

**COMISSÃO ESPECIAL DE COMBATE AO CÂNCER NO BRASIL -
CECANCER**

COMPLEMENTAÇÃO DE VOTO

(Da Sra. Silvia Cristina)

Considerando o aprovado em reunião deliberativa desta Comissão, no dia 07/12/2022, a partir das ponderações apresentadas pela Deputada Flávia Moraes, às fls. 139,140 do Relatório apresentado, ajusta-se o te, conforme contido na consolidação do Relatório Final abaixo, bem como exclua a expressão *“porém a realidade está distante dos preceitos legais a serem cumpridos.”*, nas fls. 160.

Sala das Comissões, em de de 2022.

Deputada SILVIA CRISTINA





CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO ESPECIAL DE COMBATE AO CÂNCER

CESP COMBATE CÂNCER 2021

COMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A ACOMPANHAR AS AÇÕES DE COMBATE AO CÂNCER NO BRASIL

RELATÓRIO FINAL

Presidente: Deputado Weliton Prado

Relatora: Deputada Silvia Cristina

2021-2022



AGRADECIMENTOS

Este Presidente e esta Relatora, em nome de todos os componentes da “Comissão Especial Destinada A Acompanhar As Ações De Combate Ao Câncer No Brasil”, agradecem a todos os participantes dos trabalhos desenvolvidos nesta Casa.

Não seria possível chegar a este Relatório sem escutar as opiniões de vários atores envolvidos na assistência à saúde na área de câncer. Merecem um agradecimento especial as instituições públicas e privadas que acolheram os convites feitos para a participação nas reuniões realizadas, bem como os palestrantes, que trouxeram seu conhecimento técnico e experiência profissional para compor este importante debate.

Destaca-se ainda o comprometimento dos membros desta Comissão, que contribuíram participando das reuniões e audiências, e apontando opiniões e sugestões. Suas assessorias precisam também ser congratuladas, pelo contínuo apoio.

Agradecimentos às entidades de pacientes: Abrale – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, Instituto Oncoguia, Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço – ACBG, Instituto Recomeçar, Femama, e todas as que congregam o movimento Todos Juntos Contra o Câncer.

Às Sociedades especializadas e entidades representativas:

- ABHH – Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular;
- SBOC – Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica;
- SOBRICE – Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista;
- INTERFARMA – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa;
- ABIFICC – Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer;
- ABIMED – Associação Brasileira da Indústria de Tecnologia para a Saúde;



- ABRAMED – Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica.

Agradecemos todo o trabalho desenvolvido e a importante participação do Tribunal de Contas da União, do Ministro Augusto Nardes, que foi de destacada importância para o trabalho realizado por esta Comissão Especial de Combate ao Câncer.

Ao Ministro da Saúde e todo o seu Ministério pela participação e contribuição nas discussões.

Agradecer de forma destacada, o Presidente desta Câmara dos Deputados, Deputado Arthur Lira, pela relevância que sempre colocou o câncer nas discussões desta Casa Legislativa, meu muito obrigado ao Presidente.

Destaque relevante se faz necessário e com agradecimento honroso, a participação técnica, científica e pesquisa, realizada com a “INDÚSTRIA” com elementos que puderam contribuir efetivamente para as discussões do câncer no Brasil. Parabênzo a indústria como um todo, seja a indústria de fármacos, seja a indústria de tecnologia para a saúde. O país agradece, pois os investimentos que realizam para permitir que tenhamos vacinas, medicamentos, que hoje curam algumas neoplasias, equipamentos que permitem ações de tratamento menos ofensivo ao paciente e com resultado direto na qualidade de vida. Nosso muito obrigado, o País agradece.

Reservamos especial agradecimento ao Instituto Lado a Lado pela Vida, organização social que acompanhou o funcionamento desta Comissão, e elaborou publicação com a temática estudada, para colaborar com nossos trabalhos.

Por fim, agradecemos imensamente à Comissão de Seguridade Social e Família, à Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, e a todos os servidores e assessores da Câmara dos Deputados e dos demais órgãos públicos que auxiliaram de forma inestimável a realização dos trabalhos.

Brasília, ____ de _____ de 2022



Deputado Weliton Prado
Presidente

Deputada Silvia Cristina
Relatora



AGRADECIMENTOS	3
1. CRIAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ESPECIAL	7
CRIAÇÃO DA COMISSÃO ESPECIAL	7
COMPOSIÇÃO E PERÍODO DE FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO ESPECIAL.....	7
2. INTRODUÇÃO	9
3. REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS.....	12
4. LEGISLAÇÃO RELACIONADA AO CÂNCER NO BRASIL	72
5. AUDITORIAS DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO.....	76
5.1 ACHADOS E PROPOSTAS DA AUDITORIA DO TCU DE 2010	77
5.2 ACHADOS E PROPOSTAS DA AUDITORIA DO TCU DE 2018.....	78
6. PUBLICAÇÃO DO INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA	80
7. DIAGNÓSTICOS E PROPOSTAS DA COMISSÃO ESPECIAL	80
7.1 PRINCIPAIS PROBLEMAS E DESAFIOS DETECTADOS	82
Gestão.....	82
Prevenção	83
Rastreamento e Diagnóstico	83
Tratamento	83
7.2 MEDIDAS JÁ TOMADAS PELA CÂMARA DOS DEPUTADOS NA VIGÊNCIA DA COMISSÃO ESPECIAL	84
7.3 PROPOSTAS DA COMISSÃO ESPECIAL	85
Propostas nas áreas de gestão e financiamento.....	85
Propostas nas áreas de educação e prevenção	86
Propostas nas áreas de atendimento, rastreamento e diagnóstico.....	86
Propostas na área de tratamento	89
8. CONCLUSÃO	85
ANEXO I – PROJETO DE LEI - POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..	94
ANEXO II – PUBLICAÇÃO “O CÂNCER NO BRASIL”, DO INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA	107



1. CRIAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ESPECIAL

CRIAÇÃO DA COMISSÃO ESPECIAL

No dia 2 de junho de 2021, o Presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira, editou o Ato da Presidência¹ que constitui Comissão Especial destinada a acompanhar as ações de Combate ao Câncer no Brasil. Na ocasião, designou os deputados para compô-la e convocou os membros ora indicados para a reunião de instalação e eleição, que ocorreu em 10 de junho de 2021. Nesta data, a Comissão foi instalada e foram eleitos e empossados os Deputados Weliton Prado, Carmen Zanotto e Tereza Nelma, respectivamente, Presidente, 1ª e 2ª Vice-Presidentes. O Presidente da Comissão designou como Relatora da proposta a Deputada Silvia Cristina.

COMPOSIÇÃO E PERÍODO DE FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO ESPECIAL

Presidente

- WELITON PRADO (PROS/MG)

1º Vice-Presidente

- CARMEN ZANOTTO (CIDADANIA/SC)

Relatora

- SILVIA CRISTINA (PL/RO)

Membros Titulares

- ACÁCIO FAVACHO (MDB/AP) Vaga do PSB
- ALINE GURGEL (REPUBLICANOS/AP)
- BIBO NUNES (PL/RS)
- DR. ZACHARIAS CALIL (UNIÃO/GO)
- DRA. SORAYA MANATO (PTB/ES)
- DULCE MIRANDA (MDB/TO)

¹ https://www2.camara.leg.br/legin/int/atopre_sn/2021/atodapresidencia-58317-2-junho-2021-791514-publicacaooriginal-163086-cd-presi.html



- GENINHO ZULIANI (UNIÃO/SP)
- HEITOR FREIRE (UNIÃO/CE)
- HILDO ROCHA (MDB/MA)
- HIRAN GONÇALVES (PP/RR)
- JAQUELINE CASSOL (PP/RO)
- JOAQUIM PASSARINHO (PL/PA)
- MARINA SANTOS (REPUBLICANOS/PI)
- MISAEEL VARELLA (PSD/MG)
- TEREZA NELMA (PSD/AL)
- CARMEN ZANOTTO (CIDADANIA/SC)
- DR. FREDERICO (PATRIOTA/MG)
- IGOR TIMO (PODE/MG)
- PROFESSORA MARCIVANIA (PCdoB/AP)
- WELITON PRADO (PROS/MG)
- FLÁVIA MORAIS (PDT/GO)

Membros SUPLENTEs

- FÁBIO HENRIQUE (UNIÃO/SE)
- GIOVANI CHERINI (PL/RS)
- JÉSSICA SALES (MDB/AC)
- LEANDRE (PSD/PR)
- NICOLETTI (UNIÃO/RR)
- OSMAR TERRA (MDB/RS)
- PASTOR GIL (PL/MA)
- ROBERTO DE LUCENA (REPUBLICANOS/SP)
- AFONSO MOTTA (PDT/RS)



Período de funcionamento

- Criação: Constituição pelo Presidente da Câmara em 2 de junho de 2021. Instalação em 10 de junho de 2021.
- Conclusão: dezembro de 2022.

Assessoria

- Secretário Executivo (Ulisses Afranio Palhares Castelo Branco).
- Consultoria Legislativa (Marcelo Souto, Mônica Rubinstein).

2. INTRODUÇÃO

Câncer é um termo que se refere a mais de 100 doenças com a característica de crescimento desordenado de células, em decorrência de mutações genéticas. Esse comportamento celular tende a formar tumores e comprometer funções vitais.

Trata-se de um grave problema de saúde pública, responsável, segundo a Organização Mundial da Saúde, por mais de 10 milhões de mortes todos os anos. No Brasil, estima-se que são feitos mais de 600 mil diagnósticos de câncer maligno por ano, e que morrem mais de 200 mil pessoas por essa causa.

Sem considerar o câncer de pele não-melanoma, que tem comportamento pouco agressivo, a localização mais comum dentre os homens é a próstata, com 30% dos casos, seguido por cólon e reto; pulmão, traqueia e brônquios; e estômago. Na mulher, a mama é o local mais comum, com 30,1% dos casos, seguida de cólon e reto; colo do útero e pulmão, traqueia e brônquios.

As tabelas a seguir, elaboradas pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca), apresentam as estimativas mais recentes de casos novos².

² <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>



Em homens, Brasil, 2022

Localização Primária	Casos Novos	%
Próstata	71.730	30,0
Cólon e Reto	21.970	9,2
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.020	7,5
Estômago	13.340	5,6
Cavidade Oral	10.900	4,6
Esôfago	8.200	3,4
Bexiga	7.870	3,3
Laringe	6.570	2,7
Linfoma não Hodgkin	6.420	2,7
Fígado	6.390	2,7
Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma	239.430	100,0
Todas as Neoplasias	341.350	

Em mulheres, Brasil, 2022

Localização Primária	Casos Novos	%
Mama feminina	73.610	30,1
Cólon e Reto	23.660	9,7
Colo do útero	17.010	7,0
Traqueia, Brônquio e Pulmão	14.540	6,0
Glândula Tireoide	14.160	5,4
Estômago	8.140	3,3
Corpo do útero	7.840	3,2
Ovário	7.310	3,0
Pâncreas	5.690	2,3
Linfoma não Hodgkin	5.620	2,3
Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma	244.160	100,0
Todas as Neoplasias	362.730	

Quanto à mortalidade, dividem a primeira posição entre os homens o câncer de traqueia, brônquios e pulmões; e o de próstata; seguidos de cólon e reto; e estômago. Entre as mulheres, o câncer de mama segue isolado como principal em termos de mortalidade, seguido de traqueia, brônquios e pulmões; cólon e reto; e colo do útero.

O combate ao câncer pode ser dividido em quatro estratégias: prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento. Todas estas podem ser otimizadas para se atingir o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade destas doenças.



A prevenção já é bem reconhecida internacionalmente como eficaz no controle das neoplasias malignas, a estratégia com a melhor custoefetividade nessa área. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 30 a 50% dos casos podem ser prevenidos com a mudança de determinados comportamentos e exposições.

A OMS destaca como medidas principais de prevenção³: a cessação do uso de cigarro ou tabaco, a manutenção de peso corporal saudável, uma dieta saudável com ingestão de frutas e vegetais, o controle do sedentarismo, a limitação da ingestão de álcool, a prática de sexo seguro e a limitação da exposição a raios solares. Além disso, tem sido indicado o estímulo à amamentação e a limitação na ingestão de carne processada. São indicadas também medidas de controle da exposição ocupacional a substâncias carcinogênicas e medidas de redução da poluição ambiental do ar.

Para complementar a prevenção, indica-se a vacinação contra hepatite B e contra o papiloma vírus humano (HPV), medidas que reduzem em mais de 90% a mortalidade relacionada a neoplasias decorrentes destas infecções.

O rastreamento dos tipos mais comuns na população também é uma estratégia essencial no combate ao câncer. Nessa área, é necessário equilibrar os benefícios do diagnóstico precoce com os riscos do sobrediagnóstico, ou seja, os potenciais efeitos adversos de se tratar pessoas com alterações de exames, mas sem ainda terem desenvolvido neoplasias. Atualmente, o Ministério da Saúde indica o rastreamento dos cânceres de mama, colo do útero e cólon.

O diagnóstico é uma das estratégias mais relevantes, uma vez que a definição precoce repercute significativamente no prognóstico. Por este motivo, esses procedimentos precisam ser feitos com agilidade. Infelizmente, o diagnóstico do câncer no SUS enfrenta diversos desafios no momento.

Auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) demonstraram uma média de 100 a 180 dias para chegar ao diagnóstico

³ <https://www.who.int/health-topics/cancer>



definitivo, para só então ser solicitado o tratamento. Numa seção deste relatório iremos analisar melhor essa fiscalização feita pelo TCU.

Se a situação já não era adequada, a pandemia por Covid-19 prejudicou bastante o acompanhamento desses pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasias. Vários estudos comprovaram que o número de exames e procedimentos feitos em 2020 foi menos do que em 2019, por conta das medidas de isolamento social e priorização de atendimento da Covid-19.

Finalmente, o tratamento é essencial para conclusão do processo de combate ao câncer. Cirurgia, quimioterapia e radioterapia são os procedimentos mais utilizados, porém que não estão acessíveis de forma equitativa. Segundo dados do Inca⁴, há estados brasileiros com apenas uma unidade ou centro de assistência habilitados no tratamento do câncer.

Por essas razões, ainda é comum para o usuário do SUS ter que viajar para tratar sua neoplasia, o que o afasta da família e dificulta o tratamento e o seguimento clínico.

