNCER: DESAFIOS NO PRESENTE E CAMINHOS PARA SUA SUPERAÇÃO	78
Nelson Teich	

PARTE 2

SÍNTESE DAS APRESENTAÇÕES POR ESPECIALISTAS E GESTORES CONVIDADOS

CÂNCER COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	91
HISTÓRICO E MARCOS LEGAIS	93
DIFICULDADES, AVANÇOS, DESAFIOS	94
ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	97
Atenção especializada	97
Atenção Primária à Saúde	99
Ciência e Tecnologia	100

PARTE 3

SÍNTESE DOS DEBATES

EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS	105
QUESTÕES GERAIS	108
CENÁRIOS DO PROBLEMA	110
INOVAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA	112
FINANCIAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS	115
ESTRUTURAS E PROCESSOS DE GESTÃO	116
POLÍTICAS ASSOCIADAS	118
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	120

PROGRAMAÇÃO

PALESTRANTE	CONTEÚDO
Fábio Baccheretti Vitor Presidente do Conass	Abertura – As preocupações do Conass com respeito ao tema
Roberto Gil Presidente Inca	A história do câncer no Brasil – Estimativas 2023-2025 – Incidência de Câncer no Brasil – Diferenças regionais
Rodrigo Leite Secretária de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos (Representante)	Protocolos, incorporação de tecnologias e assistência farmacêutica oncológica – Complexo Econômico-Industrial da Saúde Estratégicos em Saúde – Protocolos, incorporação de tecnologias e assistência farmacêutica oncológica – Complexo Econômico-Industrial da Saúde
Adriano Massuda Secretário de Atenção Especializada à Saúde	Cuidado Integral: diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e apoio psicológico – O papel da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) – Estrutura Cacon/Unacon é suficiente para o cuidado integral?
Jerzey Timóteo Secretária de Atenção Primária à Saúde - MS (Representante)	O papel da APS na promoção, prevenção, detecção precoce, rastreamento
Ethel Maciel Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente	Sistemas de informação: utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais, coletados por meio dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e por outras fontes disponíveis, para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços para prevenção e controle do câncer – Promoção à Saúde e Vigilância do câncer por meio da informação, da identificação, do monitoramento e da avaliação das ações de controle da doença e de seus fatores de risco e de proteção

PALESTRANTE	CONTEÚDO
Andre Medici Economista sênior em Saúde – Banco Mundial	Financiamento e formas de remuneração: novos modelos?
Nelson Teich Oncologista, ex-Ministro da Saúde	O futuro da prevenção e controle do câncer
DEBATES	<ul style="list-style-type: none">• Moderador: André Medici• José Gomes Temporão. Médico sanitário, ex-ministro da Saúde• Luiz Antonio Santini. Médico, ex-diretor do Inca• Gustavo Fernandes. Oncologista, Diretor-Geral da Oncologia Dasa

INTRODUÇÃO

O encontro realizado na sede do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em Brasília, no dia 8 de maio de 2024, reuniu especialistas e gestores de competência reconhecida, trazendo assim contribuições relevantes sobre os cuidados aos pacientes com câncer de diversas localizações e naturezas, bem como sobre os desafios que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta em tal campo, buscando clarear inovações tecnológicas que realmente contribuam para os cuidados oncológicos.

Na visão do presidente do Conass, Fábio Baccheretti, esse é um grande produtor de conhecimento e conteúdo, constituindo uma base relevante de desenvolvimento da política de saúde no País, com alcance internacional. Segundo ele, reunir pessoas tão importantes na gestão pública a um evento como esse pode ser considerado uma grande contribuição para o avanço dos cuidados e controle de câncer no Brasil – e disso o Conass muito se orgulha. Acrescentou ainda que reunir gente tão qualificada para abordar o tema do câncer implica que os gestores também adquiram visões mais ampliadas, permitindo obter resultados positivos na política do câncer, de alcance geral para

a população brasileira, vindo isso a se juntar ao conhecimento já acumulado no SUS no campo da atenção primária e especializada, possibilitando a incorporação de novas tecnologias e favorecendo, de fato, a produção de políticas mais eficazes.

Na perspectiva da diretoria e das equipes técnicas do Conass, de acordo com os tópicos colocados para reflexão e debate dos participantes do encontro, existem questões complexas envolvendo o tema do câncer, que não só merecem ser debatidas com profundidade, como também necessitam, muitas vezes, de definições claras para sua melhor compreensão e busca de solução de nós críticos. São elas:

- Os possíveis avanços e vantagens comparativas trazidos pela Lei nº 14.758/23, sobre Política Nacional do Câncer no Brasil.
- Nós críticos presentes na atualidade da política de câncer no Brasil: atomização das ações públicas; desarticulação entre as ações de promoção, prevenção, diagnóstico e detecção precoce e tratamento.
- Possibilidade de melhorias na organização e financiamento da política de câncer no Brasil, em busca de eficácia e equidade.
- Papel dos estados no aprimoramento da regionalização das políticas de câncer e possibilidade da realização de experiências-piloto a serem replicadas em escala nacional.

- Potenciais obstáculos e limitações para a implementação da nova política governamental de câncer no Brasil.
- Mecanismos para garantir a participação e a colaboração da sociedade na luta contra o câncer.
- Acesso da população brasileira a tratamentos e medicamentos inovadores mais eficazes no câncer.
- Financiamento e eficácia dos processos de análise, aprovação e disponibilização de insumos e serviços relativos ao câncer.
- Práticas internacionais em termos de organização e financiamento de políticas de câncer.
- Eficiência e transparência no financiamento no combate ao câncer, inclusive remuneração de provedores.
- Estratégias eficazes para prevenção e detecção precoce do câncer.
- Adaptabilidade e capacidade de resposta da nova política de câncer no Brasil.



CONASS



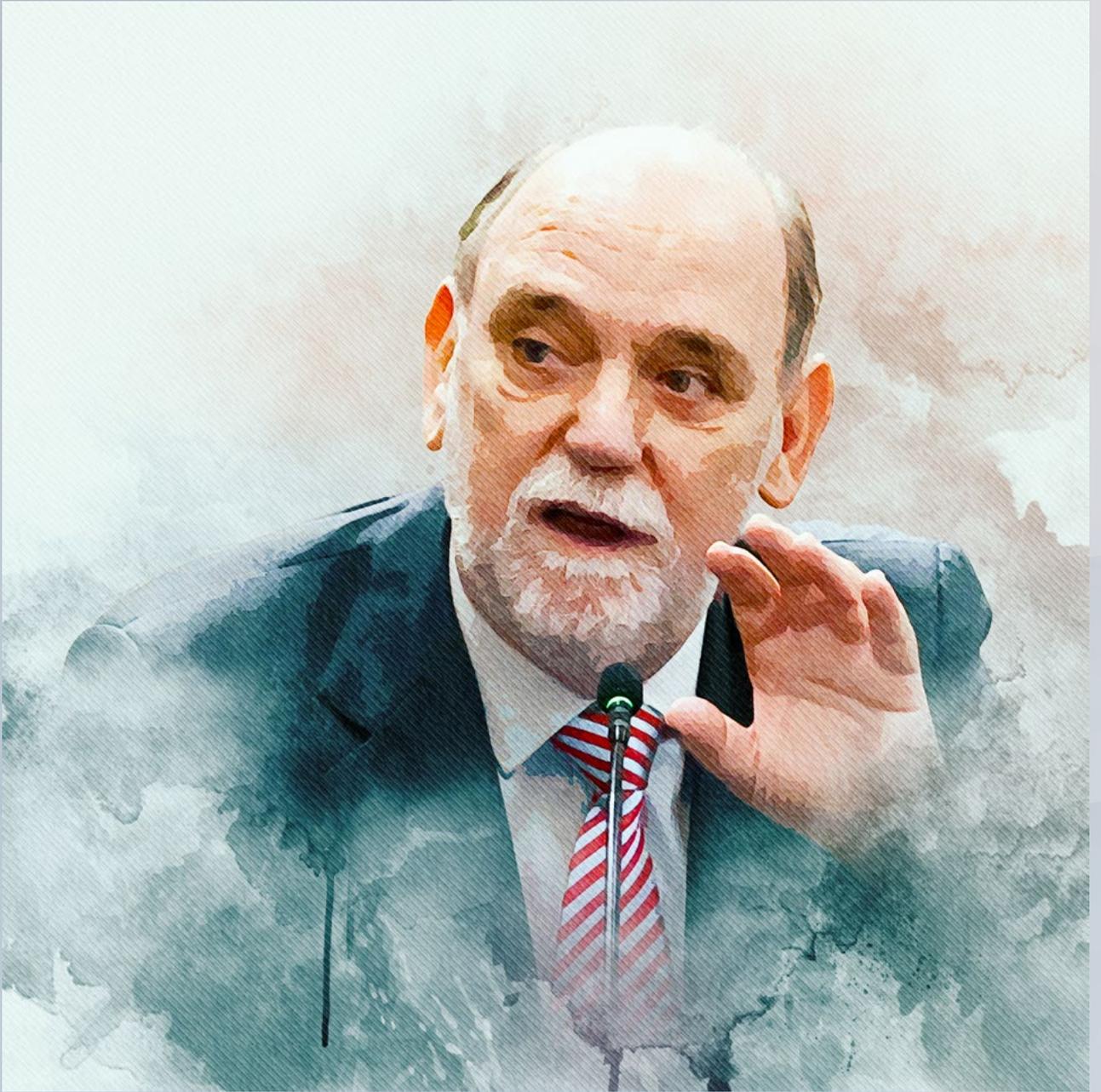
PARTE 1

APRESENTAÇÕES DOS GESTORES E ESPECIALISTAS CONVIDADOS

A HISTÓRIA DO CÂNCER NO BRASIL

ROBERTO GIL

Diretor do Instituto Nacional
de Câncer (Inca)



É apresentada, de início, uma linha do tempo relativa ao câncer no Brasil, conforme o quadro abaixo.

ANO	EVENTO
1902	Criação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) na 2ª Conferência Internacional da Organização dos Estados Americanos, sendo considerada como o organismo regional especializado em saúde no panorama interamericano.
1922	Inauguração do Instituto do Radium, em Belo Horizonte/MG.
1935	Realização do I Congresso de Câncer, no Rio de Janeiro/RJ, de 24 a 30 de novembro, no qual surgiram as primeiras propostas para a organização de uma rede de atuação nacional contra o câncer.
1938	Inauguração do Centro de Cancerologia no Rio de Janeiro (antecessor do Instituto Nacional de Câncer - Inca).
1941	Criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC).
1943	Inauguração do Hospital Aristides Maltez em Salvador/BA, como órgão técnico da Liga Bahiana Contra o Câncer.

ANO	EVENTO
1944	Esquema de organização do SNC, já expressando a diretriz de integração como característica do Inca.
1953	Fundação da Instituição A.C. Camargo, São Paulo.
1957	Inauguração do Edifício-Sede do Inca.
1965	Criação do primeiro Programa de Controle de Câncer Cervical, em Campinas/SP, sob a liderança do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
1967	Hospital do Câncer de Barretos/SP (Hospital do Amor).
1973	Campanha “Prevenção do Câncer Ginecológico ao Alcance do Médico do Interior”, organizada pelo Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos, em parceria com a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.
1983	Criação do Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo), que atualmente sedia e faz o gerenciamento técnico do Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome) e da Rede BrasilCord, que reúne bancos públicos de células de sangue de cordão umbilical.
1985	Criação do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo (GACT) pelo Ministério da Saúde (MS).
1987	Criação do Programa de Oncologia (Pro-Onco).
1990	O Inca amplia os serviços de vigilância e epidemiologia e passa a lançar, com regularidade, a publicação .
1991	Incorporação do Hospital do Câncer (HC) II e III; MS passa a atribuir ao Inca a função de órgão assessor, executor e coordenador da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

ANO	EVENTO
1993	Criação do Redome.
1994	A Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo do Inca, responsável pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, recebe da Organização Mundial da Saúde (OMS) a medalha "Tabaco ou Saúde"; a primeira feita a um programa do gênero na América Latina.
1996	Aprovação da Lei federal nº 9.294/1996, conhecida como "Lei Elias Murad", que proibiu o fumo em recintos coletivos (públicos ou privados, exceto em locais destinados a esse fim) e que regulamentou a propaganda de cigarros, bebidas e remédios.
2004	Lançamento do Documento de Consenso do Câncer de Mama.
2008	O MS institui o Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama).
2008	Inauguração do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp).

Dois documentos legais de importância merecem ser registrados: a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer – PNPCC (Portaria nº 874/2013) e o Plano de Expansão da Radioterapia do SUS (Portaria nº 3.283/2017).

A Lei nº 14.758/2023 surge como uma nova política oncológica cujas diretrizes são: a) diminuir a incidência dos diversos tipos de câncer; b) garantir o acesso adequado ao cuidado integral; c) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários diagnosticados com câncer; d) reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer.

As publicações do Inca e do MS também merecem destaque: Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil; Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); Registros Hospitalares de Câncer (RHC); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – MS/Inca.