A radioterapia também precisa melhorar muito no nosso país, que sofre com a falta de aparelhos ou a utilização de máquinas ultrapassadas, que provocam mais efeitos adversos. Além disso, o acesso aos quimioterápicos mais modernos costuma ser limitado, pelo atraso na incorporação, ou pela falta de recursos financeiros.

Enfim, muito se avançou no combate ao câncer pelo SUS, mas ainda temos um grande número de brasileiros que perdem suas vidas ou sofrem com sequelas em decorrência do atraso no diagnóstico ou inadequações no tratamento.

3. REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

Listam-se abaixo as audiências e reuniões realizadas, com a participação dos variados setores envolvidos na prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer.

⁴ <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus>



10/06/2021 INSTALAÇÃO E ELEIÇÃO DA COMISSÃO ESPECIAL.

Instalação da Comissão e eleição do Presidente e dos Vice-Presidentes.

Participaram da reunião: Bibó Nunes, Carmen Zanotto, Dr. Frederico, Dra. Soraya Manato, Dulce Miranda, Giovani Cherini, Heitor Freire, Hildo Rocha, Hiran Gonçalves, Igor Timo, Jaqueline Cassol, Joaquim Passarinho, José Rocha, Marina Santos, Maurício Dziedricki, Misael Varella, Professora Marcivania, Silvia Cristina, Tereza Nelma e Weliton Prado - Titulares; Fábio Henrique, Antonio Brito, Leandre, Pastor Gil e Pedro Lucas Fernandes – Suplentes.

17/06/2021 DISCUSSÃO E VOTAÇÃO DE PROPOSTAS.

O Presidente explicou a finalidade do plano de trabalho e passou a palavra à Relatora, que procedeu à leitura de sua proposta de trabalho. Foram deliberados requerimentos.

Participaram da reunião: Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto e Tereza Nelma - Vice-Presidentes; Silvia Cristina - Relatora; Bibó Nunes, Dr. Frederico, Dra. Soraya Manato, Giovani Cherini, Heitor Freire, Hildo Rocha, Hiran Gonçalves, Jaqueline Cassol, Joaquim Passarinho, Marina Santos, Maurício Dziedricki e Professora Marcivania - Titulares; Flávia Moraes, Jéssica Sales, Osmar Terra, Pastor Gil e Pedro Lucas Fernandes - Suplentes.

30/06/2021 AUDIÊNCIA PÚBLICA - HOSPITAL DE AMOR – EFICIÊNCIA EM GESTÃO.

O Senhor Henrique Prata, Presidente do Hospital de Amor, destacou que é preciso modificar não apenas a tabela de pagamento dos serviços relacionados ao câncer, mas também as orientações para a implantação das disciplinas para o tratamento desta doença (com modificação das diretrizes do INCA).

Citou relatório da American Society of Clinical Oncology (ASCO) que tratou da navegação do paciente, que, segundo ele, é uma necessidade. Sugeriu, nesse contexto, a mudança do protocolo do INCA para



que passe a incorporar a navegação. Ainda alertou que, se o paciente tiver acompanhamento do seu tratamento, a sua sobrevida aumenta exponencialmente.

Aconselhou, ainda, a melhoria das estruturas e o aumento do incentivo para a alta produtividade de estabelecimentos (dar bônus a quem trabalha com mais eficiência e resolutividade). Criticou o fato de os sistemas não se comunicarem, e as referências e contrarreferências não serem bem-feitas. Criticou também a fragmentação e isolamento do serviço, uma vez que alguns procedimentos que são mais bem pagos (como radioterapia e quimioterapia), são assumidos pela iniciativa privada, e outros, que dão prejuízo, ficam no setor público. Como exemplo, citou que o Hospital de Barretos recebe grande número de pacientes que foram tratados de forma fragmentada, que não seguiram uma cadeia multidisciplinar e, por isso, receberam atenção inadequada.

Lembrou que o modelo do Hospital de Amor é bem-sucedido porque trabalha com multidisciplinaridade e dedicação integral, o que faz com que sua resolutividade aumente. Acrescentou que a prevenção é o melhor caminho para reduzir a incidência do câncer, por ser relativamente barata, se comparada à assistência, e por prevenir o adoecimento e o sofrimento das pessoas.

Sugeriu a limitação da renúncia fiscal (como as do Pronon e do Proadi), pois esta beneficia hospitais privados com fins lucrativos em detrimento dos públicos.

Participaram da reunião: Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto e Tereza Nelma - Vice-Presidentes; Silvia Cristina - Relatora; Dr. Frederico, Giovani Cherini, Hildo Rocha e Hiran Gonçalves - Titulares; Jéssica Sales, Osmar Terra, Pastor Gil e Roberto de Lucena – Suplentes.

13/07/2021 DISCUSSÃO E VOTAÇÃO DE PROPOSTAS.

Após aberta a reunião, aprovou-se a pauta da reunião anterior da Comissão. Em seguida, votaram-se requerimentos para a participação de expositores em audiências de temas diversos sobre o câncer.



Participaram da reunião: os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto e Tereza Nelma - Vice-Presidentes; Silvia Cristina - Relatora; Dr. Frederico, Dra. Soraya Manato, Heitor Freire, Hildo Rocha, Hiran Gonçalves, Jaqueline Cassol, Joaquim Passarinho, Marina Santos, Maurício Dziedricki, Misael Varella e Professora Marcivania - Titulares; Fábio Henrique, Flávia Moraes, Osmar Terra, Pastor Gil, Pedro Lucas Fernandes e Roberto de Lucena - Suplentes.

15/07/2021 AUDIÊNCIA PÚBLICA - Audiência pública - 15 de julho - Dia do Homem, com foco na Saúde do Homem.

O Senhor Antônio Rodrigues Braga Neto, Diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, fez uma introdução sobre as competências do órgão que representa e passou a palavra ao Senhor Francisco Norberto Moreira da Silva, Assessor Técnico de Saúde do Homem, que mencionou o lançamento da Portaria nº 3.069, de 2020, que visa à prevenção do câncer no País, por meio de projeto piloto e incentivo financeiro federal de custeio, para o desenvolvimento de ações de promoção para cuidado integral à saúde do homem e prevenção do câncer de pênis no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Citou ainda: o incentivo à participação do homem no pré-natal da mulher (estratégia pré-natal do parceiro), para garantir a realização de testes no homem durante a gestação da companheira; o cartão do caminhoneiro, que é um pequeno prontuário que traz aspectos importantes da saúde desses profissionais; o fechamento de acordo de cooperação com a Sociedade Brasileira de Urologia e com Universidades, para a capacitação de profissionais e elaboração de material informativo sobre o tema, entre outras atribuições.

O Doutor Arn Migowski Rocha Dos Santos, Médico Sanitarista, Epidemiologista e Chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Rede de Atenção Oncológica do Instituto Nacional do Câncer, em sua apresentação⁵, ressaltou que é possível evitar uma parcela importante de cânceres por meio da prevenção primária (que é feita antes da instalação da doença). Tratou

⁵ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/DrArnMigowskiNCADIadoHomem15.08.21.pdf>



ainda da complexidade da questão do rastreamento e do tratamento do câncer de próstata. Mencionou a importância de outros cânceres em homens, como o de colo e reto, o de estômago e o de pênis. Por fim, citou a recente publicação do material informativo atualizado do INCA denominado Detecção Precoce do Câncer⁶.

O Senhor Marcelo Miranda Salim, Representante da Sociedade Brasileira de Urologia e Membro da Sociedade Brasileira de Urologia Regional Minas Gerais, sugeriu a criação de projeto piloto para a instituição de espaços exclusivos para o tratamento da saúde do homem, principalmente na questão do câncer. Mencionou, ainda, que o SUS deve avaliar os cirurgiões que tratam do câncer, para aferir a sua capacidade para o procedimento. Ainda falou da importância da cirurgia robótica para o tratamento do câncer de próstata.

O Senhor Marcelo Luiz Pedroso, Representante da Ação Solidária às Pessoas com Câncer de Belo Horizonte, mencionou que é preciso levantar a questão da prevenção para os diversos tipos de cânceres e fiscalizar as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

A Senhora Helena Esteves, Coordenadora de Advocacy da ONCOGUIA, após apresentar o instituto que representa, trouxe informações sobre a incidência de cânceres que afetam homens, e falou sobre o “radar do câncer”⁷, ferramenta desenvolvida pelo Oncoguia para trazer informações técnicas embasadas sobre a doença para os interessados. Demonstrou que há indícios de sucesso da Lei dos Sessenta Dias em relação ao câncer de próstata, com a redução do tempo do início do tratamento após a sua vigência. Mencionou o impacto da pandemia no tratamento do câncer, com o represamento das ações de diagnóstico (principalmente) e tratamento dessa doença. Em razão disso, sugeriu: a realização de forças tarefa das centrais de regulação de consultas e exames; busca ativa pelas centrais de regulação de pacientes; criação de política pública que garanta a gratuidade no transporte público para esses pacientes; e ampliação da publicidade das medidas

⁶ <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>

⁷ <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/radar-do-cancer-exames-e-tratamentos-na-pandemia/14332/42/>



institucionais em estabelecimentos que tratam o câncer quanto à prevenção da Covid-19.

A Senhora Verônica Savatin Wottrich, Presidente do COSEMS do Estado do Goiás e Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, ressaltou que os homens, culturalmente, não procuram os centros de saúde. Dessa forma, as equipes de saúde têm de mudar a abordagem para acolhê-los. Ademais, lembrou da importância do diagnóstico do paciente, já que hoje há uma lei que garante o início do tratamento em sessenta dias, mas é preciso garantir que as ações de rastreamento identifiquem a doença tempestivamente. Sugeriu, ainda, a disponibilização de horários alternativos para o atendimento da população que trabalha.

A Dra. Mariane Castiglione, Fisioterapeuta e Representante da Associação Brasileira pela Continência B. C. Stuart, após apresentar a associação que representa, informou que a fisioterapia deveria ser prescrita para os homens que têm incontinência urinária/fecal após cirurgias para o tratamento de cânceres como próstata e cólon, em razão dos impactos múltiplos das incontinências na qualidade de vida dos pacientes. Sugeriu, ainda, o oferecimento de atenção psicológica a esses pacientes.

A Senhora Denise Blaques, Diretora do Instituto Lado a Lado pela Vida, informou que seu instituto lançou a Campanha Novembro Azul, mas ressaltou que a saúde do homem vai além do câncer de próstata, e que é preciso também cuidar de outros cânceres, como o de pulmão, das doenças cardiovasculares, e das doenças mentais, em razão do aumento da incidência de suicídios no País. Ressaltou a importância do diagnóstico precoce para o aumento da expectativa de vida dos homens e lembrou da necessidade da união dos órgãos públicos, privados e da sociedade civil para a formulação de posicionamentos homogêneos e conjuntos para o acolhimento de homens nos estabelecimentos de saúde. Por fim, ressaltou a importância do monitoramento do homem que vive na zona rural, cuja saúde muitas vezes é negligenciada nas ações de saúde.

Participaram da reunião: Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Hildo Rocha, Hiran Gonçalves, Jaqueline Cassol, Joaquim Passarinho, Marina Santos e Maurício Dziedricki -



Titulares; Flávia Morais, Osmar Terra, Pastor Gil, Pedro Lucas Fernandes e Roberto de Lucena - Suplentes.

12/08/2021 AUDIÊNCIA PÚBLICA - DEBATER O VETO AO PROJETO DE LEI Nº 6.330, DE 2019.

O Dr. Fernando Maluf, Presidente do Instituto Vencer o Câncer, informou que o prazo para a incorporação de medicamentos pela ANS é muito longo. Dessa forma, o registro da ANVISA, que é a autoridade sanitária do Brasil, deveria ser suficiente para o seu fornecimento para os beneficiários de planos de saúde. Lembrou, ainda, que mais de 70% dos quimioterápicos são orais, e a tendência é que os novos medicamentos também sejam administrados desta forma, o que justifica a mudança da Lei nº 9.656, de 1998, no sentido de obrigar também o custeio de quimioterápicos orais sem necessidade de incorporação pela ANS, como já ocorre com os endovenosos.

O Dr. Fabio Franke, Presidente da Aliança Pesquisa Clínica Brasil, explicou que é injusto o não custeio dos quimioterápicos orais sem a incorporação da ANS, já que, para o custeio dos quimioterápicos endovenosos, basta o registro pela ANVISA. Lembrou, ainda, que muitos quimioterápicos orais não têm uma versão endovenosa e, por isso, negar o custeio desses é negar a possibilidade de tratamento a alguns pacientes. Lembrou, também, que, quando o plano de saúde não custeia o quimioterápico, o paciente tende a ingressar na justiça contra o SUS para obtê-lo, o que aumenta o impacto nas finanças públicas.

O Dr. Ricardo Antunes, Presidente da Sociedade Brasileira de Cancerologia, declarou que o veto ao Projeto de Lei nº 6.330, de 2019, representou um ato negativo do ponto de vista ético, científico, social e humanitário.

A Senhora Marlene Oliveira, Presidente do Instituto Lado a Lado pela Vida – LAL, destacou que os argumentos para o veto ao Projeto de Lei nº 6.330, de 2019, eram frágeis.

A Senhora Luciana Holtz, Presidente da Oncoguia, ressaltou que a diferença de tratamento dos antineoplásicos orais e injetáveis não faz



sentido, pois não se pode diferenciar medicamentos conforme as suas vias de administração.

O Senhor Eduardo Froes, Representante da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, lembrou que não se pode travar uma discussão em torno do embate finanças e vidas, uma vez que o valor da vida é sempre maior do que qualquer montante de dinheiro. Ressaltou, ainda, que o lucro das operadoras de planos de saúde é altíssimo, e, por isso, a incorporação da quimioterapia oral domiciliar não traria desequilíbrio ao sistema.

Participaram da reunião: Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Silvia Cristina - Relatora; e Flávia Moraes - Suplente.

19/08/2021 DISCUSSÃO E VOTAÇÃO DE PROPOSTAS.

Após aberta a reunião, aprovou-se a pauta da reunião anterior da Comissão. Em seguida, votaram-se requerimentos para a participação de expositores em audiências de temas diversos sobre o câncer.