A publicação Estimativa de Câncer no Brasil (2022) é um marco histórico, pela riqueza de informações sobre tal tema, registrando, por exemplo: 704 mil casos novos no Brasil; casos novos (exceto pele não melanoma): 483 mil; número de casos novos, Brasil, 2023; distribuição espacial das taxas ajustadas de incidência, Brasil, 2023; taxas brutas de incidência, para os principais tipos de câncer em homens, Brasil e regiões geográficas, 2023; taxas brutas de incidência, para os principais tipos de câncer em mulheres, Brasil e regiões geográficas, 2023; principais tipos de câncer segundo sexo, por estado – Regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul; distribuição espacial das taxas brutas de incidência de câncer infantojuvenil, Brasil, 2023; Rede assistencial de alta complexidade em Oncologia; Câncer no Brasil – pirâmide populacional 1950, 1985, 2020.

A desproporção entre a previsão de crescimento populacional por faixa etária x incidência de câncer (9% total) deve soar como alerta, porém, 59% estão acima de 65 anos. Da mesma forma, registra-se um aumento expressivo na incidência de câncer em todo o mundo, até 400% em países de desenvolvimento humano baixo e mais de 50% nos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) altos.

Deve-se também prestar atenção à perspectiva de mudança de paradigma em curso em todo o mundo, por exemplo, sobre a maior eficácia comprovada das medidas de prevenção e diagnóstico precoce versus o tratamento com os custos crescentes, na razão inversa disso, no que são acompanhados pelas despesas com pesquisas clínicas.

Um quadro comparativo de incidência (I), mortalidade (M) e razão M/I relativos ao câncer (ano base 2020) mostra o Brasil com incidência mais alta do que a América Latina, embora inferior àquela dos Estados Unidos da América (EUA) e da Europa; a mortalidade a meio caminho entre a Europa e os demais países da América Latina, mesmo que pareada com a dos EUA; a razão M/I não muito distante daquela da América Latina, ainda que superior à dos países mais ricos

Nota do Relator: esta apresentação inclui ainda algumas informações sob a forma de gráficos e tabelas, registradas ao longo deste texto de forma descritiva e fiel à apresentação presencial do autor. Para maiores detalhes, o leitor deve consultar o qr code.



Jurandi Frutoso e Roberto Gil



COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE

RODRIGO LEITE

Pesquisador de saúde e tecnologia da
Fundação Ezequiel Dias (Funed)



Para começar, é preciso abordar alguns conceitos relativos à política de desenvolvimento industrial no Brasil, nos termos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial (CNDI) de tal área. No campo da saúde, a missão geral é de coordenar cadeias agroindustriais sustentáveis e digitais, envolvendo áreas diversas, tais como saúde, segurança alimentar, nutricional e energética, sendo questões-chave em tal missão: a transformação digital da indústria para ampliar a produtividade; a bioeconomia, descarbonização, transição e segurança energéticas para garantir recursos para tecnologias de interesse para a soberania e a defesa nacional.

Assim, o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) deve contribuir de forma resiliente para reduzir a vulnerabilidade do SUS e ampliar o acesso à saúde no Brasil, desenvolvendo tecnologias e adensamento da produção nacional de bens e serviços em saúde, além de liderar a pesquisa, o desenvolvimento, a inovação e a produção de tecnologias e serviços voltados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de doenças endêmicas e negligenciadas no País e em cada região. São componentes conceituais de

tal política: desenvolver tecnologias de informação e de comunicação; fortalecer a capacidade nacional em pesquisa clínica e pré-clínica em tecnologias críticas ligadas à prevenção e ao tratamento de doenças e agravos com maior impacto para a sustentabilidade do SUS; liderar elos das cadeias produtivas da saúde intensivos no uso sustentável e inovador da biodiversidade.

A partir desses conceitos gerais, pode ser traçada uma *meta aspiracional*, que é a de produzir, no País, 70% das necessidades nacionais em medicamentos, vacinas, equipamentos e dispositivos médicos, materiais e outros insumos e tecnologias em saúde. Dentro disso, foram traçados objetivos diversos, tais como desenvolver tecnologias e adensar a produção nacional de bens e serviços em saúde; liderar a pesquisa, o desenvolvimento, a inovação e a produção de tecnologias e serviços voltados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de doenças endêmicas e negligenciadas no País e na região; desenvolver tecnologias da informação e da comunicação; fortalecer a capacidade nacional em pesquisa clínica e pré-clínica em tecnologias críticas ligadas à prevenção e ao tratamento de doenças e agravos com maior impacto; liderar elos das cadeias produtivas da saúde intensivos no uso sustentável e inovador da biodiversidade.

Um novo modelo de organização e de atuação se faz presente por meio do Grupo Executivo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Geceis), cuja diretriz central é ampliar as instâncias de participação, controle social e

representações da sociedade civil, entre outras entidades consideradas relevantes. Em seu âmbito, a definição das demandas prioritárias do SUS deverá contar com a contribuição das demais Secretarias do MS.

Assim, pode ser definida uma estratégia nacional para o desenvolvimento do Ceis, resultado da integração entre CNDI e Geceis, com os seguintes componentes operacionais: redução da vulnerabilidade; incentivo à produção local; política de investimento, financiamento e estímulos; uso de poder de compra do Estado; impulsionamento de pesquisas; modernização da infraestrutura; incentivo à transição digital, além de apoio a iniciativas relacionadas com a saúde global.

Dentro de tal estratégia nacional, está a matriz de desafios produtivos e tecnológicos em saúde, implementada por meio da Portaria GM/MS nº 2.261/2023, contendo as demandas prioritárias do SUS e, além disso, tendo como objetivo orientar toda a política do Ceis. Essa matriz, que tem como um de seus tópicos o câncer, desdobra-se em desafios, soluções produtivas e tecnológicas, plataformas e produtos. No caso do câncer, os desafios se referem aos cânceres de pele não melanoma; mama; próstata; colorretal; pulmão traqueia e brônquios; colo do útero; tireoide, linfomas e leucemias, além do dos cânceres infantis.

Desse modo, alguns investimentos dentro do Programa de Aceleração do Crescimento, eixo saúde (PAC Saúde) a partir de 2023, já fazem parte do cardápio de atuações do Geceis, a saber: o desenvolvimento de um produto de

terapia celular avançada baseado em células CAR-T; o desenvolvimento de competências tecnológicas e produtivas na área de mRNA no País; a ampliação do fornecimento de antivenenos e antitoxinas para o SUS; a ampliação da capacidade produtiva em medicamentos para atendimento das necessidades do SUS; a redução da dependência externa em hemoderivados, com destaque para a produção de imunoglobulina, medicamento altamente estratégico no Sistema.

Dentro de tal escopo, diversos programas já se encontram em andamento, nominalmente: Programa de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo – PD; Programa de Desenvolvimento e Inovação Local – PDIL; Programa de Incentivo à Produção Nacional de Tecnologias em Saúde Voltada para Populações e Doenças Negligenciadas – PPDN; Programa para Ampliação e Modernização de Infraestrutura do Complexo Econômico-Industrial em Saúde (PDCEIS); Programa para Preparação em Vacinas, Soros e Hemoderivados – PPVACSH; Programa de Modernização e Inovação na Assistência – PMIA.

Tudo isso, naturalmente, requer investimentos que já estão sendo mobilizados, entre eles: reconstrução de instituições públicas de produção e inovação: R\$ 6 bilhões; Complexo Biotecnológico de Santa Cruz para autonomia em vacinas: R\$ 2 bilhões; Hemobrás: R\$ 800 milhões para conclusão da Produção Nacional de Hemoderivados e R\$ 100 milhões para a hemorrede; financiamento público à produção e à inovação (no BNDES R\$ 6 bilhões + FINEP:

R\$ 4 bilhões, com investimento privado previsto de mais R\$ 23,2 bilhões). Além disso, dentro da área da saúde do novo PAC Saúde: 30,5 bilhões; Telessaúde: 150 milhões; Complexo Industrial: 8,9 bilhões; Educação, Ciência e Tecnologia: 45 bilhões; Inovação e Pesquisa: 10,2 bilhões.

Nota do Relator: esta apresentação inclui ainda uma série de informações sob a forma de gráficos e tabelas, mencionadas ao longo deste texto de forma descritiva e fiel à apresentação presencial do autor. Para maiores detalhes, o leitor deve consultar o *qr code*.



André Medici e José Gomes Temporão

CONASS



CUIDADO INTEGRAL AO PACIENTE COM CÂNCER: A NOVA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS

ADRIANO MASSUDA
Secretário- de Atenção Especializada/MS



O câncer representa, de fato, uma prioridade nacional. Com isso, o MS vem se esforçando para ampliar e qualificar o acesso dos pacientes às consultas e exames especializados, o que representa um grande desafio. É crônico, por exemplo, o problema do longo tempo de espera para realização de consultas e exames especializados, agravado pela recente pandemia da covid-19, e isso é ainda mais dramático para o câncer. A simples ampliação da oferta e/ou o aumento dos valores pagos, sem a realização de mudanças no modo de organização e funcionamento dos serviços especializados, não são suficientes para reduzir as filas e os tempos de espera de modo sustentável. Assim, o MS publicou a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES) em outubro de 2023 e o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) em abril de 2024, como parte de um esforço nacional que deve envolver os três níveis de governo, universidades, sociedades de especialidades, setor privado e organismos de controle social para enfrentar o problema.

Em 2023, como parte de um grande esforço de reconstrução também na saúde, ocorreram o credenciamen-

to e a habilitação de novos serviços no SUS, tendo sido realizados cerca de 33 mil credenciamentos e habilitações. Além disso, investiu-se na recuperação e na ampliação do financiamento para o SUS: dos R\$ 61,02 bilhões aplicados em 2022, chegou-se em 2023 a R\$ 70,20 bilhões, um aumento de 15% no orçamento para a Atenção Especializada. Ao lado disso, no campo das cirurgias eletivas, foram realizados 4.242 mil procedimentos entre março de 2023 e janeiro de 2024, 19% a mais que o mesmo período anterior.

Buscou-se também o desenvolvimento de um modelo inovador de cuidado em saúde – PMAE, com ações voltadas para maior transparência na gestão das filas de espera, com uso intensivo do telessaúde e maior regulação e gestão do cuidado, além da integração com equipes da Atenção Primária com enfoque na pessoa e na otimização de sua jornada, o programa Oferta de Cuidados Integrados (OCI).

Assim, a Rede de Atenção Especializada Ambulatorial é constituída a partir dos seguintes componentes sequenciais: atendimento; telessaúde; atendimento por especialistas; realização de exames; formulação de planos terapêuticos individuais; referenciamento ao médico de família; resolução e acompanhamento.

Outrossim, estão previstas mudanças no modo de contratação e remuneração dos prestadores, sejam públicos ou privados, com substituição do pagamento por procedimento para cuidados integrados por Valor Global do Cuidado (VGC). Os cuidados integrados representam um

conjunto de consultas, exames e tecnologias de cuidado necessários para uma atenção oportuna, integral e de qualidade, em determinada etapa da linha de cuidado ou no tratamento de agravos específicos de rápida resolução, diagnóstico ou tratamento. O VGC alcança valor maior do que a soma dos valores na tabela dos procedimentos que os compõem, pois inclui gestão do cuidado – abrangendo a navegação do itinerário do usuário, a regulação, a saúde digital e a conexão com a Atenção Primária à Saúde (APS).

É dentro desse sentido geral que está orientada a PNPCC, cujos objetivos são: a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer; a diminuição da incidência de alguns tipos de câncer; a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Ela foi instituída originalmente por meio da Portaria GM/MS nº 874/2013, sendo completada pelo Anexo IX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, incluindo ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Na Rede de Assistência Especializada, a organização da atenção ao câncer compreende macroatividades nas principais linhas de cuidado; atenção primária; atenção às urgências; atenção ambulatorial especializada; atenção hospitalar especializada; vigilância em saúde; além de rastreamento, diagnóstico precoce, confirmação diagnóstica, planejamento terapêutico. Além disso, tratamento ambulatorial e cirúrgico, definição de pontos assistenciais e implantação de cuidados paliativos, que deverão ser oferecidos em qualquer ponto assistencial.

Em tal Rede, a maior parte dos cuidados poderá ser realizada na APS. Para alívio de sintomas agudizados, os serviços de emergência podem ser acionados. Pacientes estágio avançado do câncer, já submetidos a várias linhas de tratamento e que não tiveram resposta, serão encaminhados para as unidades especializadas em centros terciários de cuidados e acompanhamento.

Sobre a Rede assistencial de alta complexidade em Oncologia do SUS, existem atualmente no Brasil 318 serviços habilitados na alta complexidade em Oncologia, não existindo, porém, até o momento, políticas e/ou programas nacionais voltados para a Atenção Especializada Ambulatorial em tal área.

Entre as ações realizadas na APS, destacam-se o rastreamento e o diagnóstico precoces do câncer do colo do útero, duas iniciativas que sofreram cortes acentuados de financiamento a partir de 2019, mas que vêm sendo recuperadas ultimamente.