Participaram da reunião: os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto e Tereza Nelma - Vice-Presidentes; Silvia Cristina - Relator; Dr. Frederico, Dra. Soraya Manato, Dulce Miranda, Heitor Freire, Hildo Rocha, Hiran Gonçalves, Igor Timo, Joaquim Passarinho, Marina Santos, Maurício Dziedricki e Misael Varella - Titulares; Afonso Motta, Fábio Henrique, Flávia Moraes, Pastor Gil e Pedro Lucas Fernandes - Suplentes.

26/08/2021 AUDIÊNCIA PÚBLICA - Agosto Branco, mês de conscientização sobre o Câncer de Pulmão.

O Dr. Arn Migowski Rocha dos Santos, Médico Sanitarista, Epidemiologista e Chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Rede de Atenção Oncológica do Instituto Nacional do Câncer - INCA e representante do Ministério da Saúde, falou que as estratégias de controle do câncer dividem-se em prevenção primária (que é feita antes da instalação da doença) e a prevenção secundária (rastreamento e diagnóstico precoce). Informou que, para o câncer de pulmão, a melhor estratégia é a prevenção primária. Lembrou



que o tabaco responde por mais de 20% de todas as mortes por câncer em todo o mundo, e que, no Brasil, existe um programa sério e bem-sucedido de prevenção e de cessação do tabagismo. Alertou para os riscos de rastreamento de câncer de pulmão, como os resultados falso-positivos, falso-negativos, achados incidentais e sobrediagnóstico, risco (pequeno) de indução de câncer, radiação ionizante dos exames e interferência na adesão à cessação do tabagismo.

A Senhora Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia, em sua apresentação⁸, salientou que o câncer de pulmão é o mais letal de todos e que, segundo dados de Registro Hospitalar do Câncer, em 2016, 86,2% dos pacientes foram diagnosticados com a doença em estágios III e IV. Mencionou que é preciso prevenir mais essa doença, por meio do aumento de: conscientização sobre o câncer de pulmão; avanço nas políticas de controle do tabagismo (com a aprovação do PL nº 363, de 2018); priorização de grupos de alto risco no rastreamento; sensibilização dos médicos da atenção básica para a detecção precoce do câncer de pulmão; melhoria e agilização do acesso aos exames e ao pneumologista; garantia do acesso ao teste de perfil molecular do tipo de câncer de pulmão no momento do diagnóstico; garantia do acesso mais efetivo a tratamentos; e envolvimento dos pacientes e familiares nas decisões, com foco na qualidade de vida.

A Dra. Ana Gelatti, Diretora da Sociedade Brasileira de Oncologia – SBOC, mostrou que o diagnóstico do câncer de pulmão tem de ser aprimorado, para que os pacientes possam ter maior sobrevida. Lembrou que existem dois tipos básicos de câncer de pulmão, e seus subtipos. E que, para chegar a um tratamento mais adequado, é preciso oferecer exames, como o de oncologia molecular.

O Dr. Gustavo Faibischew Prado, membro da Comissão de Câncer da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT, mencionou que os sintomas do câncer de pulmão muitas vezes são confundidos com os de outras doenças, e que, quanto mais precoce o

⁸ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/LucianaHoltzOncoguiaAgostoBrancoCncernoPulmo15.08.21.pdf>



diagnóstico, melhor o prognóstico do paciente. Dessa forma, sugeriu a reestruturação do sistema, para que o paciente com suspeita da doença possa ser colocado numa cadeia rápida de investigação estruturada, organizada e bem regida.

O Dr. Ricardo Sales, médico cirurgião torácico, disse que o Brasil é um País muito heterogêneo, de modo que convivemos com as mazelas do terceiro mundo e com os avanços do primeiro mundo. Destacou que o Brasil é um País com alta incidência de tuberculose, e que os nódulos relacionados a essa doença podem ser confundidos com o câncer. Assim, informou que é importante realizar a tomografia de baixa dose na população de alto risco de câncer de pulmão, para ter um diagnóstico correto e tempestivo da doença. A título de sugestão, apresentou o projeto em andamento denominado Propulmão Móvel⁹. Ressaltou que, em sua opinião, o rastreamento é um aliado da prevenção do câncer de pulmão, uma vez que é uma oportunidade para a pessoa parar de fumar.

Participaram da reunião: os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Silvia Cristina – Relatora; Hiran Gonçalves, Joaquim Passarinho e Marina Santos - Titulares; Flávia Moraes, Osmar Terra e Roberto de Lucena - Suplentes.

02/09/2021 AUDIÊNCIA PÚBLICA - PACIENTES COM CÂNCER DE PELE / MELANOMA QUE SÃO TRATADOS NO SUS.

O Dr. Rodrigo Munhoz, Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica – SBOC, informou que o melanoma é um problema frequente e que tem crescido em importância no Brasil. Lembrou que é uma doença desafiadora, por poder se instalar e crescer de forma silenciosa, e por poder levar ao desenvolvimento de metástases. Ressaltou que, no Brasil, a proporção de pacientes que chegam com doenças avançadas é maior do que no mundo. Assim, é preciso investir em prevenção, diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno. Mencionou que a grande divergência nos exames disponibilizados no Brasil, a depender da região geográfica, além do

⁹ <https://www.jornaldepneumologia.com.br/details/2280/en-US/rastreamento-de-cancer-de-pulmao-por-meio-de-tc-de-baixa-dosagem-no-brasil--protocolo-de-pesquisa;>



acesso reduzido aos melhores tratamentos possíveis da doença, como a imunoterapia. Relevou a incorporação ao SUS da imunoterapia contra melanoma avançado, mas lembrou que o SUS tem de atualizar a sua tabela de pagamento para que o procedimento seja custeado.

O Dr. Gélcio Luiz Quintella Mendes, Representante do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer – INCA, fez um resumo sobre o câncer de pele no Brasil, apresentando: as estimativas da incidência do melanoma por sexo e dos óbitos causados por essa doença; a importância da questão étnica para o câncer não melanoma; o aumento do número de mortes por câncer não melanoma no Brasil; a alta letalidade do melanoma; os tratamentos para a doença (químico e radioterapia). Mencionou a Portaria 357, de 2013, que trata das diretrizes terapêuticas da doença, e a Recomendação de Conitec de 2021, que aborda o tratamento do melanoma metastático. Sobre a incorporação da imunoterapia, indicou que isso geraria o custo aproximado de R\$ 160 milhões de reais para o SUS. Aludiu, ainda, ao Consinca, que é um Grupo de Trabalho de Avaliação de Terapia Antineoplásica Sistêmica.

A Senhora Celina Rosa Martins, Representante do Instituto Vencer o Câncer – IVOC, mencionou os aspectos que diferenciam o melanoma dos demais cânceres. Esta doença tem alta letalidade e os pacientes que procuram ajuda geralmente já estão na fase metastática (o que configura diagnóstico tardio). Indicou que a questão das APACS, cujo valor não está definido para o tratamento imunoterápico, representa um grande atraso para as pessoas com câncer não melanoma.

A Senhora Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia, depois de apresentar o instituto que representa, trouxe dados sobre a incidência do melanoma no Brasil e alertou que mais de 75% dos estadiamentos feitos no SUS no primeiro tratamento (com exceção do Amapá) são 3 e 4. Indicou o grande desafio do diagnóstico tardio, do impacto na qualidade de vida da doença e das novidades nos tratamentos disponíveis. Lembrou a incorporação da imunoterapia para o melanoma, mas criticou a falta de atualização do valor da APAC, para a disponibilização do tratamento nos estabelecimentos de saúde.



A Senhora Carla Fernandes, Vice-Presidente do Instituto Melanoma Brasil, após apresentar a função da entidade que representa, mencionou que a Diretriz de 2013 do SUS para o tratamento do melanoma não é mais eficiente. Destacou que a imunoterapia, que foi incorporada ao SUS, ainda não foi disponibilizada, e que isso enseja o óbito e o sofrimento de pacientes. Ainda salientou que a judicialização, embora desorganize o sistema, é o único meio de o paciente com câncer melanoma ter acesso a medicamentos eficazes, e que, se o sistema funcionasse bem, não haveria judicialização.

A Senhora Flávia Maoli, Fundadora do Projeto Camaleão, depois de apresentar a entidade que representa, falou dos projetos por eles desenvolvidos e destacou que a falta de tratamento efetivo para os pacientes é um grande problema que leva, inclusive, à judicialização. Destacou a importância da conscientização acerca da prevenção do câncer, do diagnóstico precoce, do acesso ao tratamento adequado e da promoção da reabilitação e da inclusão desses pacientes.

A Senhora Maria Conceição dos Santos, Representante da Entidade AMUCC – Amor e União Contra o Câncer, mencionou que os pacientes do SUS não estão tendo acesso aos tratamentos, e que isto leva à judicialização. Falou da necessidade de qualificação de profissionais especializados, da concessão de prioridades a pacientes, da realização de campanhas de conscientização, e da atualização de protocolos de tratamento.

Participaram da reunião: os Deputados Weliton Prado - Presidente; a Deputada Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Silvia Cristina – Relatora; e Flávia Moraes - Suplente.

16/09/2021 DISCUSSÃO E VOTAÇÃO DE PROPOSTAS.

Após aberta a reunião, aprovou-se a pauta da reunião anterior da Comissão. Em seguida, votaram-se requerimentos para a participação de expositores em audiências de temas diversos sobre o câncer.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto e Tereza Nelma - Vice-Presidentes; Silvia Cristina



- Relatora; Biba Nunes, Dr. Frederico, Dra. Soraya Manato, Dulce Miranda, Giovani Cherini, Hildo Rocha, Igor Timo, Joaquim Passarinho, Marina Santos, Maurício Dziedricki, Misael Varella, Pedro Dalua e Professora Marcivania - Titulares; Fábio Henrique, Flávia Moraes, Pastor Gil e Roberto de Lucena - Suplentes.

23/09/2021 AUDIÊNCIA PÚBLICA - PREVENÇÃO E COMBATE AO CÂNCER INFANTIL.

O Dr. Gélcio Luiz Quintella Mendes, Diretor-Geral Substituto do Inca/Ministério da Saúde, em sua apresentação¹⁰, mostrou a incidência do câncer no Brasil (138 casos a cada 1 milhão de pessoas nesta faixa etária), bem como as taxas de mortalidade, por faixa etária, que estão estáveis nos últimos 10 anos. Ao analisar as unidades de tratamento por região do País, mostrou que há maior concentração dessas no Sul e no Sudeste, com verdadeiros vazios assistenciais, o que enseja a discussão da interiorização dos tratamentos para câncer em crianças e adolescentes. Analisou a Iniciativa Global da OMS e os desafios e as oportunidades para o cumprimento dos seus objetivos. Lembrou da importância dos registros de câncer e da necessidade de aprimoramento do diagnóstico do câncer infantil, que representa um gargalo no seu combate no País.

O Dr. Algemir Lunardi Brunetto, Superintendente e Fundador do Instituto do Câncer Infantil de Porto Alegre, destacou a importância do Projeto de Lei nº 3.921, de 2020, (que foi convertido na Lei nº 14.308, de 2022) e da iniciativa privada para o apoio à causa. Falou da necessidade da disponibilização de cuidados paliativos para crianças e adolescentes com câncer, o que ainda é raríssimo no País. A seguir, destacou que o câncer infantil é totalmente diferente do câncer adulto e, por isso, tem de ter abordagem própria.

A Dra. Teresa Cristina Cardoso Fonseca, Presidente da Confederação Nacional das Instituições de Apoio e Assistência à Criança e ao Adolescente com Câncer – CONIACC, após apresentar a entidade que

¹⁰ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/DrGlcioMendesINCATratamentoePrevenodoCncerInfantil23.09.21.pdf>



representa, mencionou que o câncer infanto-juvenil é um grave problema de Saúde Pública. Mostrou que há países com taxa de cura muito maior do que a do Brasil, a exemplo dos Estados Unidos e do Canadá, e que a mortalidade por estas doenças está estagnada há anos em nosso País. Lembrou dos problemas ligados ao subdiagnóstico, ao diagnóstico tardio e não preciso, à dificuldade de acesso aos sistemas de saúde, à inadequação das unidades de tratamento, e às características próprias das crianças e do câncer. Destacou a importância da reunião para a oncologia pediátrica no Brasil e do olhar diferenciado diante desse fenômeno.

O Dr. Claudio Dornas, Diretor da Santa Casa de Belo Horizonte, após apresentar a instituição que representa, destacou que é preciso encarar os problemas do câncer infantil de forma direta, de frente, e se colocou à disposição para ajudar nas mudanças necessárias para a melhoria do diagnóstico e do tratamento dessas doenças.

O Dr. Joaquim Caetano De Aguirre Neto, Chefe do Serviço Médico da Santa Casa de Belo Horizonte, destacou que, em termos técnicos, o Brasil não é pior que nenhum outro País, mas que é preciso melhorar a questão de estrutura e parceria. Lembrou a importância do ensino da oncologia pediátrica em todos os níveis de formação do médico. Falou da essencialidade da interiorização do tratamento do câncer infantil. Lembrou dos pacientes que têm produtos semelhantes a planos de saúde, mas que não são regulamentados, e que têm dificuldade de acesso aos serviços SUS. Diante disso, solicitou que a ANS regule esses produtos, para dar mais garantia a seus contratantes.

O Dr. Mozar De Castro Neto, Vice-Presidente da Fundação Benjamin Guimarães/Hospital da Baleia, em sua apresentação¹¹, falou detalhadamente sobre a entidade que representa. Sugeriu a criação de uma rede de testes moleculares com preços mais acessíveis. Reconheceu a importância dos cuidados paliativos na oncologia pediátrica.

¹¹ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/Dr.MozarDeCastroNetoHospitaldaBaleiaTratamentoePrevenodoCncerInfantil23.09.21.pdf>



O Dr. José Henrique Silva Barreto, Membro do Departamento Científico de Oncologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP, ressaltou a importância do ensino dos profissionais de saúde sobre o câncer infanto-juvenil. Lembrou que só existe a prevenção secundária nestes casos. Daí a importância do diagnóstico precoce. Mencionou a importância da existência de equipes de paliativistas em estabelecimentos de saúde que tratam o câncer infanto-juvenil. Destacou a relevância do pediatra na identificação de sintomas que podem ser de doenças pediátricas gerais, mas também de câncer. Lembrou que os agentes de saúde também são importantes para a monitorização do paciente em tratamento.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Dr. Frederico, Dra. Soraya Manato, Hiran Gonçalves e Professora Marcivania - Titulares; Fábio Henrique, Flávia Moraes e Pastor Gil - Suplentes. E o Deputado Bibó Nunes, que fez um pronunciamento no início da audiência.

30/09/2021 DISCUSSÃO E VOTAÇÃO DE PROPOSTAS.

Após aberta a reunião, aprovou-se a pauta da reunião anterior da Comissão. Em seguida, votaram-se requerimentos para a participação de expositores em audiências de temas diversos sobre o câncer.

Participaram da reunião: os Deputados Weliton Prado - Presidente; Silvia Cristina - Relatora; Dr. Frederico, Dra. Soraya Manato, Dulce Miranda, Giovani Cherini, Heitor Freire, Hildo Rocha, Jaqueline Cassol, Joaquim Passarinho, José Rocha, Marina Santos, Maurício Dziedricki e Professora Marcivania - Titulares; Flávia Moraes, Jéssica Sales, Leandre, Osmar Terra, Pastor Gil, Pedro Lucas Fernandes e Roberto de Lucena - Suplentes.

21/10/2021 AUDIÊNCIA PÚBLICA - AS CONSEQUÊNCIAS DA PANDEMIA DE COVID-19 PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER.

A Senhora Luciana Holtz, Fundadora e Presidente do Instituto Oncoguia, destacou a importância de se ter os exames médicos em dia. Trouxe



dados do câncer extraídos do “Radar do Câncer de Mama”, segundo os quais há 2,3 milhões de novos casos de câncer de mama no mundo e de 63 mil novos casos no Brasil. Lembrou do impacto da pandemia na redução da realização de mamografias e de biópsias e da necessidade de se bater a meta de realização de mamografia entre as mulheres de 50 a 69 anos. Salientou que, até julho de 2021, 33% das pacientes que foram diagnosticadas tinham menos de 50 anos, e que, neste mesmo ano, em 17% dos Estados, 50% das pacientes (e 56% das pacientes pretas) iniciaram o tratamento sistêmico em estágios avançados. Mostrou que 49% dos atendimentos de câncer de mama foram realizados fora do Município de residência. Deu destaque à edição da Portaria nº 3.712, de 2020, que ofereceu incentivo financeiro para custeio e fortalecimento das ações integradas de rastreamento e detecção precoce do câncer focadas em mama e útero.

A Dra. Daniele Xavier Assad, membro do Comitê de Mama da SBOC, mencionou que o câncer de mama nas mulheres é o tumor mais frequente, excluindo os cânceres de pele não-melanoma, e que a cobertura desejada dos exames de mamografia de 70% nunca foi atingida, independentemente de pandemia. Por isso, defendeu o maior acesso à mamografia para a redução das taxas de mortalidade do nosso País, porque os cânceres diagnosticados por rastreio mamográfico têm uma alta chance de cura. Destacou que, na pandemia, segundo estudo publicado, a cobertura de mamografia caiu 42%. Ainda disse que a Sociedade Brasileira de Oncologia apoia a Sociedade Brasileira de Mastologia na recomendação da indicação de mamografia para mulheres a partir de 40 anos (a recomendação do Ministério da Saúde é 50 anos). Salientou que 10% dos tumores são hereditários, e que não temos essa cobertura de testes genéticos. Por fim, lembrou que os inibidores de ciclina, que são medicamentos com comprovada ação de benefícios de sobrevida global, não foram incorporados pelo SUS.

O Dr. Arn Migowski Rocha dos Santos, Chefe da Divisão de Detecção Precoce de Câncer e Apoio à Organização de Rede, na elaboração e avaliação de programas nacionais de detecção precoce de câncer do Instituto



Nacional do Câncer - INCA/MS, em sua apresentação¹², salientou que a pandemia teve um impacto grande nos serviços de saúde, nos sistemas de saúde no mundo inteiro, nos profissionais de saúde e também na própria demanda das mulheres por exames de “check-up”. Mencionou que, embora tenha havido redução no tempo de liberação dos exames diagnósticos no âmbito do SUS, houve queda de excisões de colo do útero e de cirurgias oncológicas neste período. Recomendou a busca ativa de mulheres para seus exames ginecológicos na periodicidade recomendada pelos protocolos do Ministério da Saúde.

A Senhora Maria Doralice Foching, paciente oncológica do SUS, contou a sua experiência e sugeriu que o SUS tivesse um atendimento mais humanizado, com a disponibilização de mais médicos para a assistência.

A Senhora Daniela Catunda, paciente oncológica, também deu um depoimento sobre seu caso, indicou deficiências existentes no SUS e agradeceu os esforços da Comissão.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto e Tereza Nelma - Vice-Presidentes; Silvia Cristina - Relator; Dr. Frederico, Dra. Soraya Manato, Dulce Miranda, Hildo Rocha e Misael Varela - Titulares; Flávia Moraes, Osmar Terra e Pastor Gil – Suplentes.

28/10/2021 AUDIÊNCIA PÚBLICA - A APLICABILIDADE LEGAL DA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA NO BRASIL.

O Dr. José Pedrini, chefe do Serviço de Mastologia do Hospital Conceição/RS, em sua apresentação¹³, falou que é importante garantir qualidade de vida às pessoas com câncer. Em seguida, lembrou que o princípio da cirurgia com prótese é estético, mas que, se possível, a reconstrução e a simetrização têm de ser feitas imediatamente, ainda em casos metastáticos, porque 60% das mulheres que não repõem a mama no ato da cirurgia de retirada do tumor jamais o farão. Mostrou a grande eficácia do

¹² https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/copy_of_ArnMigowski_CongressoNacional21out2021verfinal.pdf

¹³ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/Dr.JosLuizPedrini281021.pdf>



medicamento trastuzumabe deruxtecan, que foi recentemente registrado na Anvisa (4 de outubro de 2021), e que pode evitar até mesmo o uso de quimioterapia em relevante número de casos. Lembrou, ainda, que em 90% dos casos pode-se fazer a cirurgia de reconstrução no mesmo momento cirúrgico da cirurgia de câncer.

A Senhora Joana Jeker, representante do Instituto Recomeçar, em sua apresentação¹⁴, falou da Lei Distrital nº 4.761, de 2012, que também versa sobre a reconstrução da mama. Mencionou, ainda, as leis federais sobre o tema. Deu um testemunho sobre o seu tratamento, inteiramente realizado no SUS.

A Dra Francisca Beltrão da Matta, Mastologista e coordenadora do Programa AME-SE/Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas (SESAU-AL), mencionou que, no estado do Alagoas, o número de pessoas que fazem reconstrução mamária é muito pequeno. Ressaltou como estão sendo feitos esforços naquele estado para a implantação dos serviços de cirurgia com reconstrução, com equipes multidisciplinares.

A Senhora Maria Nazaré da Conceição Januário, paciente oncológica, contou da sua trajetória e agradeceu a oportunidade para a sua manifestação.

A Senhora Juliane Matos, da Associação das Pessoas com Câncer de Maceió, lembrou da importância do monitoramento da saúde das mulheres com câncer.

A Senhora Aline Leal Gonçalves Creder Lopes, Tecnologista da Coordenação-Geral de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, afirmou que o SUS garante o tratamento integral da mulher com câncer de mama. Lembrou da importância do diagnóstico precoce. Informou que, em 2019, foram realizadas, pelo SUS, 1.956 cirurgias de reconstrução mamária no Brasil, número que se reduziu drasticamente em 2020. Ressaltou que o financiamento das ações de saúde é tripartite, e que há a contrapartida estadual e municipal para compor o valor. E que, no caso da atenção

¹⁴ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/ApresentaoJoanaCmaradia28.10.211.pdf>



oncológica, também há financiamento por meio de recurso de habilitação, por parte do MS, além das emendas. Ou seja: há várias rubricas para o financiamento, de modo que não procede o argumento de que o valor pago pela prótese ou pelos serviços na Tabela SUS é exclusivo e insuficiente.

Participaram da reunião as Deputadas Carmen Zanotto e Tereza Nelma - Vice-Presidentes; e a Deputada Dra. Soraya Manato.

11/11/2021 AUDIÊNCIA PÚBLICA - POLÍTICAS PÚBLICAS PARA COMBATER O CÂNCER DE MAMA.

Inicialmente, o Deputado Weliton Prado ressaltou que é preciso revogar a Portaria nº 61, de 2015¹⁵, do Ministério da Saúde, uma vez que essa norma infralegal contraria o disposto no art. 2º, III, da Lei nº 11.664, de 2008, que garante a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade.

A Senhora Silvia Ferrite, com a perspectiva do paciente sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec), deu um depoimento acerca da sua trajetória como paciente oncológica metastática e contou da sua experiência de participação da Conitec, dando algumas sugestões para o funcionamento daquela Comissão.

A Dra. Maria Cristina Sanches Amorim, Gerente-Geral da Femama, mencionou que a instituição que representa apoia a aprovação do PL nº 265, de 2020, que altera a Lei nº 11.664, de 2008, para assegurar a realização de exames de detecção de mutação genética. Salientou que esta tecnologia foi desenvolvida há muitos anos e já está disponível na Saúde Suplementar. Ressaltou, ainda, que a Cemed tem de entrar no processo de negociação dos preços dos produtos com a indústria farmacêutica, para alcançar valores compatíveis com o orçamento do SUS.

A Dra. Maria Helena Mendonça, médica radiologista, tratou da importância da mamografia para as mulheres a partir dos 40 anos. Lembrou que a melhor chance para detecção precoce do câncer de mama é o

15

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2015/prt0061_01_10_2016.html#:~:text=Torna%20p%C3%BAblica%20a%20decis%C3%A3o%20de,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%202D%20SUS.



rastreamento. Mencionou um estudo segundo o qual 1 morte é evitada a cada 1000 mulheres que fazem mamografia. Falou que é importante melhorar o controle de qualidade das mamografias realizadas. Mencionou que a mortalidade por câncer de mama tem aumentado no Brasil, diferentemente do que ocorre nos EUA.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Dulce Miranda e Igor Timo - Titulares; Flávia Moraes e Roberto de Lucena - Suplentes.

17/11/2021 AUDIÊNCIA PÚBLICA - OS 10 ANOS DO NOVEMBRO AZUL NO BRASIL.

O Senhor Rafael Dall Alba, Representante da Organização Pan-Americana da Saúde, informou que 1 homem morre a cada 38 minutos em razão de câncer de próstata. Lembrou que é preciso fortalecer a atenção primária, para a prevenção da doença. Defendeu, também, uma abordagem integral da saúde do homem.

A Senhora Aline Creder, da Coordenação-Geral de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, em sua apresentação¹⁶, mostrou que o câncer de próstata é o segundo mais frequente em homens no mundo. Tratou dos fatores de risco da doença e da necessidade de diagnóstico precoce. Lembrou que o SUS oferece tratamento para a doença e que há 314 serviços habilitados em oncologia. Também mostrou como é feito o acompanhamento do paciente no SUS, desde o acolhimento até o tratamento em unidades especializadas.

A Senhora Renata Oliveira Maciel Dos Santos, da Divisão de Detecção Precoce a Apoio à Organização de Rede do Instituto Nacional do Câncer, falou da necessidade de se fazer uma abordagem integral da saúde do homem, inclusive com a realização de ações intersetoriais, com o fortalecimento das redes de atenção à saúde. Lembrou dos materiais produzidos pelo INCA e que são disponibilizados no sítio eletrônico do Instituto,

¹⁶ https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/MSNOVEMBROAZUL_17_11.pdf



e que podem ser usados por profissionais da saúde e usuários dos serviços. Ao ser questionada sobre o posicionamento do INCA sobre o rastreamento do câncer, informou que o posicionamento do Instituto evita a submissão de homens a procedimentos desnecessários.

A Senhora Marlene Oliveira, Presidente do Instituto Lado a Lado Pela Vida, tratou da importância da entidade que representa para a instituição do Novembro Azul no Brasil. Lembrou que é preciso abordar a saúde do homem de forma integral. Solicitou a necessidade de se reduzirem desperdícios e se limitar a judicialização apenas para quando é necessária. Mostrou resultado de pesquisa que mostrou que 43% dos homens entrevistados acima de 50 anos informaram que os médicos não solicitaram exame de toque retal e PSA.

O Senhor Igor Morbeck, Diretor da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, disse que concorda com o diagnóstico precoce do câncer de próstata. Porém, lembrou que o INCA continua defendendo que o rastreamento pelo exame PSA pode aumentar o diagnóstico sem que haja grande impacto na mortalidade. Porém, ele disse que os estudos que fundamentaram esse posicionamento já foram revistos a partir de 2012, pois está cada vez mais evidente que o rastreamento precoce consegue evitar metástases em 30% dos casos, além do impacto na mortalidade. Solicitou a revisão do referido posicionamento do INCA.

O Senhor Marcelo Miranda Salim, Representante da Sociedade Brasileira de Urologia, corroborou o que foi defendido pelo Dr. Igor, quanto ao posicionamento do INCA sobre o diagnóstico do câncer de próstata. Defendeu a incorporação da cirurgia robótica também para o SUS e a criação de centros especializados em saúde do homem.

A Senhora Helena Esteves, Representante do Instituto Oncoguia, tratou da necessidade de analisar os gargalos do rastreamento, uma vez que, em 2021, 56% dos homens já estavam com câncer avançado no primeiro momento do primeiro tratamento. Lembrou da necessidade de melhoria do acesso, do cumprimento da lei dos sessenta dias, da informação.



O Senhor Marcelo Luiz Pedroso, Presidente da Ação Solidária às Pessoas com Câncer de Belo Horizonte, falou da importância de avanços nas ações de combate ao câncer e da existência de centros especializados na saúde do homem. Ademais, lembrou da importância do acompanhamento da saúde do homem da zona rural.

Também se manifestou a Senhora Hilda Angélica Correia, da Confederação dos Agentes Comunitários de Saúde, e o Vereador João Marra, de Patos de Minas.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Silvia Cristina - Relator; Aline Gurgel, Bibó Nunes, Dr. Frederico, Dra. Soraya Manato, Dulce Miranda, Giovani Cherini, Heitor Freire, Hildo Rocha, Hiran Gonçalves, Jaqueline Cassol, José Rocha, Marina Santos, Maurício Dziedricki, Misael Varela, Pedro Dalua e Professora Marcivania - Titulares; Fábio Henrique, Flávia Morais, Leandre, Osmar Terra e Pastor Gil - Suplentes.