Outra medida estratégica atual é a mudança do modelo de Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) para Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), o que significa maior normatização dos tratamentos e ampliação de acesso nos hospitais habilitados na alta complexidade em Oncologia. Nesse aspecto, o PCDT do câncer de mama já recebeu recomendação favorável da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

Ponto de destaque, também, é a retomada e reestruturação do Conselho consultivo do Inca (Consinca), por meio

da Portaria GM/MS nº1.390, de 28 de setembro de 2023, resultando na ampliação da participação dos hospitais habilitados em alta complexidade oncológica, com inclusão de organizações da sociedade civil. Esse conselho tem o objetivo de assessorar o MS nas propostas de formulação, regulamentação e supervisão da PNPC. Grupos de trabalho *ad hoc* se encarregam de tal missão, com atribuições respectivas de: promoção, prevenção e vigilância; acesso a diagnóstico precoce; acesso ao tratamento e navegação; acesso a medicamentos e tratamento sistêmico; cuidados paliativos; reabilitação em Oncologia, além de Oncologia pediátrica,

Está em curso, ainda, a regulamentação da Lei nº 14.758/2023, e proximamente serão iniciadas discussões para instituir a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito tripartite do SUS e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; alterando a Lei nº 8.080/1990. Há também discussões em parceria entre a Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer – CGCAN e a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – Saes para realizar contribuições ao texto do Projeto de Lei nº 2.952/2022, com a análise de impacto regulatório, além de atualização da Portaria nº 874/2013, bem como temas ligados à navegação de pacientes, acesso ao diagnóstico e incorporação de medicamentos, além de processos de pactuação com Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems, previstos para julho do corrente ano.

Nota do Relator: esta apresentação inclui ainda algumas informações sob a forma de gráficos e tabelas, conforme listagem a seguir, registradas ao longo deste texto de forma descritiva e fiel à apresentação presencial do autor. Para maiores detalhes, o leitor deve consultar o *qr code*.



CÂNCER: O PAPEL DA APS NA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE

JÉRZEY TIMÓTEO

Secretário Adjunto de Atenção Primária
à Saúde/MS



Em primeiro lugar, cabe destacar o que dizem as evidências brasileiras e internacionais sobre a eficácia da APS: a) o aumento de sua cobertura reduz a mortalidade infantil; b) 48% menos chance de desenvolver tuberculose; c) reduz o risco de internação e de reinternação hospitalar; d) reduz o risco de doenças cardiovasculares. O mais importante é que tais impactos são sempre mais positivos entre as populações em maior vulnerabilidade social.

A APS possui atributos clássicos que não custa reiterar, sendo eles: longitudinalidade; acesso e primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde; integralidade; coordenação do cuidado.

O atributo da *longitudinalidade* tem um significado especial, e no SUS, ela está compartilhada por diversas políticas nacionais, tais como Alimentação e Nutrição; Atenção Integral à Saúde da Criança; Saúde dos Adolescentes e Jovens; Saúde da População Idosa; Saúde da Mulher; Saúde do Homem; Atenção à População em Situação de Rua; Saúde da População Negra; Atenção à População do Campo, Florestas e Águas; Saúde Integral da população LGBTQIA+.

Em termos do *acesso*, cabe lembrar de diversos programas e ações que fazem parte do repertório de ofertas por parte das equipes nas unidades do SUS, tais como Saúde na Escola; Saúde da Família; Atenção Primária geral; Multiprofissionalidade do atendimento; Saúde Bucal; Saúde da Família Ribeirinha; Consultório na Rua; Atenção Primária Prisional; Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

A *integralidade* é contemplada por meio da oferta, pela APS, de 212 serviços diferentes, em milhares de unidades espalhadas por todo o território nacional, abertas por 40 horas semanais.

Em relação à *coordenação do cuidado*, existem os seguintes princípios operacionais: jornada do usuário; cuidados centrados na pessoa; agendamento e compartilhamento de responsabilidades entre os serviços referenciados de média e alta complexidade.

O enfoque da APS no atendimento ao câncer se verifica por intermédio de alguns de seus princípios, a saber: cuidado integral, não apenas individual e oncológico; potencial de diagnóstico precoce; coordenação do cuidado; facilitação do acesso; potencial de navegação por meio do sistema de saúde, assim como otimização de custos.

Registre-se também algumas outras atividades, tais como a prevenção primária; a promoção de estilos de vida saudáveis; a educação e motivação das pessoas na adoção de hábitos que possam diminuir seu risco de desenvolver câncer; a detecção precoce do câncer, assim como seu rastreamento.

Claramente, a APS endossa e pratica as diversas recomendações do Inca relativas ao papel que lhe cabe no controle do câncer, que envolvem, entre outros aspectos, a promoção de vida saudável, em termos de exercício alimentação e uso de substâncias; a amamentação; as vacinações; a regularidade dos exames preventivos; os cuidados com a pele diante da radiação solar etc.

No quesito *navegação e diagnóstico*, podem ser arroladas algumas das principais iniciativas em desenvolvimento por parte do Departamento de Atenção Básica do MS, tais como: a integração dos sistemas de informação e-SUS APS e Sistema de Informação do Câncer (Siscan); a incorporação do teste molecular para detecção do HPV no SUS; a participação na elaboração das diretrizes para detecção precoce do câncer colorretal e do Plano Nacional para Controle e Eliminação do Câncer do Colo do Útero; na promoção de ações e intervenções para ampliação da cobertura da vacina contra o HPV; na elaboração de Guia de Bolso sobre contribuição dos ACS para ampliação do rastreamento dos cânceres do colo do útero e de mama; no apoio técnico aos estados e municípios; na participação na elaboração da atualização das Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer.

O contexto de destruição da saúde no Brasil em anos recentes vem sendo superado por meio de medidas diversas. O processo de cadastramento, por exemplo, foi simplificado e voltado apenas para captação de clientela, fazendo com que as equipes ficassem sobrecarrega-

das, sem garantia real de acesso e cuidado integral, provocando, além disso, a omissão sobre territórios e o uso de indicadores que não induziram mudança de modelo e melhoria na qualidade. Isso acarretou a fragilização da Estratégia Saúde da Família (ESF), com cadastros em excesso, falta de apoio às equipes, redução do número de médicos, com formação de equipes parciais.

Uma primeira medida do MS foi a retomada dos chamados pisos (de atenção básica fixo e variável), cujas mudanças no período anterior haviam impactado negativamente o financiamento da ESF, levando à restrição na qualidade da estratégia. Assim, amplia-se agora o elenco restrito de indicadores de avaliação e monitoramento, para torná-los realmente suficientes para uma avaliação rigorosa da APS.

Com isso, a expectativa é de que o cenário de “menos Saúde da Família”, imposto pelo governo anterior, transforme-se realmente em Mais Saúde da Família, de acordo com as diretrizes mais atualizadas de tal estratégia.

Para o gestor federal, um aspecto essencial na mudança de gestão na APS é o desenvolvimento de maior previsibilidade, em termos de equidade, sustentabilidade e garantia de financiamento compartilhado entre os membros da Federação. Outro aspecto, o *cuidado integral*, traduz-se na identificação de indicadores capazes de induzir boas práticas clínicas e territoriais. *Vínculo e acesso* no território também são critérios da referida mudança, no que cabe incentivar a qualidade, a completude e a atualização dos registros, de forma a resgatar tais dimensões. Em ter-

mos de *equidade*, novos critérios de classificação dos municípios brasileiros devem ser definidos, utilizando índices de vulnerabilidade social.

Questão essencial, também redimensionada na atual direção do MS, é a dos recursos humanos na APS, facultando mais equipes para o cuidado integral em Saúde da Família, de forma a estabelecer parâmetros adequados em termos de pessoas vinculadas, acompanhadas e cuidadas por equipe. Nesse aspecto, cabe estabelecer novos parâmetros realmente adequados por equipe, o que está sendo praticado em faixas diferenciadas, a saber, faixa I: 2 mil pessoas por equipe; faixa II: 2.500; faixa III: 2.750; faixa IV: 3 mil.

A título de comparação, observem-se alguns dados comparativos internacionais, relativos a pessoas atendidas por equipes de APS: Itália: 1.300 usuários; Espanha: 2.500 usuários; Saúde Suplementar no Brasil: 2.500 usuários; Brasil (2022): 4 mil usuários; Brasil/Mais Saúde da Família, a partir de maio/2024: de 2 mil a 3 mil usuários.

Registre-se, também, o que já foi feito na ESF entre 2022 e agora. Equipes de saúde da família implantadas: 2019 – 2022: 1.445 equipes por ano; 2.198 equipes implantadas em 2023; 16% de consultas médicas a mais do que em 2022; 29% de procedimentos a mais do que em 2022.

O programa Brasil Sorridente também está sendo redimensionado e qualificado. Entre 2019 e 2022, foram formadas 385 novas equipes por ano; já ao longo do ano de

2023, foram 2.771 novas equipes, ou seja, um aumento de 85%. No programa Mais Médicos, os 13.726 profissionais incluídos em 2022 passaram a 25.421 em 2023 com 60%, alocados sempre em municípios mais vulneráveis.

A revisão e o ajuste dos indicadores de cobertura, vínculo e qualidade mencionados acima na ESF passaram a ser compostos, após 2023, por nada menos do que 21 itens, dentro dos tópicos a seguir. *Acesso e Integralidade*: Cuidado em Saúde da Mulher; Cuidado da Gestante; Cuidado no Desenvolvimento Infantil; Cuidado da Pessoa com Diabetes; Cuidado da Pessoa com Hipertensão; Cuidado da Pessoa Idosa. *Equipes Multiprofissionais*: Pessoas acompanhadas; Ações interprofissionais realizadas; Compartilhamento do Cuidado com a equipe. *Vínculo e Cuidado*: Satisfação da pessoa atendida; Acompanhamento do Bolsa Família; atendimentos Domiciliares; Pessoas acompanhadas entre os cadastrados. *Saúde Bucal*: Primeira Consulta; Tratamentos Concluídos; Taxa de Exodontia; Escovação Supervisionada; Índice de Prevenção; Tratamento Restaurador Atraumático. *Equipes Multiprofissionais*: Pessoas acompanhadas; Ações interprofissionais realizadas; Compartilhamento do Cuidado; Resolutividade.

Para tudo isso, a previsão orçamentária, incluída a expansão prevista para 2023-2024, é a seguinte: Saúde da Família, R\$ 1,1 bilhão; Brasil Sorridente, R\$ 2,3 bilhões; Equipes Multiprofissionais, R\$ 930 milhões, totalizando cerca de R\$ 4,3 bilhões.

Afinal, isso é o que se deve esperar de um SUS que seja realmente capaz de cuidar das pessoas, de forma integral, em todo o ciclo de vida, com mais vacinas, mais qualidade, mais atendimento, mais medicamentos, mais integração, mais humanização; com ciência e tecnologia a serviço da vida.

Finalizando, pode-se dizer que, para a questão específica do câncer, na ESF atual, a diretriz central é: *mais acesso a especialistas e cuidado integral, com enfoque no diagnóstico precoce do câncer.*

Nota do Relator: esta apresentação inclui ainda algumas informações sob a forma de gráficos e tabelas, registradas ao longo deste texto de forma descritiva e fiel à apresentação presencial do autor. Para maiores detalhes, o leitor deve consultar o *qr code*.





*Jersey Timóteo,
Luiz Santini e André Médici*

VIGILÂNCIA NO ENFRENTAMENTO E CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL

ETHEL MACIEL

Secretária de Vigilância em Saúde e
Ambiente/MS



O câncer é, de fato, um grande problema da saúde pública no Brasil. Ele representa a segunda causa de mortalidade geral no País e a terceira entre 20 e 49 anos, devido à entrada das causas externas em primeiro lugar. Na Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o câncer como diagnóstico autorreferido ocorre em 2,15% das mulheres e em 1,6% dos homens; ele é responsável ainda por nada menos que 653,7 óbitos/dia, 937 mil internações anuais, R\$ 2,2 bilhões de gastos com internações, sendo a segunda causa de morte prematura no País, perdendo só para as doenças cardiovasculares.

Em termos de acometimentos específicos, entre as mulheres, o câncer de mama resulta em 201,9 óbitos/dia, 73 mil internações/ano e R\$ 174 milhões de gastos com internações, sendo o tipo de câncer que mais mata entre mulheres. Já o câncer do colo uterino produz 66,7 óbitos/dia, 24 mil internações/ano e consome R\$ 53 milhões com internações, sendo o terceiro tipo de câncer que mais mata mulheres no Brasil.