29/11/2021 EVENTO EXTERNO - PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER NO ESTADO DO MA.

Seminário realizado na Assembleia Legislativa do Estado do Maranhão.

30/11/2021 AUDIÊNCIA PÚBLICA - A SAÚDE DO HOMEM, DOENÇAS CARDIOVASCULARES E O CÂNCER.

A Senhora Patrícia Lisboa Izetti Ribeiro, Coordenadora-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde, após apresentar o cenário epidemiológico sobre as doenças cardiovasculares e câncer, tratou das ações estratégicas para controle dos principais fatores de risco das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT). Ainda falou da estratégia de saúde cardiovascular, que se baseia nos pilares do fomento à pesquisa, promoção à saúde e prevenção de doenças, educação em saúde, qualificação da abordagem clínica e da gestão. Mencionou a adesão do Brasil à estratégia "Hearts", da OMS. Lembrou que o Ministério da Saúde não recomenda o programa de rastreamento populacional do câncer de



próstata, em razão de avaliação dos benefícios, riscos e dados de efetividade. Lembrou da Portaria nº 3.069, de 2020, que institui o projeto piloto e o incentivo financeiro federal de custeio para o desenvolvimento de ações de promoção para cuidado integral à saúde do homem e prevenção do câncer de pênis no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A Senhora Marlene Oliveira, Presidente do Instituto Lado a Lado pela Vida – LAL, apresentou dados epidemiológicos acerca das doenças cardiovasculares e do câncer no País. Lembrou que considera imprescindível não só a difusão de informação sobre o câncer, mas também a realização do rastreamento do câncer de próstata. Mencionou a importância do cumprimento das leis que garantem o tratamento do câncer dentro de prazos. Tratou da importância da educação em saúde e da prevenção. Lembrou, ainda, da necessidade do aumento da cobertura da vacina contra o HPV, que está muito baixa.

O Senhor Marcelo Sampaio, Médico Cardiologista, em sua apresentação¹⁷, trouxe alguns dados sobre a saúde do homem. Lembrou que a Covid prolongada aumenta a incidência de doenças cardiovasculares. Mencionou as dificuldades para que os homens cuidem da sua saúde, como a dificuldade de marcação de consultas e vagas, os problemas da formação dos médicos, e as características culturais negativas do homem em relação à sua saúde. Lembrou da importância das ações preventivas, como a realização de “check up” periódico.

A Senhora Eliana Dourado, Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), mencionou que o cuidado com a saúde do homem reflete no Sistema Único de Saúde. Lembrou que as unidades de saúde são muito voltadas ao atendimento materno-infantil e, por isso, devem ser adaptadas, também, aos homens e ao público adolescente. Falou da importância da busca ativa pelos pacientes, para levá-los ao atendimento. Ressaltou a importância de se botar em prática as políticas já

¹⁷ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/DrMarceloSampaioM dicoCardiologista.pdf>



existentes e das redes de atenção à saúde. Por fim, lembrou o subfinanciamento do SUS e os impactos dessa situação.

O Senhor Álvaro Sadek Sarkis, Médico Urologista, após tratar de dados epidemiológicos do câncer de próstata, tratou dos exames que fazem a detecção da doença, e falou que os principais estudos mostram que o rastreamento permite a redução de 40% da mortalidade do público rastreado (com o PSA e o toque retal). Lembrou que a chance de sobrevivência do paciente é maior se o câncer for diagnosticado de forma mais precoce.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Dulce Miranda, Hildo Rocha e Joaquim Passarinho - Titulares; Flávia Moraes, Osmar Terra, Pastor Gil e Roberto de Lucena – Suplentes.

04/12/2021 EVENTO EXTERNO - SITUAÇÃO ATUAL DA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DE CÂNCER EM RONDÔNIA.

Seminário realizado na Câmara Municipal de Ji-Paraná/RO.

04/02/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA - DIA MUNDIAL DO CÂNCER.

A Senhora Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia, apresentou a campanha “O câncer não escolhe. O acesso à saúde não deveria escolher”. Lembrou que as pessoas que mais morrem de câncer são as pobres, pretas e que não têm acesso adequado aos serviços de saúde. Lembrou, ainda, que existe a diferença regional no tratamento do câncer no Brasil.

A Senhora Priscila Bernardina Miranda Soares, médica e Presidente Associação Presente de Apoio a Pacientes com Câncer, mencionou a importância dos cuidados paliativos no tratamento do câncer. Falou também da importância da prevenção, que evitaria até 30% dos cânceres. Disse que o grande gargalo no tratamento do serviço público de saúde é o tempo¹⁸. Mencionou a importância da diminuição da diferença de tratamento entre mulheres pacientes do SUS e as que têm planos de saúde, uma vez que há

¹⁸ <https://www.scielo.org/article/rbepid/2012.v15n3/595-604/>



maior prevalência de pacientes nos estágios III e IV no serviço público quando comparado ao privado.

A Senhora Marlene de Oliveira, Presidente do Instituto Lado a Lado pela Vida – LAL, lembrou que o câncer é a segunda maior causa de mortes do mundo. Mencionou que acesso é a questão que realmente tem de ser melhorada no País, para garantir o diagnóstico precoce e o cuidado de qualidade, resolutivo, do paciente diagnosticado.

A Senhora Maira Caleffi, médica e Presidente da Femama, lembrou que existe há anos uma pandemia de câncer. Lembrou da importância da Casa para a melhoria do tratamento do câncer no País. Defendeu o treinamento de navegação dos pacientes com câncer no Brasil, a aprovação do PL dos testes genéticos e a diminuição do abismo existente entre o tratamento das pessoas que têm planos de saúde e as que dependem do SUS.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto e Tereza Nelma - Vice-Presidentes; Silvia Cristina - Relatora; Bibó Nunes e Joaquim Passarinho - Titulares; Fábio Henrique, Flávia Moraes e Pedro Lucas Fernandes - Suplentes.

O Deputado Weliton Prado lembrou que o estado do Maranhão é o único que não tem judicialização para o fornecimento de medicamentos para o câncer, já que tem um fundo estadual que capta recursos de impostos sobre produtos fumígenos e bebidas alcoólicas. Sugeriu a criação de um fundo nacional com o mesmo objetivo.

22/03/2022 DELIBERAÇÃO DE REQUERIMENTOS.

Após aberta a reunião, aprovou-se a pauta da reunião anterior da Comissão. Em seguida, votaram-se requerimentos para a participação de expositores em audiências de temas diversos sobre o câncer.

Participaram da reunião: os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto e Tereza Nelma - Vice-Presidentes; Silvia Cristina - Relatora; Bibó Nunes, Dr. Frederico, Dr. Zacharias Calil, Dra. Soraya Manato, Dulce Miranda, Giovani Cherini, Heitor Freire, Hildo Rocha, Igor Timo,



Jaqueline Cassol, Joaquim Passarinho, Marina Santos e Misael Varella - Titulares; Flávia Morais e Osmar Terra - Suplentes.

25/03/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA - A falta de medicamentos para tratar pacientes com LMC e LLA.

O Senhor José Francisco Comenalli Marques Júnior, médico hematologista e Presidente da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH), lembrou que pacientes com LMC têm a mesma sobrevida da população em geral, se o paciente tiver disciplina no uso dos seus medicamentos, que são administrados via oral e têm poucos efeitos colaterais. Dessa forma, a falta dos medicamentos para o tratamento dessa doença pode levar ao seu agravamento.

O Senhor Breno Moreno de Gusmão, médico hematologista da Beneficência Portuguesa e membro do Conselho Científico do Instituto Vencer o Câncer (IVOC), mencionou que a falta de medicamentos para o tratamento de LMC e LLA (inibidores de tirosino-quinase) é grave, uma vez que esses medicamentos permitem que os pacientes com essas doenças possam ter uma vida totalmente normal. Ademais, em caso de descontinuidade do tratamento, o quadro do paciente pode evoluir a ponto de essa terapia não mais funcionar, quando os medicamentos voltarem a ser utilizados.

A Senhora Catherine Moura da Fonseca Pinto, médica sanitaria e Diretora-Executiva da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE), em sua apresentação¹⁹, destacou um histórico que indica o número crescente de notificações da falta dos medicamentos. Os primeiros registros datam de julho de 2021. Ressaltou, ainda, a sua atuação institucional na busca de informações junto aos órgãos oficiais acerca da falta desses medicamentos. Mencionou que o problema é de grande repercussão, ou seja, não se restringiu a um local específico e acometeu um grande número de estados e pessoas. Propôs, por fim, algumas soluções, como a melhoria da transparência das informações, a melhoria da gestão da compra e distribuição dos produtos, bem com a revisão do marco regulatório do Departamento de

¹⁹ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/CatherineMouradaFonsecaPintomdicasanitariaeDiretoraExecutivadaABRALE.pdf>



Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, com aprimoramento dos modelos de contratos e otimização dos processos.

A Senhora Clariça Rodrigues Soares, Coordenadora do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) do Ministério da Saúde, tratou do acesso de medicamento na oncologia no âmbito da assistência farmacêutica. Explicou que a compra dos medicamentos para LMC e LLA é feita pelo componente especializado da assistência, de forma centralizada. Lembrou que a compra centralizada tem algumas limitações logísticas, uma vez que são necessárias programações diferenciadas para esse rol de medicamentos. Ademais, ressaltou que: um dos medicamentos teve aumento de preço considerável; houve problemas burocráticos com a documentação dos laboratórios; e houve impugnações na licitação dos medicamentos. Lembrou que o setor que representa tem feito uma iniciativa proativa para identificar a possibilidade de falta de medicamentos, para evitar que esses eventos ocorram.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Silvia Cristina - Relatora; Dulce Miranda - Titulares.

29/03/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA - TRATAMENTO DE PESSOAS COM MIELOFIBROSE.

O Senhor Ricardo Bigni, médico hematologista e chefe da hematologia do Instituto Nacional do Câncer, mencionou que o acesso a tecnologias inovadoras é fundamental para a melhora do cuidado com os pacientes. Lembrou que há gargalos, como o acesso a exames necessários para uma definição mais precisa do diagnóstico de mielofibrose e do papel das alterações dos exames mais especializados em genética, para que os medicamentos mais inovadores possam ser prescritos de forma mais acurada.

A Senhora Priscila Gebrim Louly, Coordenadora-Geral de gestão de tecnologias em saúde do Ministério da Saúde, tratou do processo de análise do ruxolitinibe para o tratamento de pacientes com mielofibrose. Mencionou que a ATS é um meio que auxilia a tomada de decisão baseada em evidências e leva em consideração aspectos clínicos, econômicos, organizacionais e relacionados ao paciente, como impacto social, ética,



aceitabilidade, reações psicológicas, dentre outros aspectos. Após descrever a mielofibrose, lembrou que os estudos analisados pela CONITEC para a incorporação do ruxolitinibe mostraram que o uso desse medicamento levou à diminuição no volume do baço dos pacientes em pelo menos 35% e melhora na qualidade de vida. Porém, em razão da incerteza quanto ao aumento da sobrevida, a recomendação preliminar da CONITEC foi desfavorável à incorporação.

O Senhor Renato Sampaio Tavares, médico hematologista e hemoterapeuta e Diretor da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH), lembrou que a mielofibrose primária é uma doença rara de idosos, a maioria deles, no Brasil, muito pobres. Explicou que o transplante de medula óssea alogênico é o único tratamento curativo dessa doença, mas é inacessível para a maioria dos pacientes, pela falta de leitos, mas especialmente porque são idosos e são inelegíveis. Acrescentou que o ruxolitinibe é o único tratamento de estudo fase 3 com sobrevida comprovada na mielofibrose pelos estudos clínicos, que, embora tenham tido crossover, mostraram aumento de sobrevida. Ressaltou que já existem estudos de mundo real nos Estados Unidos, retrospectivos, e na Europa, prospectivos, que foram adicionados ao dossiê apresentado pela CONITEC, mas não foram analisados. Reiterou que se trata de um tratamento consagrado, que está sendo negado aos pacientes do SUS, mas que é aprovado pela ANVISA e foi aprovado pela ANS. Acrescentou que a hidroxiureia, que tem sido utilizada, é um tratamento paliativo que também não foi aprovado pela CONITEC. Disse, ainda, que o ruxolitinibe atualmente é pago pela União por meio da judicialização. Lembrou que, por se tratar de doença rara, o impacto econômico da incorporação é pequeno.

A Senhora Flávia Maoli de Oliveira, Presidente da Associação Projeto Camaleão, após apresentar a instituição que representa, mencionou que, para o diagnóstico da doença, muitas vezes é necessário procurar um especialista. Lembrou que o ruxolitinibe já está incorporado na Saúde Suplementar, e que é fundamental para a qualidade de vida do paciente. Acrescentou que a judicialização é uma realidade em relação a este medicamento.



Participaram da reunião os Deputados s Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Dulce Miranda, Flávia Moraes e Jaqueline Cassol - Titulares.

08/04/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA - PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO CONTRA O CÂNCER DE PELE.

O Senhor Arn Migowski Rocha Dos Santos, Chefe da Divisão de Detecção Precoce de Câncer e Apoio à Organização de Rede do Instituto Nacional do Câncer – INCA, em sua apresentação²⁰, tratou dos tipos de cânceres de pele (melanoma e não melanoma). Em seguida, falou da incidência dos cânceres de pele e mostrou que eles têm distribuição heterogênea no Brasil. Em seguida, explicou cada um dos tipos de cânceres de pele (carcinoma basocelular, espinocelular, melanoma e outros tipos mais raros, como os de células de Merkel, sarcoma de kaposi, linfoma de pele, tumores anexiais de pele e outros tipos de sarcomas). Mostrou que a principal estratégia de prevenção do câncer de pele é o diagnóstico precoce, com a análise ABCDE (assimetria, borda, cor, dimensão e evolução) das pintas. Por fim, apresentou o tempo médio entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico dos cânceres de pele melanoma no Brasil.

A Senhora Suely Nilsa Guedes De Sousa Esashika, Servidora da Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, em sua apresentação²¹, mostrou o organograma do Ministério, as atribuições do órgão que representa e explicou os quatro tipos de diretrizes clínicas elaboradas pela Conitec (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas, Protocolos de Uso e Diretrizes Nacionais/Brasileiras). Mostrou que as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas são documentos baseados em evidência científica que visam a nortear as melhores condutas na área da oncologia, especificamente.

A Senhora Suyanne Camille Caldeira Monteiro, Servidora do Departamento de Atenção Especializada e Temática do Ministério da Saúde,

²⁰ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/Dr.Arn.pdf>

²¹ https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/DGITIS_AudienciaPublica08_04_22.pdf



tratou da incidência dos cânceres de pele não melanoma e melanoma, bem como a sua distribuição geográfica. Informou que a atenção primária à saúde é a porta de entrada para o diagnóstico de câncer, mas que os ambulatorios de especialidades continuam a análise após consulta com o generalista. Em seguida, indicou como é feito o atendimento nos Cacons e Unacons. Ressaltou a importância de campanhas de conscientização, como a “Dezembro Laranja”. Mencionou tanto a incorporação da imunoterapia no SUS, quanto a portaria que elevou o valor da APAC para o câncer melanoma avançado. Disse que a revisão da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, instituída Portaria nº 874, de 2013, que hoje consta da Portaria de Consolidação nº 2, de 2017, faz parte da agenda estratégica e já está em andamento. Nos comentários finais, lembrou que a APAC não é a única fonte de financiamento do custeio da imunoterapia.

A Senhora Andreia Cristina De Melo, médica oncologista e Coordenadora Comitê de Tumores de Pele e Sarcomas e Representante da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica – SBOC, em sua apresentação²², tratou da incidência dos cânceres melanoma e não melanoma, inclusive com sua distribuição. Alertou que, nos últimos 15 anos, tem aumentado a incidência do câncer melanoma no Brasil. Mostrou as terapias que são liberadas hoje, no Brasil, para o tratamento do melanoma metastático (a maior parte dos medicamentos foi incorporada em julho de 2020), e ressaltou que poucos centros estão disponibilizando esses medicamentos atualmente.

O Senhor Gélcio Mendes, Médico Oncologista e Coordenador de Assistência do Instituto Nacional de Câncer – INCA, em sua apresentação²³, tratou da incidência dos cânceres de pele no Brasil. Destacou que a taxa de mortalidade por câncer não melanoma aumenta muito na faixa etária de mais de 80 anos. Mencionou que o número de óbitos por câncer não melanoma no Brasil aumenta de forma marcante para as populações com menor escolaridade. Apresentou tanto as cartilhas quanto os materiais disponíveis para os profissionais de saúde e para a população em geral (elaborados pelo

²² <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/audpublicamelanoma.pdf>

²³ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/Gelcio.pdf>



INCA). Mencionou que a Portaria nº 638, de 28 de março de 2022²⁴, que altera o valor para o serviço ambulatorial de quimioterapia do melanoma maligno avançado.

A Senhora Helena Esteves, Coordenadora de advocacy do Instituto Oncoguia, em sua apresentação²⁵, salientou a incorporação da imunoterapia para o câncer melanoma, mas criticou o fato de os pacientes não estarem conseguindo acessar a imunoterapia para o melanoma. Lembrou que a diretriz do melanoma não é atualizada desde 2013. Destacou o aumento do valor da APAC (constante da mencionada PRT nº 638, de 2022), mas ponderou que o valor individual do custo da incorporação dos medicamentos (ipilimumabe – R\$ 14.301,8, nivolumabe – R\$ 12.323,91, e pembrolizumabe – R\$ 18.485,96) é maior do que o novo valor da APAC (R\$ 7.500).

O Senhor Eduardo Calderari, Vice-Presidente Executivo da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – INTERFARMA, em sua apresentação²⁶, mostrou que o câncer é a doença para a qual mais há terapias em desenvolvimento no mundo. Lembrou que, embora tenham sido incorporadas terapias no SUS, elas ainda não estão sendo disponibilizadas ao paciente. Destacou que o maior desafio hoje é o financiamento, uma vez que as APACS não cobrem os custos dos medicamentos. Mencionou que o paciente tem de ser observado em toda a jornada do tratamento, inclusive na fase de prevenção e diagnóstico, para que haja diminuição dos custos no tratamento. Defendeu o processo de compra centralizada dos produtos. Disse que tem de se reduzir o abismo entre os pacientes do SUS e da Saúde Suplementar. Defendeu que é preciso desenvolver: ações de prevenção e conscientização; melhoria dos diagnósticos, em busca de diagnósticos mais precoces; análise de fonte de dados; revisão do sistema de financiamento do paciente oncológico no SUS; processo de compra centralizada para tecnologias para o tratamento do câncer.

²⁴ https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0638_29_03_2022.html

²⁵ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/Helena.pdf>

²⁶ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/Eduardo.pdf>



A Senhora Carla Fernandes, Vice-Presidente do Instituto Melanoma Brasil, após apresentar o instituto que representa, mencionou que os pacientes em geral não sabem da letalidade e da agressividade desta doença. Lembrou, ainda, que recentemente aumentou o número de pacientes que procuram o instituto com o câncer já avançado. Lembrou que o tratamento quimioterápico tradicional para o câncer melanoma avançado não é eficaz, e que a imunoterapia, embora incorporada, não tem sido oferecida pelos estabelecimentos próprios e conveniados do SUS. Ressaltou que o novo valor de R\$ 7.500 da APAC é insuficiente, e que não entende como ele foi definido.

A Senhora Daniela Catunda, representante do grupo “Escolhemos Viver”, deu seu depoimento pessoal sobre seu tratamento e mostrou diversas falhas no SUS no cuidado do paciente oncológico.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Silvia Cristina - Relatora, Dulce Miranda, Joaquim Passarinho e Professora Marcivania - Titulares; Flávia Moraes e Pastor Gil - Suplentes.

12/04/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA - AQUISIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO, CONTROLE E GESTÃO DOS MEDICAMENTOS DE CÂNCER.

A Senhora Denise Blaques, Diretora do Instituto Lado a Lado pela Vida, em sua apresentação²⁷, fez uma explanação sobre o câncer e mencionou que, segundo a OMS, até 2030, o câncer será a principal causa de morte no mundo. Mostrou dados sobre a incidência da doença e listou os tratamentos mais usados. Ressaltou que os pacientes do SUS enfrentam a falta de medicamentos e indisponibilidade de tratamentos mais modernos. Criticou a metodologia de aquisição dos medicamentos, que causa desassistência. Mostrou que os recursos repassados para a saúde não acompanham a alta dos preços de medicamentos oncológicos. Mencionou que a incorporação de nova tecnologia no SUS não é garantia para o paciente, pois ela ocorre antes de se decidir como será disponibilizada. Exemplo disso é o tratamento para o melanoma.

²⁷ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/DENISEBLAQUESLadoaLadopelaVida120422.pdf>



A Senhora Catherine Moura, médica sanitária e Diretora-Executiva da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE), em sua apresentação²⁸, mostrou os impactos da Covid-19 no tratamento oncológico no Brasil, deixando claro que 1 a cada 4 pacientes ainda sofriam os impactos da pandemia em 2021. Quanto à jornada dos pacientes, ficou claro que 2 em cada 10 pacientes enfrentaram dificuldades para acesso ao medicamento prescrito pelo médico assistente, e, desses, 31% pacientes esperam um tempo prolongado pelo medicamento, 22% tentam ação judicial, 19% compram o medicamento do seu próprio bolso. Mostrou, ainda, que houve descontinuidade do fornecimento de diversos medicamentos, definitivos e temporários, entre 2019 e 2022, o que impacta a qualidade de vida dos pacientes, sobretudo quando eles não possuem um substituto definido no mercado. Ainda falou do desabastecimento temporário dos medicamentos inibidores para LMC e LLA (desatinibe, imatinibe e nilotinibe), fato que causou grave impacto no tratamento de pacientes em todo o Brasil. Ao final da sua exposição, propôs soluções na área de transparência, gestão e marco regulatório.

O Senhor Paulo Marcelo Gehm Hoff, Médico Oncologista e Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), destacou que existe subfinanciamento do tratamento do câncer no Brasil, uma vez que o modelo da APAC não é compatível com a incorporação de novas medicações. Propôs modificação no modelo de aquisição, pois a mesma APAC não pode ser utilizada, por exemplo, para um paciente com melanoma com tratamento tradicional ou com imunoterapia. Indicou que a compra centralizada, associada a mudança no modelo de logística, é imprescindível para a melhoria das negociações com os laboratórios. Ainda indicou que existe crise de desabastecimento de medicamentos simples e de baixo custo para o câncer, e que é preciso que o governo federal atue para evitar esse tipo de ocorrência.

A Senhora Marisa Madi, Representante da Associação Médica Brasileira (AMB) e Diretora-Executiva da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), indicou que o nosso sistema de saúde está planejado para atender condições agudas, e o câncer é uma condição crônica. Por isso, é

²⁸ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/DRA.CATHERINEMOURAABRALE120422.pdf>



preciso fazer as devidas adaptações para que os pacientes sejam devidamente encaminhados ao longo da sua jornada.

O Senhor Eduardo Calderari, Vice-Presidente da INTERFARMA, opinou que há uma gestão indevida de recursos públicos para o tratamento de câncer, com espera, falta de produtos, falta e interrupção de tratamentos. Lembrou que há janelas de oportunidade para o tratamento e, em caso de diagnóstico tardio, diversas terapias nem mesmo funcionam. Mencionou que a informação em saúde é extremamente importante para o planejamento e a eficiência. Defendeu que não há como utilizar o sistema de APACs, que era suficiente na época em que foi criado, mas não funciona mais devidamente. Ainda aduziu que a compra centralizada é uma necessidade, para a melhoria do poder de barganha na compra dos medicamentos da oncologia.

A Senhora Priscilla Brunelli Pujatt, Radiofarmacêutica e Chefe do Serviço de Medicina Nuclear do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em sua apresentação²⁹, após explicar o funcionamento dos radioisótopos e da logística da distribuição dos radiofármacos, mostrou que a comercialização desses produtos foi monopólio da União até 2006, mas que deixou de ser a partir da edição da Emenda à Constituição nº 49, de 2006. Apresentou a demanda desses produtos por unidade federativa e região do País, bem como a concentração das radiofarmácias industriais produtoras. Mostrou que radiofármacos em oncologia estão disponíveis no Brasil tanto para o SUS quanto para a ANS. Listou as principais questões na comercialização e na distribuição de radiofármacos no Brasil, como a necessidade de planejamento prévio, o problema de alterações emergenciais, a oferta sazonal, a dificuldade de incorporação de novas tecnologias e a dependência de transportes.

A Senhora Clariça Rodrigues Soares, Coordenadora do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, em sua apresentação³⁰, tratou do acesso de medicamentos da

²⁹ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/PRISCILLABRUNELLIPUJATTINCA120422.pdf>

³⁰ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/CLARIARODRIGUESOARESMinistriodaSade120422.pdf>



oncologia. Inicialmente, mostrou que a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer é gerida pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, e que o Departamento de Assistência Farmacêutica faz o fornecimento de medicamentos para o câncer de forma excepcional, por meio do seu componente especializado, já que isso não está no âmbito de sua competência. Mencionou que os medicamentos em geral estão divididos em 3 grupos, que também têm subdivisões. Apenas os medicamentos do grupo 1A têm aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde. Mostrou que os medicamentos oncológicos adquiridos de forma centralizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica são 6 (mesilato de imatinibe, rituximabe, trastuzumabe, pertuzumabe, nilotinibe e dasatinibe) em 9 apresentações. Por fim, levantou os seguintes desafios da compra centralizada: limitações relativas à estrutura administrativa do Poder Público para cumprir com êxito e agilidade os processos licitatórios em tempo oportuno; necessidade de logística, aquisição, programação diferenciadas para esse rol de medicamentos; e dispêndio financeiro.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado – Presidente, que defendeu a criação do Fundo Nacional de Combate ao Câncer; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Silvia Cristina - Relatora; Dulce Miranda, Joaquim Passarinho, Professora Marcivania e Tereza Nelma - Titulares; Flávia Morais e Pedro Lucas Fernandes - Suplentes.

18/04/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA - ESCLARECIMENTO SOBRE A LEI Nº 14.307, DE 2022.

A Senhora Ana Cristina Marques Martins, Gerente-Geral de Regulação Assistencial da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em sua apresentação³¹, fez explicações acerca do Rol, que já foi ordinariamente revisado 14 vezes. Tratou, também, dos quimioterápicos orais, para os quais já há cobertura (59 medicamentos para 112 indicações). Ademais, explicou alguns dispositivos da Lei nº 9.656, de 1998 (que foram alterados pela Lei nº 14.307, de 2022) e

³¹ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/AnaCristinaMarquesMartins.pdf>



indicou como é feito o processo de incorporação. Mostrou o cenário da incorporação de tecnologias desde a edição da MP que deu origem à Lei nº 14.307, de 2022.

A Senhora Marlene Oliveira, Presidente do Instituto Lado a Lado, apresentou algumas dúvidas quanto à norma. Se as drogas orais não onco-hemato serão elegíveis à submissão ao Rol da ANS a partir da edição da Lei; se as tecnologias previamente aprovadas pela Conitec serão automaticamente incorporadas pela ANS de forma retroativa; e como serão definidos os critérios para a incorporação.

A Senhora Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia, passou a palavra ao Tiago Matos, Conselheiro de Advocacy do Instituto Oncoguia, mencionou que, em 2018, o antineoplásico oral registrado demorava até 44 meses para chegar ao paciente, prazo que foi diminuído para 18 meses pela ANS, e, mais tarde, para 4 meses pela Lei nº 14.307, de 2022. Disse que a ANS está num momento decisivo de fazer história e regulamentar o assunto de forma justa e razoável. Para tanto, deve haver um alinhamento com as sociedades médicas; os critérios não podem excluir, automaticamente, os tratamentos; deve haver transparência de dados. Ainda criticou o uso do preço CEMED na Saúde Suplementar, uma vez que eles, em geral, são inflados.

O Senhor Fábio Fedozzi, Diretor-Executivo da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE), elogiou a redução do prazo para a incorporação de antineoplásicos orais. Sugeriu a discussão dos critérios para as metodologias para a incorporação de tecnologias, em busca de transparência. Concordou com o palestrante anterior ao dizer que o uso do preço da CEMED (que é inflado) como padrão dificulta a incorporação.

O Senhor Eduardo Calderari, Vice-Presidente da INTERFARMA, defendeu que as possibilidades de prorrogação dos prazos constantes da Lei devem ser usadas apenas em casos excepcionais, e de forma justificada. Elogiou também a existência de novos parâmetros para a incorporação, mas lembrou que deve haver transparência acerca desses critérios. Questionou a importância do COSAUDE, uma vez que a decisão da ANS não se atrela à sua recomendação. Ainda mencionou um estudo que



mostrou que, hoje, dentro da Saúde Suplementar, as despesas com medicamentos representam menos que 10% do total de gastos.