Os fatores de risco e proteção comportamentais comuns às neoplasias devem ser lembrados, sendo *fatores*

de proteção: consumo de frutas e hortaliças; prática de exercícios e tempo livre – e *fatores de risco*: tabagismo e consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

Para o fator de risco *álcool*, de acordo com o Vigitel/2023 e outros inquéritos, 44,6% dos adultos admitem o hábito de consumir bebida alcóolica com aumento de 95% no consumo abusivo entre mulheres; amostra de 188 mil estudantes entre 13 e 17 anos mostrando que 63% já deles experimentaram bebidas alcoólicas alguma vez na vida, 34,6% tomaram bebida pela primeira vez antes de 13 anos e 26,8% a tomaram nos últimos 30 dias antes da pesquisa,

Para o fator *tabaco*, os dados demonstram, na série temporal do percentual de fumantes entres adultos (≥ 18 anos) nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, uma redução da prevalência de consumo nos últimos 20 anos, embora ocorra diminuição da intensidade de redução do consumo nos últimos anos, o que é preocupante. No caso do cigarro eletrônico, as taxas são menores do que as do tabaco, mas com estabilidade entre as mulheres, ainda que decaindo nos homens. Entre os jovens de 13 a 17 anos, todavia, as taxas são superiores à média brasileira, particularmente nas Regiões Sul e Centro-Oeste.

Para os *alimentos ultraprocessados*, o consumo deles mostra relação inversa com a idade e o comportamento flutuante entre a categoria da educação formal (menor consumo em “sem educação formal” e “superior completo”),

sendo que nesta última a diferença é menor em relação ao consumo mais alto. Além disso, 97,3% dos escolares brasileiros dizem ter consumido pelo menos um alimento ultraprocessado no dia anterior à pesquisa, sendo que, entre estes, ocorre o maior consumo, ou seja, de dois ou mais itens de alimentos de tal tipo.

Em relação aos fatores de proteção relativos às mulheres, ou seja, na mamografia e no exame ginecológico, os dados disponíveis mostram o percentual de mulheres de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de câncer, por tipo, no primeiro diagnóstico: 19%; colo do útero; 43,5%, mama; 37,5%, outros. Entre as mulheres de 25 a 64 anos, os motivos alegados de nunca terem feito exame para detecção precoce de câncer do colo do útero são, principalmente: “não acha necessário”, “não foi orientada”, “vergonha”.

O MS vem desenvolvendo *agendas estratégicas* relativas a tais situações, englobadas em um Plano de Ação Global de Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com os seguintes componentes: a) Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022; b) Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2021 a 2030; c) Política Nacional de Controle do Tabaco, que representa importante instrumento para reduzir a morbimortalidade relacionada com o consumo de produtos derivados do tabaco no Brasil.

Tal conjunto de medidas envolve estratégias diferenciadas, tais como educação e informação em caráter diferenciado, além de regulamentação, taxação, promoção de ambientes saudáveis, monitoramento e desenvolvimento de sistemas estruturantes.

Em relação ao câncer, cabe lembrar os avanços produzidos pela Lei nº 14.758, de 2023, que cria a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

As metas de controle relativas ao câncer estabelecidas nas ações incluídas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano DANT), do MS, são as seguintes: a) reduzir mortalidade prematura por câncer do colo do útero em 20%; b) reduzir taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama em 10%; c) reduzir taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de aparelho digestivo em 10%.

As chamadas ações estratégicas de enfrentamento do câncer são também de crucial importância, ou seja: a) fomentar a qualificação e a ampliação da atuação clínico-assistencial dos profissionais de saúde, com ênfase em equipes multiprofissionais, por meio da elaboração, da implantação e da implementação de linhas de cuidado, diretrizes e protocolos clínicos para as DCNT – hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, câncer do colo do útero e câncer de mama; b) aperfeiçoar o rastreamento do câncer de mama e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com controle

de qualidade da mamografia, confirmação diagnóstica e encaminhamento tempestivo dos casos confirmados de câncer para o nível terciário; c) implementar linhas de cuidado e demais estratégias que induzam a organização do processo de trabalho na APS para a detecção precoce dos cânceres de mama e do colo do útero; d) implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento (colo do útero e de mama) e diagnóstico precoce (câncer de mama, pele, boca, próstata e colorretal); e) aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia da qualidade do exame, de confirmação diagnóstica, do tratamento de lesões precursoras, com seguimento de acordo com as diretrizes nacionais e a referência dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.

Nota do Relator: esta apresentação inclui ainda uma série de informações sob a forma de gráficos e tabelas, mencionadas ao longo deste texto de forma descritiva e fiel à apresentação presencial do autor. Para maiores detalhes, o leitor deve consultar o *qr code*.





Ethel Maciel

INCENTIVOS PARA MELHORAR O FINANCIAMENTO E AUMENTAR A PERFORMANCE DAS POLÍTICAS DE CÂNCER NO BRASIL

ANDRÉ MEDICI

Economista sênior em Saúde do
Banco Mundial



A magnitude do câncer no Brasil é inquestionável, tendo tal doença representado 16% da mortalidade em 2022; 15% a 17% dos Disability-Adjusted Life Years – DALY's em 2019, consumindo 3% do financiamento público federal do SUS em 2022. Nos países de alta renda, em termos de percentuais das despesas com saúde, as cifras para o câncer variam de 3,7% na Suécia a mais de 9% na Coreia do Sul. Entretanto, a magnitude do gasto com câncer nem sempre se correlaciona com melhores resultados, a não ser quando são controladas outras variáveis ligadas à eficiência do gasto.

No SUS, os custos do câncer por tipo de procedimento mostram que estes aumentaram 402% entre 2018 e 2022, enquanto o custo das internações e cirurgias permaneceu relativamente estável ao longo desse período. Em termos prospectivos, a distribuição percentual dos gastos federais com câncer no Brasil, que em 2022 foram de R\$3,9 bilhões, em 2040, deverão chegar a R\$ 7,4 bilhões a preços atuais, mesmo assim excluídos gastos com promoção, prevenção, diagnóstico e detecção precoce.

O diagnóstico tardio do câncer é certamente mais oneroso, tanto do ponto de vista financeiro como ético. No caso do câncer de pulmão, no Brasil, 88% dos pacientes só têm a doença descoberta nos estágios avançados III e IV. Os gastos totais com câncer por tipo de tratamento indicam que a quimioterapia representa a maior parte destes, com quase 50%, seguida por radioterapia e cirurgias. Os gastos são maiores nos casos de câncer de mama, seguido por intestino, próstata e pulmão.

Dentro deste cenário, podem ser apontados alguns “pontos cegos” ou perguntas ainda sem resposta, como: quanto se gasta no SUS com promoção, prevenção diagnóstico e detecção precoce? Qual o nível de cobertura das estratégias de promoção, prevenção, diagnóstico e detecção precoce? Quanto se poderia reduzir de custos com as estratégias de promoção, prevenção, diagnóstico e detecção precoce? Como financiar e associar incentivos para profissionais trabalharem com promoção, prevenção, diagnóstico e detecção precoce? Qual as melhores formas de aumentar a eficiência da comunicação social nos temas de promoção, prevenção, diagnóstico e detecção precoce do câncer.

Podem também ser enumerados alguns dos desafios para o financiamento das políticas de câncer no Brasil, por exemplo: a falta de acesso equitativo aos serviços de saúde; as desigualdades sociais e regionais; a falta de investimento em prevenção e detecção precoce; a escassez de profissionais qualificados, especialmente na Atenção Bás-

ca; a infraestrutura e os recursos sabidamente limitados; a precariedade da regionalização e da coordenação dos processos de gestão, além dos custos elevados dos tratamentos;

O panorama do financiamento na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer pode ser assim delineado: em dezembro de 2023, o Congresso aprovou a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer do SUS (Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. Esta política visa garantir a integralidade da assistência ao paciente com câncer ao promover o acesso adequado ao cuidado da saúde, desde a prevenção até a reabilitação, passando por diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. No entanto, cabe indagar: qual é a possibilidade de que seja cumprida? A lei não especifica claramente quanto custará a nova política e quais os recursos para realizar os investimentos necessários para sua implementação (infraestrutura, capacitação, suprimentos etc.). Assim, cabe inquirir: de onde virão esses recursos e quais os mecanismos de pagamento para seu gerenciamento?

De toda forma, existem no SUS alguns incentivos associados ao diagnóstico e à detecção precoce do câncer, relacionados a seguir: a) o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCC) e o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (PNCCM), que incentivam a detecção precoce do câncer do colo do útero por meio do exame preventivo (Papanicolau) e de mama, por intermédio da mamografia e do exame

clínico das mamas, em mulheres de determinadas faixas etárias; b) o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata (PNCCP), no qual são oferecidos exames de rastreamento, como o exame de toque retal e o PSA (antígeno prostático específico) para homens de determinada faixa etária; c) a estratégia de APS/Saúde da Família, dentro da qual os profissionais de saúde são responsáveis por identificar sinais e sintomas suspeitos de câncer durante as consultas de rotina, realizando avaliações iniciais e encaminhando os pacientes para exames complementares; d) o Telessaúde, que, sem dúvida, facilita o acesso a especialistas e exames complementares em áreas remotas ou carentes de recursos.

Além disso, incentivos financeiros são oferecidos a unidades de saúde que alcançam metas específicas relacionadas com diagnóstico e detecção precoce do câncer, como o número de exames realizados ou a taxa de cobertura da população-alvo. Em termos financeiros, existem também, no SUS, determinados incentivos para promoção, prevenção, diagnóstico e detecção precoce do câncer, como parte da política de APS, a seguir enumerados: a) Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), destinado a incentivar e apoiar ações específicas de saúde pública, como a detecção precoce do câncer, nas unidades de saúde que atingem metas estabelecidas pelo MS em relação ao número de exames realizados ou à cobertura da população-alvo, podendo receber um aumento nos recursos financeiros; b) Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que representa

incentivo financeiro para unidades que alcancem determinados padrões de qualidade estabelecidos, o que inclui a realização adequada de exames preventivos, como Papanicolau e mamografias, para detecção precoce do câncer; c) Financiamento por Produção Ambulatorial e Hospitalar (FPAH), uma forma de financiamento que remunera as unidades de saúde com base nos procedimentos realizados e nos serviços prestados, de tal forma que unidades que aumentam a realização de exames de diagnóstico precoce do câncer podem receber mais recursos financeiros por meio desse mecanismo, embora tais valores sejam subestimados perante custos, segundo a maioria dos gestores; d) programas específicos de incentivo, que podem ser implementados para diagnóstico e detecção precoce do câncer, oferecendo recursos adicionais para unidades de saúde que alcançam determinadas metas, como aumentar o número de mamografias realizadas em uma determinada área geográfica; e) Piso de Atenção Básica, dito *variável*, contempla a detecção precoce do câncer, com incentivos correspondentes.

Em relação aos exames preventivos, as Unidades de APS podem realizar exames preventivos, como o Papanicolau para o câncer do colo do útero e a mamografia para o câncer de mama, bem como campanhas de conscientização e educação em saúde para a detecção precoce do câncer, além de acompanhamento e monitoramento de pacientes com histórico familiar de câncer ou fatores de risco. Para tal finalidade, é realizada a capacitação de profissionais de saúde para diagnóstico e manejo de casos de câncer, in-

cluindo treinamentos em técnicas de exames preventivos, interpretação de resultados e encaminhamento adequado de pacientes.

Apesar de tudo que é feito, cabe a indagação: por que os atuais incentivos para promoção, prevenção, diagnóstico e detecção precoce do câncer no Brasil não parecem funcionar? Podem ser ensaiadas algumas respostas, a saber: falta de investimento adequado, que pode resultar em falta de infraestrutura, equipamentos e profissionais de saúde, dificultando a implementação eficaz desses programas; desigualdades regionais e socioeconômicas, prejudicando o acesso aos serviços de saúde e a implementação de programas de prevenção e detecção precoce do câncer; barreiras de acesso geográficas, culturais e financeiras, com dificuldades no acesso a exames preventivos, como mamografias e Papanicolau, e a serviços de acompanhamento médico; baixa conscientização e educação em saúde, com baixas taxas de participação em programas de rastreamento e exames preventivos, além de informação precária à população sobre fatores de risco, sinais e sintomas e necessidade de busca de cuidados médicos precoces.

Além disso, a fragmentação e a complexidade do SUS são inegáveis, dificultando a coordenação e a integração de programas de prevenção e detecção precoce do câncer entre diferentes esferas governamentais e instituições de saúde, fatores agravados pela precariedade dos processos de monitoramento e avaliação, o que, sem dúvida, dificul-

ta a identificação de problemas na implementação de programas de prevenção e detecção precoce do câncer, bem como a avaliação de sua eficácia e impacto na saúde da população.

As desigualdades regionais têm marcante importância no alcance das medidas de prevenção do câncer. Assim, por exemplo, a cobertura de mamografias é substancialmente reduzida nas Regiões Norte e Nordeste quando comparada às demais regiões, chegando mesmo a existir, na Região Sul, um superávit de tal exame em relação às necessidades. Estudos recentes mostram ainda que, além dessas desigualdades regionais, existe também a alocação irregular dos recursos diagnósticos para câncer, como é o caso da mamografia.