A Senhora Marisa Madi, Diretora-Executiva da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), reforçou a existência dos comitês de especialidades, que auxiliam na incorporação de tecnologias, além das diretrizes terapêuticas da instituição. Ressaltou a importância da SBOC nas reuniões da COSAUDE.

A Senhora Priscila Gebrim Louly, Coordenadora da Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde, em sua apresentação³², falou sobre o processo de incorporação de tecnologias no âmbito da Conitec. Tratou da base legal desta incorporação (Lei nº 12.401, de 2011) e da estrutura do órgão responsável. Mostrou que, até 2022, 54,1% das demandas recebidas receberam parecer pela incorporação, 32,9% pela não incorporação e 12,4% pela exclusão. A maior parte das demandas era por medicamentos, especialmente na área de oncologia.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; e Silvia Cristina - Relatora.

19/04/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA - OS AVANÇOS E AÇÕES DO PLANO DE EXPANSÃO DA RADIOTERAPIA.

A Senhora Maira Batista Botelho, Secretária de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, em sua apresentação³³, mostrou o histórico do financiamento da radioterapia no SUS, que começou nos anos 1960. Mostrou, que, embora haja programas de radioterapia no SUS, também sempre houve financiamento da radioterapia por meio de convênios, com recursos de programação e emendas. Apresentou o panorama do Plano de Expansão da Radioterapia (PERSUS) atualmente. Ainda mostrou a evolução dos gastos federais com tratamento de câncer no SUS que, em 2021,

³² <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/PriscilaG.Louly.pdf>

³³ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/MairaBatistaCoelho.pdf>



girou em torno de R\$ 4,14 bilhões, sendo que o menor gasto é com cirurgia oncológica. Também mapeou os hospitais em funcionamento no País.

A Senhora Helena Esteves, Coordenadora de Advocacy do Instituto Oncoguia, trouxe, em sua apresentação³⁴, a visão do paciente na realização da radioterapia. Mostrou a importância da radioterapia como opção terapêutica e indicou que, no Brasil, apenas temos em funcionamento 50% das máquinas necessárias, distribuídas desigualmente; há máquinas de radioterapia com até 40 anos operando; existe sobrecarga no número de pacientes; aproximadamente 5 mil pessoas morrem, anualmente, por não conseguir o tratamento de radioterapia. Lembrou que a pandemia piorou toda a situação, mas, mesmo sem pandemia, o acesso estava longe do recomendado. Mostrou que hoje não é possível conhecer as características das filas de radioterapia na maior parte das unidades federativas, uma vez que, ao serem questionados, apenas 8 estados aparentaram conhecer o status das filas de espera. Mencionou resultados de pesquisa que mostram que os pacientes em geral não conhecem ou não entendem o seu tratamento de radioterapia. Apresentou algumas sugestões do Oncoguia: ampliação do Plano de Expansão da Radioterapia; incremento no orçamento; regulamentação da regulação das filas de espera; criação de guias de referências; capacitação de recursos humanos; criação de painel de situação online do universo tecnológico disponível.

O Senhor Rodrigo Lacerda, Assessor Técnico do CONASEMS, elogiou o Plano de Expansão da Radioterapia, que identificou os vazios assistenciais para priorização de obras necessárias. Disse que o grande desafio atual é a garantia do cuidado no tempo oportuno. Lembrou que grande parte dos pacientes já chega à atenção com estadiamento muito elevado. Destacou que um dos grandes desafios atuais está na média complexidade, uma vez que é preciso garantir a realização de exames primários para diagnosticar o paciente e organizar a rede para acolhê-lo. Mencionou que quase 70% dos recursos estão voltados para a quimioterapia, o que indica que ainda há realização insuficiente de cirurgia oncológica e radioterapia.

34 34



A Senhora Lígia Pimentel, Diretora de Relações Governamentais para a América Latina da Varian Medical Systems, elogiou o PERSUS, por se tratar do maior programa de compra de aceleradores lineares do mundo. Indicou que, em 2023, é possível que todas as 92 máquinas adquiridas da empresa que representa estejam entregues. Também mencionou a necessidade de acesso oportuno à radioterapia, para que ele seja eficiente, por se tratar de um tratamento curativo.

O Senhor Arthur Accioly Rosa, Presidente do Conselho Superior da Sociedade Brasileira de Radioterapia, em sua apresentação³⁵, mostrou que a média de deslocamento para a realização de radioterapia é de 72 km, sendo a maior distância percorrida de 1605,5 km (em Roraima). Observou que o acesso à fisioterapia é ligado ao status econômico e apresentou o documento “Por uma radioterapia de qualidade e acessível a todos os brasileiros³⁶”, da Sociedade Brasileira de Radioterapia, que traz dados atuais sobre o tema. Lembrou que, em 2019, 231.565 pacientes do SUS e da Saúde Suplementar foram tratados com radioterapia, com a média de 566 pacientes por máquina, mas 130.000 pacientes possivelmente não receberam o tratamento por insuficiências no sistema. Reforçou que há 263 serviços de radioterapia no País, dos quais 47% são privados, 38% filantrópicos e 15% públicos. Mencionou a existência de 79 bunkers vazios, ou seja, locais prontos para a instalação, mas sem maquinários. Falou que 52% das máquinas existentes necessitam ser substituídas até 2030 (74% delas estão em hospitais públicos). Destacou que a distribuição das máquinas, muitas vezes, não é feita segundo a necessidade local. Como exemplo, citou o fato de Sorocaba ter ganhado dois equipamentos de radioterapia, mesmo sendo o estado de SP o que tem mais equipamentos no País. Mencionou que o orçamento ideal para a radioterapia é de 3,2 bilhões anuais. Por fim, apresentou as seguintes propostas do estudo mencionado: melhora do planejamento de médio e longo prazo, baseado em dados objetivos, visando à sustentabilidade; incentivo para a absorção de tecnologias, com ganho de produtividade e melhora de

³⁵ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/Dr.ArthurAcciolyRosa.pdf>

³⁶ https://sbradioterapia.com.br/wp-content/uploads/2021/08/Relatorio_Projeto_RT2030.pdf



desfechos; despolitização de ações governamentais, com revisão de estratégia de doação de máquinas, hierarquização de acesso por complexidade; e incentivos econômicos, com linhas de créditos, por exemplo.

O Senhor Thiago Rodrigues Santos, Coordenador-Geral de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, mostrou que tem um desafio grande para finalizar o Plano de Expansão, principalmente na parte de licitações. Lembrou que um grande desafio do Programa foi o aumento dos custos da construção civil em razão da Pandemia.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Silvia Cristina - Relatora; Joaquim Passarinho - Titulares.

27/04/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA – AUDIÊNCIA PÚBLICA, REQUERIMENTOS E ELEIÇÃO.

A Senhora Denise Blaques, Diretora do Instituto Lado a Lado Pela Vida, destacou que é favorável ao uso de medicamentos biossimilares, mas acredita que deve haver uma regulamentação robusta sobre o tema, para garantir segurança e eficácia para os pacientes.

O Senhor Valderilio Feijó Azevedo, Membro da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), Organizador do Fórum Latino Americano de Biossimilares (FLAB) e Representante da Associação Médica Brasileira (AMB), em sua apresentação³⁷ traçou um panorama sobre o acesso a medicamentos biológicos. Mostrou que, na União Europeia e no Canadá, 19 a 24% dos dermatologistas, por exemplo, acreditam que o custo seja uma importante barreira no tratamento da psoríase. Informou que 60% dos gastos públicos com medicamentos são destinados aos biológicos, embora esse montante represente apenas 12% dos medicamentos. Indicou que todos os produtos biossimilares passam por rigorosos padrões regulatórios no Brasil, mas têm um processo facilitado de registro, por suas características. Citou a RDC da Anvisa nº 55, de 2010, que dispõe sobre o assunto. Quanto à produção local de

³⁷ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/ValderlioFeij270422.pdf>



biomedicamentos, citou as seguintes vantagens: garantia de suprimento, redução dos custos, aumento do acesso a produtos com segurança e eficácia garantidas, aumento do número de produtos ofertados, aumento da capacidade produtiva e tecnológica, redução da dependência produtiva e tecnológica, incentivo ao desenvolvimento tecnológico e ao intercâmbio de conhecimento e redução das importações, com diminuição do déficit da balança comercial. Lembrou que a intercambialidade dos medicamentos biossimilares é pouco regulamentada, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo.

A Senhora Rosane Cuber, Vice-Diretora de Qualidade da Bio/Manguinhos (Fiocruz), após apresentar³⁸ os produtos da Biomanguinhos, como vacinas, medicamentos e testes (parasitológicos e moleculares), tratou especificamente de um dos produtos: os biofármacos, que podem ser inovadores ou biossimilares. Mencionou que, no Brasil, há 78 registros de biológicos e 52 registros de biossimilares. Defendeu a segurança e a eficácia desses produtos e da troca de produtos originadores por biossimilares. Mencionou que os biofármacos trazem economia para o País.

O Senhor André Augusto Júnior Gemeinder De Moraes, Médico Oncologista e Representante da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), em sua apresentação³⁹ destacou que não pode haver cópias dos produtos biológicos. Dessa forma, eles são altamente biossimilares ao produto referência, mas têm menores diferenças em componentes clinicamente inativos, embora não haja diferenças clínicas significativas entre o produto biológico e a referência, em termos de segurança, pureza e potência. Mencionou que o interesse nos biossimilares é relacionada aos custos, que afeta o acesso ao cuidado médico, as decisões terapêuticas e os resultados. Lembrou que não há estudos clínicos que apoiem a intercambialidade de quaisquer biossimilares aprovados no Brasil e seus respectivos biológicos de referência no âmbito oncológico. Por isso, sugere que os pacientes sejam tratados com o mesmo produto, e que a intercambialidade seja feita em casos

³⁸ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/RosaneCuber270422.pdf>

³⁹ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/AndrMoraes270422.pdf>



restritos, com a aprovação do médico assistente. Ainda explicou o funcionamento dos imunobiológicos. Como conclusão, afirmou que é preciso valorizar a educação dos provedores, dos pacientes e dos legisladores quanto ao tema, para que se encontre o balanço dos custos na oncologia.

A Senhora Ana Luiza Machado Lacerda, Servidora da Coordenação-Geral do Complexo Industrial da Saúde do Ministério da Saúde, informou que o registro dos biossimilares não só diminui o custo do tratamento, como contribui para a diminuição do custo dos bio-originadores. Lembrou também da importância da racionalização do uso na aquisição dos produtos e da possibilidade de o SUS, por representar um grande comprador, poder conseguir preços melhores. Ressaltou a relevância da produção de biossimilares por grandes laboratórios públicos, como o Biomanguinhos.

A Senhora Flávia Caixeta Albuquerque, Servidora do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, após explicar os propósitos da assistência farmacêutica, mostrou⁴⁰ que os medicamentos biossimilares são alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Explicou, em seguida, a forma de financiamento desse componente. Mencionou que alguns medicamentos, atualmente, são comprados de forma centralizada pelo Ministério da Saúde. Disse que o processo de aquisição dos medicamentos é feito a partir da Denominação Comum Brasileira, ou seja, o princípio farmacologicamente ativo aprovado pela Anvisa. Apresentou gráficos mostrando o impacto da introdução dos medicamentos biossimilares na aquisição no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

A Senhora Maria Eliane, sobrevivente de câncer, deu seu depoimento acerca do seu tratamento e agradeceu o empenho da Comissão.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Silvia Cristina - Relatora; Bibi Nunes, Dr. Zacharias Calil, Dulce Miranda, Hildo Rocha, Professora Marcivania e Tereza Nelma - Titulares; Flávia Moraes - Suplente.

⁴⁰ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/FlviaCaixetaAlbuquerque270422.pdf>



13/05/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA – IMUNIZAÇÃO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS.

A Senhora Helena Esteves, Coordenadora de Advocacy do Instituto ONCOGUIA, mencionou que vem havendo quedas nas coberturas vacinais nos últimos tempos. Falou da importância da conscientização acerca das vacinações para a população com câncer. Sugeriu que o site do Ministério da Saúde, que trata de vacinação dos grupos especiais, deve evidenciar quais são esses grupos – e não apenas usar termos genéricos, como imunodeficientes. Apoiou o uso de vacinas, como as de hepatite B e HPV, como estratégia para a prevenção de cânceres.

A Senhora Maria Ignez Freitas Melro Braghiroli, Médica Oncologista e Secretária-Geral da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), apresentou o guia denominado “Vacinação no Paciente Oncológico⁴¹”. Tratou não só da importância de vacinas, como das contraindicações, da necessidade de vacinação de contatos domiciliares e do fluxo de pacientes aos Centros de referência de Imunobiológicos Especiais.

O Senhor Nilo César do Vale Baracho, Diretor do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), reforçou a necessidade da vacinação do paciente oncológico. Lembrou que é preciso fazer campanhas de popularização dos Centros de referência de Imunobiológicos Especiais e aumentar o número de unidades no País. Mencionou que é preciso aumentar a cobertura das vacinas, inclusive das infantis.

A Senhora Adriana Regina Farias Pontes Lucena, Representante do Ministério da Saúde, disse que o grande desafio do Programa Nacional de Imunizações é ampliar a cobertura vacinal no País. Em seguida, apresentou o Programa, com destaque para os 52 Centros de referência de Imunobiológicos Especiais. Lembrou da importância da vacina contra o HPV na prevenção do câncer. Informou que o Ministério da Saúde está discutindo a ampliação do número de Centros de referência de Imunobiológicos Especiais.

⁴¹ <https://www.sbo.org.br/images/Guia-de-Vacinao-no-Paciente-Oncolgico.pdf>



A Senhora Daniela Catunda, paciente com câncer metastático, falou sobre a sua experiência e sobre a importância da vacinação e do tratamento dentário para o paciente oncológico.

A Senhora Maria Eliane, sobrevivente de câncer, deu seu depoimento acerca do seu tratamento e agradeceu o empenho da Comissão.

Participou da reunião o Deputado Weliton Prado - Presidente.

24/05/2022 SEMINÁRIO – SEMANA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER (MANHÃ).