Cabem alguns comentários sobre as necessidades de regulamentação para alavancar o financiamento das políticas de prevenção e controle do câncer no País. Em primeiro lugar, é preciso haver aumento de investimentos nesse campo, de forma a promover a melhoria da infraestrutura, a aquisição de equipamentos modernos, a garantia de acesso a medicamentos e terapias inovadoras, além da expansão dos programas de prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer. A priorização orçamentária é fundamental, com destinação adequada e sustentável de recursos para garantir a continuidade e eficácia das iniciativas de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Outrossim, eficiência na gestão e transparência dos recursos financeiros destinados ao combate ao câncer, imple-

mentando mecanismos de monitoramento e avaliação para o alcance de seus objetivos.

Além disso, estímulo às parcerias público-privadas, envolvendo organizações da sociedade civil, visando aumentar os recursos disponíveis para o combate ao câncer. A captação de recursos adicionais também deve entrar na pauta do combate ao câncer, entre eles, as doações individuais, o financiamento internacional e os incentivos fiscais. Tudo isso sem esquecer da necessária redução das desigualdades regionais, implicando a garantia de que os recursos sejam distribuídos de forma equitativa, levando em consideração as necessidades específicas das áreas mais carentes.

É preciso também ressaltar as informações e os estudos que deveriam ser realizados para subsidiar as políticas de financiamento da prevenção e controle de câncer no Brasil. Dentre estes, podem ser citados diversos, por exemplo: melhorar os estudos epidemiológicos e de avaliação da carga de doença de câncer, incluindo incidência, prevalência, mortalidade e impacto econômico. De forma similar, cabe identificar tipos de câncer mais prevalentes, populações mais afetadas e áreas geográficas com maior necessidade de intervenção; realizar análise de custo-efetividade das políticas e orçamento; estimar os custos associados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, bem como os potenciais benefícios em termos de impacto orçamentário e nas condições de saúde, além de monitoramento e avaliação de programas de prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer.

Item fundamental, também, é o da pesquisa em saúde pública, visando, entre outros aspectos, melhor compreender os determinantes sociais, comportamentais e ambientais do câncer no Brasil, bem como os fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde e a adesão aos programas de prevenção e tratamento e nas estratégias de comunicação. Da mesma forma, cabe realizar a avaliação de eficácia e o impacto de intervenções específicas de prevenção e controle do câncer (programas de vacinação contra o HPV, campanhas de conscientização sobre o tabagismo, rastreamento de câncer de mama e do colo do útero e estratégias inovadoras, por exemplo), além de realizar estudos de desigualdades na incidência, detecção e tratamento do câncer, bem como no acesso aos serviços de saúde e nos resultados do tratamento da doença no Brasil, com enfoque principal em grupos populacionais de maior risco.

Na questão da remuneração para prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e medicamentos inovadores para o câncer, alguns tópicos podem ser levantados, a saber: *pagamentos por desempenho ou resultados*, ou seja, pagar pelos resultados obtidos no tratamento do câncer em vez de simplesmente pelos serviços prestados, o que deve incluir métricas, como sobrevivência, qualidade de vida do paciente e redução de complicações; igualmente para *pagamento baseado em valor*, por exemplo, um medicamento que prolonga a vida significativamente pode ser valorizado e pago em conformidade, dentro de um modelo que incentive a utilização de tratamentos mais eficazes e menos dispendiosos; *contratos de resultados compartilhados*, fa-

zendo as partes interessadas, como os fabricantes de medicamentos e os pagadores, concordarem em compartilhar o risco financeiro associado ao desempenho do tratamento (por exemplo, um fabricante pode oferecer descontos ou reembolsos se um medicamento não atingir os resultados esperados em termos de eficácia ou segurança); modelos de *subscrição ou pagamento por acesso*, envolvendo pagamento de uma taxa fixa por acesso a um determinado conjunto de medicamentos ou serviços relacionados ao câncer. Esses são modelos que visam garantir previsibilidade financeira para os sistemas de saúde e que podem incluir incentivos para a prevenção e o diagnóstico precoce.

Importância especial têm as parcerias público-privadas, que podem envolver colaborações entre governos, organizações sem fins lucrativos e empresas privadas para desenvolver e disponibilizar tratamentos e medicamentos inovadores para o câncer, com compromissos de investimento conjunto e compartilhamento de recursos e *expertise*.

Como exemplificação, podem ser citadas três experiências internacionais de financiamento de promoção, prevenção, diagnóstico e detecção precoce de câncer. São elas: a) Quality and Outcomes Framework (QOF) – Reino Unido; b) Patient-Centered Medical Home (PCMH) Model – Estados Unidos; e c) Pay-for-Performance (P4P) Programs – Canadá.

O QOF é um programa de pagamento por desempenho no Reino Unido que remunera os médicos de família com base no alcance de metas específicas de qualidade

e desempenho, incluindo o rastreamento e o manejo de condições crônicas, como o câncer. Isso inclui incentivos financeiros para a promoção de estilos de vida saudáveis, encaminhamentos para rastreamento de câncer e registro adequado de resultados de exames.

O PCMH enfatiza a coordenação do cuidado centrado no paciente e a prestação de serviços preventivos e de promoção da saúde. As unidades de câncer podem receber incentivos financeiros por sua participação em equipes de cuidados coordenados, realização de rastreamento de câncer e encaminhamento oportuno de pacientes para diagnóstico e tratamento.

Quanto ao P4P, algumas províncias do Canadá implementaram programas de pagamento por desempenho que incentivam os médicos e as unidades de saúde a alcançarem metas específicas relacionadas com prevenção e controle do câncer. Isso pode incluir incentivos financeiros para a realização de exames de rastreamento de câncer, encaminhamentos adequados para diagnóstico e tratamento e adesão a diretrizes de prática clínica baseadas em evidências.

Da mesma forma, destacam-se algumas experiências internacionais para o financiamento de medicamentos de câncer de alto custo, a saber: a) Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (National Health Service – NHS), por meio do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), visando avaliar a relação custo-eficácia de novos medicamentos, permitindo ao NHS negociar preços com as empresas farmacêuticas e decidir assim quais tratamen-

tos serão disponibilizados para os pacientes; b) Sistema de Reembolso da Alemanha, o qual permite que as seguradoras de saúde negociem diretamente com as empresas farmacêuticas os preços dos medicamentos, possibilitando uma maior flexibilidade nos preços e na disponibilidade de tratamentos para os pacientes com câncer; c) Australia Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), que subsidia o custo de muitos medicamentos, incluindo tratamentos para o câncer, no qual o governo negocia preços com as empresas farmacêuticas, e os pacientes pagam uma taxa fixa, conhecida como *copayment*, por seus medicamentos; d) Programas de Acesso Acelerado nos EUA, onde a Food and Drug Administration (FDA) oferece programas de acesso acelerado para medicamentos que tratam doenças graves, incluindo o câncer, dentro de iniciativas que agilizam o processo de aprovação de medicamentos para pacientes com necessidades médicas não atendidas.

Nota do Relator: esta apresentação inclui ainda uma série de informações sob a forma de gráficos e tabelas, mencionadas ao longo deste texto de forma fiel à apresentação do autor. Para maiores detalhes, o leitor deve consultar o *qr code*.



CÂNCER: DESAFIOS NO PRESENTE E CAMINHOS PARA SUA SUPERAÇÃO

NELSON TEICH

Oncologista, ex-ministro da Saúde



Alguns fatores relativos ao controle do câncer no Brasil são dados, por exemplo, pelas escolhas, pelo planejamento e pela execução que acontecem atualmente e certamente ao longo dos próximos anos. Isso seguramente dependerá da nossa capacidade de fazer acontecer na prática o que pode estar perfeito, mas apenas no papel, mais valendo uma gota de execução e entrega do que um oceano de ideias não concretizadas. No caso da covid-19, por exemplo, a nossa capacidade de entrega à sociedade foi insatisfatória – e a verdade é que não a melhoramos substancialmente, como no caso atual da dengue.

Outro dito que se aplica à presente situação do câncer é o seguinte: nunca prometer quando estiver feliz; não responder quando estiver com raiva; não decidir quando estiver triste.

Não custa lembrar: existe uma grande diferença entre valorizar a saúde e priorizar a saúde, até porque a saúde nunca foi uma prioridade no Brasil. Veja-se, por exemplo, o quanto se gasta com saúde no Brasil e no Reino Unido.

Deve ser enfatizado que o processo de reestruturação da Oncologia e do próprio sistema de saúde no Brasil está felizmente saindo da estaca zero. E melhor será se tal processo se iniciar por um bom diagnóstico do momento atual. Nesse caso, é preciso estabelecer um diagnóstico crítico, baseado em informação de qualidade, relativa à infraestrutura, ao acesso, ao potencial de financiamento, às tendências observadas nos desfechos clínicos, bem como às necessidades da sociedade. Como pano de fundo, a perscrutação dos cenários (*horizon scanning*), a legislação e as possibilidades de concorrência e ou cooperação.

Informação de qualidade significa que ela deve se situar dentro de um panorama de planejamento em tempo real, de enfrentamento das complexidades do cenário, da ausência de vieses e da preservação de dados. Vale lembrar, entretanto, que um erro comum é a criação de um projeto de coleta de informações no qual as condições para que o resultado aconteça na prática não sejam levadas em conta.

Assim, vale a pena conhecer e dominar uma série extensa de dados que são mostrados a seguir, como resultado de levantamentos do Instituto Lado a Lado pela Vida. São eles: o montante de recursos aplicados em saúde em 2023 por ente federativo e subfunção; a enumeração das unidades habilitadas em alta complexidade e oncologia no País; a estimativa de casos de câncer por região, capitais, gênero e localização da doença; os

recursos totais aplicados em saúde com e sem participação da União, por subfunções; os totais aplicados e a situação da Oncologia nas esferas federativas, incluída a projeção de aumento de gasto e ainda os gastos percentuais com a APS, também em União, estados e municípios.

Convém destacar, também, alguns dados comparativos de gastos per capita com saúde, entre Brasil e outros países, relativos a 2022. Com cifras postas em Reais, o gasto no Brasil com o SUS e a saúde suplementar pouco passa de R\$ 6,5 mil. Na Austrália, é quase cinco vezes maior; no Reino Unido e na França, cerca de 3,5 vezes; no Canadá e na Alemanha, 4 vezes; nos EUA, quase 10 vezes. Nesse aspecto, dados do Banco Mundial relativos a 2020 indicam que, nos países de renda alta, o gasto per capita em saúde chega a mais de R\$ 30 mil; na renda média alta, R\$ 2.645; na renda média baixa, R\$ 475; em renda realmente baixa, R\$ 170.

De toda forma, o financiamento da Saúde no Brasil, tendo como base o ano de 2022, mostra um quadro de segmentação. De um total de R\$ 959 bilhões, o SUS fica com R\$ 403 bilhões; o setor não público em geral, R\$ 556; a saúde suplementar, R\$ 231; gastos *out of pocket* R\$ 324.

Em termos do financiamento específico da Oncologia no SUS, uma aproximação a tal aspecto são os dados de 2016, relativos ao câncer de mama no município de São Paulo. Para o estadiamento zero a um, a participação do SUS foi de 25,79%, e da Saúde Suplementar,

50,54%; no estadiamento III e IV, SUS 40,82 % e Saúde Suplementar 17,98%.

É possível também comparar dados dos setores público e privado de saúde, em termos de sobrevida x estadiamento, demonstrando a maior dimensão do privado nos estágios mais avançados, embora nos estágios iniciais público e privado se equivalem.

Contudo, não podemos ser enganados pelos números. A verdade é que a gestão sanitária no Brasil não se fez acompanhar pela evolução das inovações, da complexidade dos procedimentos e dos custos globais do sistema. O pior é que os cenários atuais apontam para a disponibilidade cada vez menor de recursos financeiros em relação ao que é necessário para estruturar de forma abrangente os sistemas de saúde, bem como incorporar inovações e preparar recursos humanos.

Em síntese, é melhor passar a ver o setor saúde não como tendo um momento difícil ou uma crise pela frente. O melhor é pensar na existência de um verdadeiro *Novo Normal*.

Deve ser lembrado, também, que os sistemas de saúde não *quebram* ou vão à falência simplesmente. Eles, na verdade, *ajustam-se*. A questão é como cada participante vai ficar dentro dessa nova realidade. Escolhas são inevitáveis; assim, há que se considerar o chamado *custo de oportunidade*, ou seja, a busca de um equilíbrio entre equidade, universalidade e integridade, o que naturalmente representa uma operação

complexa. E por falar em escolhas, se os gestores não fizerem as escolhas necessárias, o sistema há de fazer por eles.

Uma decorrência disso é que tão importante quanto definir onde investir é definir onde *não* investir. É importante lembrar também que a inovação sozinha não gera eficiência ou equidade. Ao contrário, quem é capaz de trazer eficiência e equidade, de fato, é a figura do gestor.

Como geralmente não são medidos os desfechos no sistema de saúde, em decorrência disso, não se torna possível medir a eficiência do Sistema. O fator *acesso*, simplesmente, não é o indicador ideal. De toda forma, é preciso ter clareza a respeito da seguinte questão: qual o problema (ou problemas) que se quer resolver? E mais: qual a capacidade de entender e conduzir o Sistema?

Devemos encarar também que, no Brasil, a capacidade de gestão e transformação é baixa, por isso *as contas não fecham* nem é possível saber o que está acontecendo, de fato, no conjunto. Assim, medir e entender as operações no campo da saúde são tarefas complexas, comprometendo o potencial de entrega e a eficiência. Afinal, é praticamente impossível atuar sobre o que é invisível. Tudo se agrava por não existir realmente alguma correlação direta entre a melhora do cuidado e do benefício clínico *vis-à-vis* com a redução de custo. O controle do desperdício é importante, mas é algo diferente de reduzir o custo total do sistema de saúde.

Tudo isso leva ao aforisma de que um Gestor Público não pode ter paixão. Ele deve ter dados e inteligência sobre estes dados. Se tiver que ter paixão, que seja pelas pessoas, e não pelas instituições.

Qual a minha capacidade de fazer escolhas? Essa é uma pergunta que afeta diretamente as pessoas com encargos de gestão. Em uma aproximação ao problema, pode-se dizer que a gestão sem inteligência de dados significa o mesmo que navegar às cegas. Enfim, mais importante que simplesmente mostrar dados é a inteligência da informação aplicada à gestão.

Ademais, caberão sempre novas perguntas, como: estamos usando bem os nossos recursos na Oncologia? Como avaliar a qualidade dos dados? Como trabalhar as inconsistências? A simples inovação seria o caminho para solucionar a ineficiência do sistema de saúde? Quais as razões do sistema ter evoluído como evoluiu? Por que projetos anteriores não funcionaram? O que, de fato, reduz custos na Oncologia? O que pesaria mais em tal operação: restrição ao acesso; custos unitários menores; eficiência operacional; eficiência clínica? Como extrapolar esse trabalho para outras doenças?

Enfim, a Saúde não precisa de soluções disruptivas, mas sim de boas estratégias, planejamento e execução que sejam realmente capazes de retirar projetos do papel. Em conclusão, a Saúde requer soluções realistas, porém complexas, que priorizem a sociedade, bem planejadas e executadas com perfeição.

Nota do Relator: esta apresentação inclui ainda uma série de informações sob a forma de gráficos e tabelas, conforme lista a seguir, mencionadas ao longo deste texto de forma fiel à apresentação do autor. Para maiores detalhes, o leitor deve consultar o *qr code*.



Rita Cataneli e Nelson Teich





CONA



*Gustavo Fernandes, André Médici,
José Gomes Temporão e Luiz Santini*

SS



PARTE 2

SÍNTESE DAS APRESENTAÇÕES POR ESPECIALISTAS E GESTORES CONVIDADOS

CÂNCER COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O câncer representa a segunda causa de mortalidade geral no Brasil e a terceira entre 20 e 49 anos, sendo também a segunda causa de morte prematura no País, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. É diagnóstico autorreferido em 2,15% das mulheres e 1,6% dos homens. Responsável direto por 653,7 óbitos/dia, 937 mil internações anuais, R\$ 2,2 bilhões de gastos com internações. A doença representa ainda 16% da mortalidade no País, em 2022, 15% a 17% dos anos de vida perdidos (2019), consumindo cerca 3% do financiamento público federal do SUS em 2022. Cabe lembrar, entretanto, que a magnitude do gasto com câncer nem sempre se correlaciona com melhores resultados, a não ser quando são controladas outras variáveis ligadas à eficiência do gasto.

No caso específico das mulheres, o câncer de mama resulta em 201,9 óbitos/dia, 73 mil internações/ano e R\$ 174 milhões de gastos com internações, sendo o tipo de

câncer que mais mata entre mulheres. O câncer do colo uterino produz 66,7 óbitos/dia, 24 mil internações/ano e consome R\$ 53 milhões com internações.

Em termos de fatores de risco, no caso do *álcool*, 44,6% dos adultos admitem o hábito de consumir bebida alcoólica, e existe aumento de 95% no consumo abusivo entre mulheres. Entre estudantes de 13 a 17 anos, 63% já experimentaram bebidas alcoólicas alguma vez na vida, 34,6% a usaram antes de 13 anos e 26,8% fizeram uso nos últimos 30 dias. Para o *tabaco*, já há, de fato, redução da prevalência de consumo nos últimos 20 anos, embora com queda atual na intensidade de redução. O cigarro eletrônico surge como novo desafio mesmo que as taxas correspondentes sejam menores do que as do tabaco.

Uma marca dos desafios relativos ao câncer diz respeito às justificativas de mulheres em face do não cumprimento de procura à mamografia e ao exame ginecológico: “não acha necessário”, “não foi orientada”, “vergonha”.

Em termos de custo do câncer, no SUS, este aumentou 402% entre 2018 e 2022, ainda que o custo das internações e cirurgias tenha permanecido estável nesse período. A distribuição percentual dos gastos federais com câncer no Brasil, de R\$ 3,9 bilhões em 2022, em 2040, deverá chegar a R\$ 7,4 bilhões a preços atuais.

O diagnóstico tardio do câncer é certamente mais oneroso, tanto do ponto de vista financeiro como ético. No caso do câncer de pulmão, no Brasil, 88% dos pacientes só têm a doença descoberta nos estágios avançados III e IV.

Deve soar como alerta a desproporção entre a previsão de crescimento populacional por faixa etária x incidência de câncer (9%) *versus* 59% acima de 65 anos. Da mesma forma, registra-se um aumento expressivo na incidência de câncer globalmente, de até 400% em países de desenvolvimento humano baixo e mais de 50% nos IDH altos.

HISTÓRICO E MARCOS LEGAIS

A luta contra o câncer, em alguns momentos assumida como verdadeira guerra, tem história de mais de um século no Brasil, sem dúvida, com muitos avanços técnicos e legais. Em tais ações, há que se reconhecer o desempenho de instituições diversas, não só do poder público como também de organismos privados.

Documentos legais de importância devem ser especialmente registrados: a Portaria nº 874/2013, que estabelece a PNPCC, e a Portaria nº 3.283/2017, que versa sobre o Plano de Expansão da Radioterapia do SUS. Ambas guardam correspondência com a Lei nº 14.758/2023, real definidora de uma nova política oncológica no Brasil, cujas diretrizes apontam para a diminuição da incidência dos diversos tipos de câncer; para a garantia de acesso adequado ao cuidado integral; para a melhoria da qualidade de vida dos usuários já diagnosticados, bem como para a redução da mortalidade e a incapacidade causadas pela doença.

Merecem ainda destaque as diversas publicações do Inca e do MS, como a Estimativa 2023 – Incidência de Câncer

cer no Brasil; os RCBP; os RHC, além do SIM – MS/Inca. A publicação Estimativa de Câncer no Brasil (2022) é um marco histórico pela riqueza de informações sobre tal tema.

DIFICULDADES, AVANÇOS, DESAFIOS

Há numerosas perguntas não respondidas relativas ao controle do câncer no Brasil, conforme a qualificação de André Medici. Por exemplo, quanto ao que se gasta efetivamente no SUS com promoção, prevenção diagnóstico e detecção precoce; o nível de cobertura das estratégias correspondentes; as perspectivas de redução de custos mediante novas intervenções; a introdução de incentivos para profissionais; as possibilidades de aumentar a eficiência das ações e da comunicação social, visando, por exemplo, à detecção precoce do câncer.

Existem ainda muitos desafios a considerar no controle do câncer, como: a falta de acesso equitativo aos serviços de saúde; as desigualdades sociais e regionais; a falta de investimento em prevenção e detecção precoce; a escassez de profissionais qualificados, especialmente na Atenção Básica; a infraestrutura e os recursos sabidamente limitados; a precariedade da regionalização e da coordenação dos processos de gestão, além dos custos elevados dos tratamentos.

Apesar dos avanços obtidos, porém, cabe a indagação: por que os atuais incentivos para a promoção, prevenção, diagnóstico e detecção precoce do câncer no Brasil não parecem funcionar? A resposta incidiria em

uma série de questões relativas a investimento adequado; carências de infraestrutura, equipamentos e profissionais de saúde; obstáculos ligados à implementação pouco eficaz das ações e programas. desigualdades regionais e socioeconômicas; barreiras de acesso diversas; baixa conscientização, educação e participação em saúde, por parte da população; fragmentação e complexidade do SUS, bem como pela alocação irregular dos recursos.

É certo que a gestão da saúde no Brasil não guarda total correlação com a evolução das inovações, da complexidade dos procedimentos, dos custos globais do sistema, dentro de cenários que apontam para a disponibilidade cada vez menor de recursos financeiros em relação ao que é necessário para incorporar tecnologias e mesmo preparar recursos humanos.

O setor saúde – aí incluída, sem dúvida, a assistência oncológica – talvez não esteja enfrentando, no Brasil e no mundo, apenas um momento difícil ou (mais) uma crise. O que existiria, de fato, é um verdadeiro *Novo Normal*. Dentro disso, cabe lembrar que sistemas como o da saúde não caminham para a falência, fatalmente, mas, na verdade, *ajustam-se* – e é preciso saber como cada elo da cadeia se posicionará dentro dessa nova realidade. Escolhas serão inevitáveis, e deve-se considerar o chamado *custo de oportunidade*, traduzido pela busca de equilíbrio entre equidade, universalidade e integralidade. Fazendo com que se gestores não fizerem as escolhas necessárias, o sistema há de fazer por eles.

A questão do *acesso* não é tudo na oncologia – e na saúde em geral. É fundamental que também sejam medidos e avaliados os *desfechos* dentro deles. Medir a eficiência do sistema, diante de tal falha, torna-se quase impossível. De toda forma, é preciso ter clareza a respeito da seguinte questão: qual o problema (ou problemas) que se quer resolver? E mais: qual a capacidade de entender e conduzir o Sistema? Deve-se entender ainda que, no Brasil, a capacidade de gestão é baixa, por isso nem sempre é possível saber o que está acontecendo de fato no sistema.

Há que se considerar, como princípio-chave da gestão, que é praticamente impossível atuar sobre algo invisível e que não existe correlação direta entre a melhora do cuidado e o benefício clínico *vis-à-vis* com a redução de custo. A incapacidade de fazer escolhas afeta diretamente as pessoas com encargos de gestão, aliás, uma gestão sem inteligência de dados significa o mesmo que navegar às cegas.

Ademais, haverá sempre novas perguntas no cenário, por exemplo: estamos usando bem os nossos recursos na Oncologia? Como avaliar a qualidade dos dados? Como trabalhar as inconsistências? A simples inovação seria o caminho para solucionar a ineficiência do sistema de saúde? Quais as razões do sistema ter evoluído como evoluiu? Por que projetos anteriores não funcionaram? O que, de fato, reduz custos na Oncologia? O que pesaria mais em tal operação: restrição ao acesso; custos unitários menores; eficiência operacional; eficiência clínica? Como extrapolar esse trabalho para outras doenças?

A Saúde talvez não precise de soluções disruptivas, mas sim de boas estratégias, planejamento e execução que sejam realmente capazes de retirar projetos do papel, ou seja, soluções complexas, mas acima de tudo realistas, que priorizem a sociedade e que sejam bem planejadas e executadas.

ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

No campo da atenção especializada e de alta complexidade, dentro do qual está compreendido o controle do câncer, a Secretaria de Atenção Especializada/MS vem ampliando a oferta e aumentando os valores pagos a prestadores, para o que foram necessárias algumas mudanças no modo de organização e funcionamento dos serviços. Assim, em outubro de 2023, foi emitida a PNAES, acompanhada do PMAE, em abril de 2024, para cuja efetivação ainda é necessário maior esforço, por parte dos três níveis de governo e de universidades, sociedades de especialidades, setor privado e organismos de controle social.

Dentro de tal escopo, no ano de 2023, foram desenvolvidas ações de credenciamento e habilitação de novos serviços no SUS desencadeadas à recuperação e à ampliação dos recursos financeiros do SUS na Atenção Especializada.

Ao lado disso, buscou-se construir um modelo inovador de cuidado, com enfoque na pessoa e na otimização de jornada, contemplando a transparência, a gestão das filas

de espera, o uso intensivo do telessaúde, a melhor regulação e gestão do cuidado e a maior integração e incremento da OCI.

Tais *cuidados integrados* representam também uma mudança no modo de contratação e remuneração dos prestadores públicos e privados, com substituição do pagamento por procedimento para a atribuição de um VGC, um conjunto de procedimentos necessários para atenção oportuna, integral e de qualidade, em determinada etapa da linha de cuidado. Com a instituição do VGC, seria possível obter um valor maior do que a soma dos valores das tabelas de procedimentos por incluir a gestão do cuidado, o processo de navegação pelo itinerário do usuário, a regulação, a saúde digital, além da necessária conexão com a APS.

Há outras iniciativas que dizem respeito ao câncer na linha de atuação do MS, como: a recomposição do teto financeiro na alta complexidade em oncologia; a expansão das redes de serviços com as novas habilitações (oncologia pediátrica; radioterapia), além da efetivação de alguns projetos estratégicos e convênios diversos.

Entre os avanços obtidos, estão a retomada e a reestruturação do chamado Consinca, por meio da Portaria GM/MS nº 1.390/2023, com ampliação da participação dos hospitais habilitados de organizações da sociedade civil na alta complexidade em Oncologia. Cabe a esse colegiado também assessorar o MS nas propostas de formulação, regulamentação e supervisão das diversas política nacionais

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O enfoque na APS em relação ao controle do câncer é fundamental, pela sua capacidade de rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres do colo do útero e da mama, por exemplo. Mediante tal integração, a realização de exame citopatológico e o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer de mama, por exemplo, apesar de terem experimentado forte queda a partir de 2019, em 2023, já foi possível retornar a cifras superiores às aquelas de alguns anos atrás.

A Secretaria de Atenção Básica/MS endossa e pratica diversas recomendações do Inca relativas ao papel que lhe cabe no controle do câncer, que envolvem, entre outros aspectos, a promoção de vida saudável, em termos de exercício, alimentação e uso de substâncias; a amamentação; as vacinações; a regularidade dos exames preventivos; os cuidados com a pele diante da radiação solar etc.

No quesito *navegação e diagnóstico*, podem ser arroladas algumas das principais iniciativas em desenvolvimento na Atenção Básica do MS, de interesse para o controle do câncer, podendo ser citadas em tal propósito: a integração dos sistemas de informação e-SUS APS e Siscan; a incorporação do teste molecular para detecção do HPV no SUS; a participação na elaboração das diretrizes para detecção precoce do câncer colorretal; o Plano Nacional para Controle e Eliminação do Câncer do Colo do Útero; a promoção de ações e intervenções para ampliação da cobertura da vacina contra o HPV; a elaboração de Guia

de Bolso sobre contribuição dos ACS para ampliação do rastreamento dos cânceres do colo do útero e de mama; o apoio técnico aos estados e municípios; na participação na elaboração da atualização das Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer.

Resumindo, a ESF para o câncer tem como diretriz central a promoção de mais acesso a especialistas e ao cuidado integral, com ênfase no diagnóstico precoce do câncer.

CIÊNCIA E TECNOLOGIA

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação/MS está articulada a uma estratégia nacional para o desenvolvimento do Ceis, com os componentes operacionais de redução da vulnerabilidade; incentivo à produção local; política de investimento, financiamento e estímulos; uso de poder de compra do Estado; impulsionamento de pesquisas; modernização da infraestrutura; incentivo à transição digital, além de apoio a iniciativas relacionadas com a saúde. Com isso, uma matriz de desafios produtivos e tecnológicos em saúde foi construída, tendo o câncer como um de seus tópicos, desdobrando-se em ações diversas, em relação aos cânceres de pele não melanoma; mama; próstata; colorretal; pulmão traqueia e brônquios; colo do útero; tireoide, linfomas e leucemias, além do dos cânceres infantis.

Algumas interações de interesse na Oncologia fazem parte das responsabilidades do Geceis, como o desenvolvi-

mento de um produto de terapia celular avançada baseado em células CAR-T e de construção de competências tecnológicas e produtivas na área de mRNA, entre outros aspectos não ligados diretamente ao câncer.



Fábio Baccheretti Vitor



PARTE 3

SÍNTESE DOS DEBATES

EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

São citadas algumas experiências internacionais de financiamento de promoção, prevenção, diagnóstico e detecção precoce de câncer. São elas: a) QOF no Reino Unido, um programa de pagamento por desempenho dirigido aos médicos de família com base no alcance de metas específicas de qualidade e desempenho, incluindo o rastreamento e o manejo de condições crônicas, como o câncer, o que inclui incentivos financeiros para a promoção de estilos de vida saudáveis, encaminhamentos para rastreamento de câncer e registro adequado de resultados de exames; b) PCMH Model nos EUA, que enfatiza a coordenação do cuidado centrado no paciente e a prestação de serviços preventivos e de promoção da saúde, com incentivos dirigidos a unidades por sua participação em equipes de cuidados coordenados, realização de rastreamento de câncer e encaminhamento oportuno de pacientes para diagnóstico e tratamento. c) P4P Programs no Canadá, programas de pagamento por desempenho que incentivam os médicos e as unidades de saúde a alcançarem metas específicas relacionadas com prevenção e controle do câncer, incluindo exames de rastreamento de câncer, encaminhamentos

adequados para diagnóstico e tratamento, além de adesão a diretrizes baseadas em evidências.

Da mesma forma, destacam-se algumas experiências internacionais para o financiamento de medicamentos de câncer de alto custo, a saber: a) NHS, por meio do NICE, visando avaliar a relação custo-eficácia de novos medicamentos, possibilitando negociar preços com as empresas farmacêuticas; b) Sistema de Reembolso da Alemanha, que permite às seguradoras de saúde negociar diretamente com as empresas farmacêuticas os preços dos medicamentos, com maior flexibilidade nos preços e na disponibilidade de tratamentos para os pacientes com câncer; c) PBS, com subsídios ao custo de muitos medicamentos, incluindo para o câncer, no qual o governo negocia preços com as empresas farmacêuticas, e os pacientes pagam uma taxa fixa; d) Programa de Acesso Acelerado nos EUA, voltado para medicamentos para doenças graves, incluindo o câncer, agilizando a aprovação de medicamentos para pacientes com necessidades médicas não atendidas.

Os debates foram orientados por uma lista de tópicos organizados pela equipe técnica do Conass, como mostrado a seguir:

- 1) Pontos positivos e os pontos negativos da Lei nº 14.758;*
- 2) vantagens percebidas em comparação com as abordagens anteriores;*
- 3) distorções das ações públicas direcionadas para o câncer no Brasil quanto à articulação entre as ações*

de promoção, prevenção, diagnóstico e detecção precoce e tratamento; 4) soluções para os problemas de coordenação e tipo de política pública para este fim; 5) propostas para reorganização e financiamento da política de câncer no Brasil com enfoque em cuidados mais eficazes e equitativos; 6) regionalização das políticas de câncer e o papel mais ativo dos Estados na sua coordenação; 7) experiências-piloto a serem replicadas em escala nacional, depois de analisadas e corrigidas; 8) obstáculos e soluções para a implementação bem-sucedida da nova política governamental de câncer; 9) fatores para a ampliação participação e colaboração de todos os setores da sociedade na luta contra o câncer; 10) garantias de acesso amplo aos tratamentos e medicamentos inovadores para o combate ao câncer; 11) financiamento e eficácia dos processos de análise e aprovação e disponibilização de medicamentos; 12) práticas internacionais de organização e financiamento de políticas de câncer; 13) utilização eficiente e transparente dos recursos financeiros alocados no câncer; 14) novos mecanismos de financiamento e de pagamento de provedores; 15) estratégias mais eficazes para a prevenção e detecção precoce do câncer; 16) garantias de que a nova política governamental de câncer no Brasil seja adaptável e responsiva.

A seguir, uma síntese dos debates, organizados por tópicos temáticos, a saber: a) questões gerais; b) cenários; c) inovação, ciência e tecnologia; d) financiamento e gestão de recursos; e) estruturas e processos de gestão; f) políticas associadas ao controle do câncer; g) judicialização.

QUESTÕES GERAIS

1. O Conass, ao representar os estados da Federação brasileira, de acordo com as leis e normas do SUS, tem papel diferenciado no controle do câncer, tendo assim a presente reunião marcante importância por abrir no cenário uma agenda fundamental e por alcançar um público de representantes dos órgãos estaduais de gestão; por favorecer a superação de uma etapa na qual o protagonismo passava mais pelos gestores federal e municipais, além de alguns provedores; e por significar uma mudança paradigmática de atitude, favorecendo, com isso, um “retorno” da Oncologia ao fulcro das discussões em Saúde Pública.
2. São inegáveis, no Brasil, os avanços possibilitados pelo panorama normativo, conforme se depreende da emissão, na última década, de documentos relevantes: a Portaria nº 874/2013, que estabelece a PNPC; a Portaria nº 3.283/2017 (Plano de Expansão da Radioterapia do SUS); a Lei nº 14.758/2023, sendo tais documentos os reais definidores de uma

nova política oncológica no Brasil, em que pese o fato de que sua regulamentação ainda esteja incompleta, sendo suas diretrizes: a diminuição da incidência dos diversos tipos de câncer; a garantia de acesso adequado ao cuidado integral; a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com câncer; a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer, além da sintonia com a diretriz que se tornou universal, qual seja, a de substituir o conceito de *luta* ou *guerra* para o de *controle* em relação à doença,.

3. As iniciativas contra o câncer têm rica história no Brasil, já com mais de um século de eventos, envolvendo agentes públicos e privados, em ambientes diversos, geralmente nas capitais, mas também no interior do País, dentro de lógicas de atendimento nas quais a abordagem como “guerra” foi sendo superada ao longo do tempo pela perspectiva de “controle” – aspectos em que a sintonia e a liderança exercida pelo MS e Inca, às vezes sob tensões, mas sempre produzindo avanços, em associação com outras instâncias, têm produzido resultados notáveis.
4. Sucesso indubitável da capacidade brasileira na área das DCNT é a posição internacional alcançada pelo País na ação antitabágica, o que deve servir de estímulo e aprendizado cada vez maior no campo do controle do câncer em geral.

5. Aspecto também positivo é o reconhecimento amplo do câncer como verdadeiro problema de saúde pública, sendo uma doença que mata, e muito, equivalendo seus indicadores de mortalidade até mesmo aos da recente pandemia da covid-19, exigindo, assim, uma resposta ampla, integrada e horizontal dos órgãos gestores, sem esquecer que, sem dúvida, o SUS tem obtido sucesso e acumulado experiências na formação desse tipo de ação, além de uma produção de conhecimento inquestionável, embora às vezes desconhecida ou pouco valorizada.

CENÁRIOS DO PROBLEMA

6. É preciso que os profissionais de saúde, os formadores de opinião, os gestores e os legisladores estejam atentos aos novos cenários abertos contemporaneamente com enfoque no problema do câncer, por exemplo, aqueles relacionados com as mudanças na demografia (envelhecimento da população), hábitos de vida (fumo, alcoolismo e outros) e degradação ambiental, além das pressões da indústria farmacêutica, dentro de um panorama em que são crescentes não só os fatores de risco como também as demandas sociais em relação à saúde e no qual se impõem, mais do que nunca, as intervenções com fundamento em evidências na tomada de decisões relativas à doença, perante a qual, acima

de tudo, é preciso saber fazer escolhas, com clareza e base científica.

7. Igualmente, a especificidade do portador de câncer deve ser levada em conta, com as demandas de “alto espectro” que estes naturalmente trazem aos serviços de saúde, sendo o câncer, por si só, um grande problema de saúde pública, também muito complexo, que representa enorme desafio ao requerer intervenções em frentes e cenários diversificados, com o concurso de múltiplos agentes, sendo o respectivo paciente, acima de tudo, um *desafiante* do sistema de saúde, ante o qual não cabem quaisquer “egolatrias”, omissões ou transferências indevidas de responsabilidades.
8. Cabe assim não só abrir como também fundamentar o que tem sido denominado de *caminho ou trajetória do paciente* dentro do sistema de saúde, sendo este um percurso dos mais atribulados e obstaculizados, cabendo superar o que tem sido apenas discurso em direção a uma prática real, em um esforço que requer a alimentação contínua de dados e a estruturação de efetivas redes, o que ainda está longe de ser realidade no País.
9. A desigualdade social entre as regiões e estados, assim como em instâncias infrafederativas, é fator limitante à resolução e ao controle, seja no câncer ou de outros problemas de saúde pública; e em tal

campo, as decisões devem contemplar não só o que é *correto* fazer, mas também o que é *viável*, levando em conta tanto as limitações de natureza social e econômica quanto os problemas estruturais da Federação brasileira, por exemplo, a repetida interrupção de políticas públicas, com forte prejuízo para a sociedade, quando da troca de governantes, nas três esferas de governo.

10. Como obstáculo a ser mais bem compreendido e combatido, está a resistência oposta pelos conhecidos *lobbies* com atuação no Legislativo e no Executivo, com forte potencial de intervenção nas políticas de medicamentos e alimentos ultraprocessados, além daquelas relativas a outros fatores agravantes à saúde geral.

INOVAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA

11. Agora, mais do que nunca, o pensamento sistêmico, inovador, “em rede”, deve permear não só a gestão e a assistência, mas também o ensino das ciências da saúde, tendo como princípios orientadores a inovação crítica, de forma a evitar o “mais do mesmo”; a visão processual; o enfoque na auto e na retroalimentação; os círculos interativos de intervenção à informação atualizada, contínua e baseada em evidências; o enfoque em intervenções de âmbito regional, macrorregional e intersetorial, e não apenas local e restrito ao campo da saúde.

12. Novas tecnologias e novas drogas surgem a todo momento no controle do câncer, até mesmo por pressão da *big-farma* internacional, que insiste em *capturar narrativas* oficiais e científicas, privilegiando seus interesses, principalmente em relação à quimioterapia, sendo importante pontuar que a experiência acumulada no próprio País e o bom senso indicam que o custo desses melhoramentos para as pessoas e para os sistemas de saúde pode ser impraticável, sem geração significativa de valor, exigindo grande cautela daqueles que detêm o poder de decisão e julgamento, o que não impede a necessidade de fazer novos investimentos em tecnologias e inovação, com desejável ênfase na produção nacional independente.
13. Na quimioterapia, área em que estão atualmente os maiores custos do controle do câncer, o conceito de “mais é melhor” pode ser considerado superado, em troca de “ação no ponto certo”, embora isso não dispense que eventuais tomadas de decisão, sejam clínicas ou de gestão, considerem e analisem criticamente a questão dos custos que as novas tecnologias costumam impor.
14. A busca da inovação (farmacológica, tecnológica etc.) no controle do câncer é desejável, particularmente daquela que tem, de fato, o potencial de resolver problemas, sem onerar demasiadamente os sistemas de saúde e os usuários, mas que deve ser

diferenciada da mera *novidade*, carente de comprovação em evidências, geradora de um fascínio vazio perante o público e profissionais de saúde, com afastamento de algum tipo de supervalorização dela, principalmente quando níveis mais básicos do sistema de atenção ainda são insuficientes; inovação, enfim, que também se mostre como alternativa para melhorar o que já existe.

15. A inclusão do conceito de complexo econômico da saúde na política industrial do governo, sob coordenação do MS, é fato inédito e digno de elogios, lembrando que isso implica promoção da inovação e incentivo ao desenvolvimento não só do complexo farmacêutico nacional, mas também da qualidade dos insumos e equipamentos, mediante plano estratégico consensual entre organismos de gestão do SUS, universidades, centros de pesquisa e iniciativa privada.
16. A questão da inovação, assim como muitas outras no campo da oncologia e da saúde em geral, deve ser vista dentro de uma lógica regida pela necessidade de fazer escolhas fundamentadas em evidências clínicas e epidemiológicas, lembrando que sempre deve estar incluída nisso a capacidade de prolongar com qualidade a vida e que o surgimento de tecnologias novas quase sempre faz abrir um leque de opções, tornando o processo decisório quanto a isso ainda mais complexo e cheio de riscos, em termos de eficácia x custo.

FINANCIAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS

17. O sistema de pagamentos a prestadores no SUS, que possui a forte herança inamptiana, foi especificado por alguns apresentadores pela expressão *tabela Frankenstein*, por contemplar procedimentos individualizados, criados sem maiores evidências de necessidade, com potencial de ampliação de distorções relativas às necessidades reais dos usuários, e até mesmo enviesando ou falseando informações, assim constituindo um componente a ser aprimorado, sendo bem-vinda a busca de novos modelos de remuneração baseados em *valor*, para que isso realmente resulte na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.
18. No campo do financiamento, além da necessidade de sua ampliação quantitativa, são enfatizados aspectos como a busca de novos recursos mediante mudanças tributárias, taxações diferenciadas, foco em pagamentos auferidos por valor, aperfeiçoamento dos mecanismos de remuneração de forma a superar a etapa das “tabelas” e, acima de tudo, mudança em sua histórica lógica intrínseca, cuja culminância são as *tabelas Frankenstein*, que se baseiam na remuneração de procedimentos individualizados, levando a distorções diversas, que afetam a organização dos níveis do sistema de saúde e produzem reflexos até mesmo na formação e na capacitação das profissões de saúde, pelo seu caráter

remuneratório focado em procedimentos, forçando escolhas em termos monetarizados e não sintonizados com as necessidades reais dos usuários.

ESTRUTURAS E PROCESSOS DE GESTÃO

19. Do ponto de vista da gestão, é necessário um maior empoderamento do controle do câncer na estrutura dos órgãos gestores, com a proposta de uma espécie de conselho ou comitê nacional no âmbito do MS, com indispensável participação do Inca, a exemplo do que já existe em relação à política de imunizações, criando assim novos mecanismos de governança, necessária mesmo com os sucessos alcançados até o momento, sendo preciso ainda reforçar e ampliar o leque de medidas de controle do câncer no Brasil, bom como promover estudos e pesquisas sobre novas tecnologias, sem descuidar de sua regulação, deixando-se a sugestão de que o Conass organize algum evento de debate quanto a isso, de forma a configurar um verdadeiro Plano Estratégico de alcance nacional para o câncer.
20. Em sintonia com a afirmativa acima, uma *nova governança* se faz necessária não só na questão do câncer como também da saúde em geral, acreditando-se que há um espaço ainda a ser preenchido por novos atores, particularmente da sociedade, para se antepor à fragmentação e ao distanciamento das demandas sociais e que ao mesmo tempo realize o

monitoramento e a avaliação permanentes dos rumos do sistema de saúde, em termos de integração, intersectorialidade, resultados, impacto, transparência das ações, ampliando sobremaneira o enfoque da gestão pública, considerando ainda que a atual estrutura do MS, embora reformada e revista muitas vezes, talvez ainda não seja capaz de dar conta da complexidade real do SUS, aspecto agravado pela plethora de portarias para todo e qualquer assunto, deixando temas espinhosos e até polêmicos da gestão do SUS nas mãos de burocratas, que mesmo cumprindo suas tarefas com zelo, não possuem muitas vezes conhecimento e sensibilidade política necessários a tais atos.

21. É preciso fortalecer o poder regulador que o MS deve exercer, de acordo com as leis do País, e não simplesmente o delegar aos órgãos corporativos, seja em relação às especialidades médicas, à política de insumos, na garantia de qualidade de procedimentos e medicamentos, incluindo nisso a vigilância tripartite e social sobre o conteúdo dos documentos cotidianos da gestão, como é o caso das portarias, que às vezes chegam a contestar dispositivos legais e até mesmo constitucionais mais amplos, revelando assim o fenômeno de certa *condução nas sombras* à revelia dos legisladores e tomadores de opinião mais formalizados e controlados normativamente.

22. Ainda no campo da regulação, esta deve ser aperfeiçoada mediante o empoderamento das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite – CIB e CIT, de modo a constituir processo de governança realmente eficaz, que transforme a costumeira fragmentação em integração real das partes componentes do SUS, com ampliação do leque de participantes, mediante procedimentos de gestão realmente baseados em evidências.
23. A descentralização do sistema de saúde, nos termos previstos pela constituição e leis orgânicas do SUS, continua sendo uma meta a ser ampliada no País, e sua expansão deve levar em conta os princípios de uma economia de escala, a fim de evitar redundâncias e duplicações de meios, sem deixar de considerar as complexidades estruturais e funcionais exibidas pela Federação brasileira, inclusive pela relativa indefinição de papéis entre as esferas de governo, agravada pela ausência de uma lei efetiva de responsabilidade sanitária.

POLÍTICAS ASSOCIADAS

24. É imperativa a qualificação contínua da APS para incorporar ao sistema, de forma concreta, os atributos que lhe cabem, inclusive com relação ao câncer; destacando-se, entre outros aspectos, a longitudinalidade, a integralidade, a garantia do “retorno dos pacientes à origem”, a coordenação do cuidado

em saúde; aspectos em que a dinamização da relação entre a APS e a gestão da Atenção Especializada é fundamental, intensificando assim o enfoque na promoção, na prevenção, no diagnóstico precoce (com especial ênfase neste) e na longitudinalidade em relação ao câncer, reduzindo também a fragmentação costumeira na gestão da saúde em um sistema que deveria ser, de fato, único e integrado; além do mais, possibilitando que ocorra, realmente, o acompanhamento efetivo da trajetória dos pacientes.

25. O desafio de uma boa política pública de comunicação social, em face da pressão e das distorções originadas das mídias e das redes sociais, bem como do complexo médico-industrial, além das dificuldades inerentes ao baixo nível educacional da população, é tema de primeira linha e alta prioridade para a gestão pública no atual contexto, tendo especial relevância os fatores predisponentes ao câncer, o que implica uma atualização permanente, além de seleção crítica, em tecnologias de informação e comunicação, inclusive entre os diversos níveis e organismos do sistema de saúde.
26. É hora de pensar também em processos de acreditação para as organizações públicas e privadas envolvidas com o controle do câncer, como mecanismo de proteção do usuário e de valorização das boas práticas em tal setor, cabendo recordar que já existe

capacidade instalada em termos nacionais, faltando só qualificá-la e normatizar sobre sua localização e qualidade de atendimento, por meio de um Plano Estratégico de alcance nacional, como atividade contínua e abrangente, formulado e acompanhado por atores diversificados, como já citado.

27. O sistema educacional da saúde no Brasil ainda é bastante cristalizado e não acompanha o desenvolvimento tecnológico e clínico já alcançado em relação ao controle de diversas doenças, inclusive do câncer; portanto, deve se preparar para uma nova realidade assistencial, deixando de lado o enfoque estritamente especializado para se abrir à formação generalista e em APS. Nesse aspecto, são alvissareiras as medidas de reestruturação da Comissão Nacional de Residência Médica, com a expectativa de que elas tragam mudanças no delineamento da formação de especialistas no Brasil, com olhar ampliado nas necessidades do SUS, e não apenas nos desejos do mercado profissional, bem como na perspectiva da qualidade profissional, devendo tais medidas se estender em direção, também, à APS, reforçando os conteúdos referentes ao câncer, que são fundamentais em seu âmbito.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

28. A Judicialização no campo da saúde continua sendo ainda um território de problemas não totalmente

resolvidos, particularmente em relação ao controle do câncer, indo desde a determinação da execução de gastos não assentados em evidências até a intimidação de gestores, onerando e desorganizando as políticas de controle da doença, para o qual é preciso maior atenção do Poder Público e mesmo do Legislativo, com respaldo nas referências legais e científicas, buscando equilíbrio entre Direito e necessidades, acima do simples “desejo” de corporações ou do mercado, cabendo ao Poder Público estabelecer normas, critérios e mesmo propor mudanças no arcabouço legal, além de interagir de forma mais próxima ao Poder Judiciário, sendo desafiado o Conass, que representa a unidade da Federação mais penalizada em termos de tais despesas, que chegaram a R\$ 3,5 bilhões em 2022, a assumir a convocação de um evento nacional para discutir e apresentar sugestões perante tal assunto, além de manter a postura ativa com que vem se desempenhado.

29. O enfoque na judicialização constitui, sem dúvida, campo central das preocupações do Conass e da presente assembleia, tendo gerado uma marcante série de propostas a seguir enumeradas, seja em termos de prospecção do fenômeno, seja de recomendações para solucioná-lo, sendo elas: a criação de uma plataforma de análise para discriminar mais ampla e profundamente as variáveis envolvidas, com a indicação de pontos estratégicos de inter-

venção; a manutenção da aproximação com o Judiciário, em que certamente existem juízes e equipes técnicas igualmente preocupados com a dimensão tomada por tais processos no País; a importância de analisar também o fenômeno pela ótica da desconfiança da população no sistema de saúde; a necessidade de medidas mais poderosas para superar as distorções que a judicialização provoca, inclusive a elaboração de lei voltada para melhor regular as responsabilidades dos entes federativos e do próprio Judiciário; a inserção e o aprofundamento nas discussões já em andamento de subtemas – como processo de compra e distribuição de fármacos; individualização x coletivização das demandas –; a repartição diferenciada e mais justa das despesas com as compras derivadas de tal processo por parte dos entes federativos; as vantagens comparativas entre compras centralizadas e descentralizadas; as estratégias de resistência ao poder de influência da *big-farma* sobre a sociedade e médicos; o envolvimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, do Ministério Público e outros, além do Judiciário e Gestores do SUS na presente discussão; a liberação de medicamentos sub judice apenas após conclusão dos procedimentos legais de compra; a defesa de que a assistência farmacêutica no câncer, dados seu custo e sua importância, tenha estatuto diferenciado em relação à política de medicamentos de alto custo; os estudos e o aprofundamento sobre

as dinâmicas atuais de repasse do MS aos demais entes, da mesma forma que a racionalidade de sua estrutura no âmbito das relações federativas, sendo o tema do câncer um possível fator de impulsionamento de tais mudanças; o aprofundamento da análise dos avanços de outros países diante da questão da judicialização na saúde, sendo citadas práticas de interação entre juízes e equipes de saúde (Reino Unido) e de "reserva do possível" em busca da equidade (Alemanha); a inclusão no cardápio dos estudos também o monitoramento de prescrições médicas no sistema público, visando detectar e responsabilizar os contumazes agentes de receitas fora de tabela, em que estão, sem dúvida, procedimentos mais onerosos para o sistema de saúde, além da recomendação ao Conass de que se mantenha firme e atuante, não só na CIT como também no esclarecimento à população, nos processos de análise e proposições em face do problema da judicialização em saúde.







CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105
Edifício Parque Cidade Corporate
CEP: 70.308-200
Brasília/DF – Brasil