O Senhor Henrique Prata, Diretor Presidente do Hospital de Amor, tratou da injustiça na Saúde Pública. Mostrou de onde vêm seus pacientes e que a prevenção do câncer é extremamente importante, com destaque à busca ativa de pacientes. Em seguida, apresentou algumas sugestões para a melhoria da gestão de recursos na saúde, como a retirada de subsídios para instituições privadas, como o Proadi; ainda sugeriu que todo centro que fizesse tratamento do câncer estivesse atrelado a um centro de referência e contrarreferência.

A Senhora Maria Inez Gadelha, Doutora, Representante do Ministério da Saúde, focou sua fala na prevenção. Lembrou que é preciso atentar para a prevenção quaternária, que busca evitar a iatrogenia. Falou que o rastreamento fora das indicações, o excesso de medicalização de fatores de risco e o pedido excessivo de exames pode levar à iatrogenia.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Silvia Cristina - Relatora; Hiran Gonçalves - Titular; Pedro Westphalen; Policial Katia Sastre – não membros.

24/05/2022 SEMINÁRIO – SEMANA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER (TARDE).

O Senhor Daniel Girardi, Oncologista Clínico, lembrou que o acesso à tecnologia é desigual, e essa diferença tem de ser combatida.

O Senhor Thiago Farina, advocacy do Oncoguia, tratou da dificuldade do acesso e ressaltou a desigualdade do acesso ao tratamento



sistêmico no SUS, o que faz com que, a depender do local onde a pessoa é tratada, sua expectativa de vida seja diferente. Ainda falou da importância de transparência nas filas de espera.

O Senhor Marcos Grigolon, Coordenador da Medicina Nuclear do Hospital Sírio Libanês de Brasília, reforçou a grande diferença de acesso ao tratamento no SUS. Mencionou a importância da incorporação de tecnologias.

O Senhor Paulo Lázaro, Radio-Oncologista, mencionou a evolução do tratamento do câncer, mas lembrou que, com alta tecnologia, tem-se aumento do custo dos tratamentos. Disse que apenas 30% dos serviços de radioterapia usam alta tecnologia.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Silvia Cristina - Relatora; Tereza Nelma – Titular.

25/05/2022 SEMINÁRIO – SEMANA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER (TARDE).

A Senhora Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros, sobrevivente de câncer de laringe e Presidente Fundadora da Associação Brasileira de Câncer, tratou da necessidade de se organizar o tratamento, uma vez que, por exemplo, se o tratamento da radioterapia não for feito de forma tempestiva, perde-se a oportunidade. Lembrou, também, que é preciso melhorar o planejamento financeiro do SUS.

A Senhora Cristina Lemos Barbosa Furia, Doutora em Ciências do Programa de Oncologia pela FMUSP e Representante da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, em sua apresentação⁴² mostrou que a fonoaudiologia é necessária nas equipes multidisciplinares de tratamento oncológico. Lembrou que a laringe eletrônica pode ser solicitada por qualquer centro de tratamento vinculado ao SUS.

O Senhor Sérgio Armanelli Gibson, Defensor Público Federal e Membro do grupo de trabalho Saúde (DPU/DH), lembrou que a judicialização

⁴² <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/CristinaFuriaFonoaudiologia.pdf>



da saúde é um dos temas mais importantes do País. Por isso, é preciso buscar soluções para essa questão.

A Senhora Dany Catunda, Presidente da União Brasil Saúde DF e idealizadora e Presidente do Grupo “Escolhemos Viver”, contou da sua trajetória como paciente metastática.

A Senhora Catherine Moura, CEO da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia da ABRALÉ, apresentou os convidados, representantes de sociedades de especialidades. Em seguida, falou, em sua apresentação⁴³, da magnitude do câncer nos números da morbidade e da mortalidade. Tratou da importância da sociedade civil para a melhoria do tratamento do câncer no País. Apresentou a Declaração para a Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil⁴⁴, que apresenta diversas sugestões, e o Observatório de Oncologia⁴⁵, de acesso amplo e irrestrito. Tratou do declínio da realização de exames diagnósticos e do tratamento durante a pandemia (com destaque para a queda de 42% da oferta de radioterapia no âmbito do SUS). Mostrou que o câncer é a principal causa de morte em 10,9% dos municípios brasileiros e destacou a importância da sociedade e, principalmente, do paciente, na elaboração das políticas de saúde.

O Senhor Gustavo Nader Marta, Doutor e Pós-Doutor em Ciências (Programa de Oncologia) pela FMUSP, em sua apresentação⁴⁶ fez algumas propostas para a radioterapia no País. Lembrou que é o tratamento de câncer mais barato. Mencionou que o principal problema é o acesso a essa tecnologia, atualmente. Ressaltou que hoje existem 409 máquinas de radioterapia no Brasil, com 79 bunkers vazios. Mostrou que 50% dos recursos instalados são obsoletos, o que vai se agravar nos próximos anos. Ademais, lembrou que existe um déficit de sustentabilidade no setor de radioterapia. Demonstrou que os pacientes com câncer no SUS têm mais chances de morrer, e que, em 216, ocorreram aproximadamente 5000 mortes por falta de

⁴³ https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/copy_of_ApresentaoDra.CatherineSemanaNacionaldeCombateaoCncer1.pdf

⁴⁴ <https://tjcc.com.br/downloads/declaracao.pdf>

⁴⁵ <https://observatoriodeoncologia.com.br/>

⁴⁶ https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/2022GustavoNaderMarta_DesafiosepropostasRTBrasilTJCC.pdf



radioterapia⁴⁷. Apresentou as seguintes propostas: recuperação do ticket SUS; incentivo à absorção de tecnologias, por meio de ganho de produtividade; melhora de desfechos e qualidade do tratamento e hierarquização do acesso; além de incentivos econômicos, como isenção de impostos para a importação e equipamentos e tecnologia da radioterapia; e revisão da estratégia de doação de máquinas.

O Senhor Rodrigo Nascimento Pinheiro, Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, em sua apresentação⁴⁸ lembrou que o câncer é evitável em 70% dos casos. Dessa forma, a prevenção primária é a melhor forma de impedir essa doença. Disse que é preciso parar de focar na prevenção terciária (tratamento) e focar na prevenção primária e secundária. Mencionou que é preciso promover o cuidado qualificado, inclusive com atenção ao cuidador, bem como investir em centros especializados para o tratamento do câncer, que trazem melhores resultados.

A Senhora Kátia Moreira Leite, Presidente da Sociedade Brasileira de Patologia, falou da importância da patologia no tratamento do câncer, da subvalorização da carreira e da falta de interesse dos estudantes de medicina para a especialidade, que faz com que haja poucos especialistas no assunto.

A Senhora Vanessa, advogada da área de saúde, pediu que a Deputada revisse o projeto de lei de pesquisa clínica e que se atentasse para o fato de que os medicamentos, muitas vezes, não são fracionados para o paciente, de modo que uma compra pode atender a mais de uma pessoa em tratamento.

A Senhora Luciana Holtz, Presidente Fundadora do Instituto Oncoguia, apresentou⁴⁹ o percentual de casos de cânceres que são descobertos nos estágios 3 e 4. Ainda evidenciou que 50% de todos os tipos de cânceres já começam o tratamento nos estágios localmente avançados e

⁴⁷ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28988891/>

⁴⁸ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/RodrigoNascimentoPinheiroTjcc.pdf>

⁴⁹ https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/Oncoguia_SemaandocncerPesquisaDataFolhaLUCIANA.pdf



metastáticos. Em seguida, mostrou pesquisa realizada com a população sobre o câncer.

A Senhora Cláudia Lopes, paciente oncológica e voluntária do Oncoguia, contou da sua trajetória no tratamento e os desafios existentes.

O Senhor Sandro Martins, Médico Oncologista e Pesquisador do Hospital Universitário de Brasília, discutiu a questão do financiamento do câncer no País.

A Senhora Helena Esteves, Coordenadora de Advocacy do Instituto Oncoguia, apresentou uma análise⁵⁰ dos projetos relacionados ao câncer que tramitam na Câmara dos Deputados.

O Senhor Tiago Farina, Conselheiro Estratégico de Advocacy do Instituto Oncoguia, tratou da importância de as próprias Casas do Congresso Nacional submeterem ao Conitec e à Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar de pedidos para incorporação.

O Senhor Angelo Maiolino, Mestre e Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em clínica médica/hematologia da FMUFRJ, tratou da importância da redução da diferença de acesso entre o paciente do SUS e da Saúde Suplementar.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Silvia Cristina - Relatora; Flávia Moraes – Titular.

26/05/2022 SEMINÁRIO – SEMANA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER (TARDE).

O Dr. Carlos Eduardo Goulart Silveira, MD, MSc, Médico do Departamento de Prevenção do Hospital de Amor, em sua apresentação⁵¹, tratou da Prevenção dos Cânceres de Próstata e Pele. Ele indicou como o Brasil tem alta incidência do câncer de próstata e grande mortalidade, se

⁵⁰ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/OncoguiaRadardePLsdaOncologia05.2022HELENA.pdf>

⁵¹ https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/copy2_of_BrasiliaPele_Dr.Carlos.pdf



comparada a outros países, inclusive da África. Em seguida explicou como é feita a prevenção primária, secundária e terciária deste tipo de câncer. Mostrou, ainda, que acredita que o rastreamento do câncer de próstata é aconselhado, com base em estudos recentes norte-americanos⁵² e europeus⁵³. Também tratou da prevenção do câncer de pele melanoma e não melanoma.

O Dr. Vinicius de Lima Vazquez, Médico, Pesquisador e Professor, Diretor Executivo do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital de Amor, tratou, em sua apresentação⁵⁴, do impacto da pesquisa do câncer do Hospital de Amor no Sistema Único de Saúde. Apresentou o programa de residência e pós-graduação da instituição, o biobanco e o biotério mantidos pelo Hospital do Amor, bem como o restante da estrutura de pesquisa criada. Mostrou estudo⁵⁵ que indica que a vacinação contra HPV nas escolas é uma estratégia excelente para a prevenção de câncer.

O Ms. Gerson Lucio Vieira, Biomédico, Pedagogo, Mestre em Educação e Coordenador do Núcleo de Extensão do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital de Amor, em sua apresentação⁵⁶, tratou do potencial das Escolas na promoção da Educação em Saúde e Câncer junto à comunidade". Mostrou como é feita a exposição nas escolas acerca da prevenção do câncer nos programas de educação em saúde. Apresentou parte do material utilizado, os jogos virtuais utilizados pelas crianças e os cursos EAD feito para professores⁵⁷.

O Dr. Ricardo dos Reis, Diretor de Ensino do Instituto de Ensino e Pesquisa do HA e Pró-reitor da Pós-graduação da Fundação Pio XII,

⁵²

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6450783/#:~:text=Extended%20follow%20Dup%20of%20the,at%20the%20time%20of%20diagnosis.>

⁵³ <https://www.erspc.org/>

⁵⁴ https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/Aulacongresso_maio_2022Dr.Vinicius.pdf

⁵⁵ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0062647>

⁵⁶ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/SLIDEOFICIALAgenda2022doPESCE.1Gerson.pdf>

⁵⁷ https://iep.hospitaldeamor.com.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-Educacao-em-Saude-e-Cancer_compressed.pdf



em sua apresentação⁵⁸, tratou da importância do rastreamento e impacto do câncer de colo uterino no Brasil, que tem possibilidade de prevenção primária, secundária e terciária. Lembrou que a cobertura da vacina contra o HPV ainda está muito baixa (49,9% das meninas e 20,1% dos meninos). Tratou da importância dos testes moleculares de HPV, que são menos falhos. Mencionou o Projeto RT 20/30, e lembrou da importância do planejamento para que pacientes tenham acesso à radioterapia. Ao finalizar, analisou as falhas da prevenção do câncer do colo uterino no Brasil, que são: a cobertura populacional insuficiente, os programas não organizados (oportunistas), a ineficiência no seguimento dos casos alterados, a baixa qualidade nas diferentes etapas dos testes citológicos e as barreiras no acesso, como questões religiosas e de gênero.

A Senhora Joana Jeker dos Anjos, Presidente e Fundadora da Associação de Mulheres Mastectomizadas de Brasília, apresentou o instituto que representa e tratou da importância do cumprimento da legislação em defesa da pessoa com câncer.

O Dr. Ricardo Caponero, Presidente do Conselho Técnico Científico da FEMAMA, em sua apresentação⁵⁹, tratou do câncer de mama. Após mencionar o envelhecimento da população do País e a influência dessa questão como fator de risco da doença. Mostrou que a incidência do câncer de mama no Brasil é mais precoce do que no resto do mundo, com números expressivos antes dos 50 anos. Tratou da importância dos testes genéticos básicos para a prevenção da doença. Falou da necessidade de revisão da recomendação do Ministério da Saúde quanto a mamografia de rastreamento a cada 2 anos. Ainda sugeriu a aprovação do PL nº 265, de 2020, que explicita o histórico familiar como indicação para referenciamento a serviços de maior complexidade.

Algumas mulheres que vivem ou viveram a experiência com câncer se pronunciaram. Foram elas a Senhora Sheila, a Senhora Joana, a

⁵⁸ https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/AulaBrasiliaColoUterino05.2022_DrRicardoReis.pdf

⁵⁹ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/SemanaNacionaldoCncerCncerdeMamaDr.RicardoCaponero26052022.pdf>



Senhora Maria do Socorro, a Senhora Val Costa, a Senhora Iraides e a Senhora Maria Eliane.

Participou da reunião o Deputado Weliton Prado – Presidente.

09/06/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA – POLÍTICAS PÚBLICAS PARA COMBATER O CÂNCER DE MAMA.

O Senhor Daniel Grossi Marconi, Médico Radio-oncologista, Phd em oncologia e Diretor de Reabilitação do Hospital de Amor, mencionou que o tratamento de câncer não é feito de forma completa na maioria dos centros de tratamento, e que isso deveria ser modificado. Lembrou que é importante dar dignidade ao paciente, promovendo a sua reabilitação completa.

A Senhora Daniela Rosa, Médica Oncologista e Presidente do Grupo Brasileiro de Estudos em Câncer de Mama (GBECAM), tratou do posicionamento da instituição que representa quanto à Lei nº 14.335, de 2022. Informou que não é correto indicar a mamografia a meninas jovens e disse que a aplicabilidade do dispositivo da Lei que estabelece a realização dos exames citopatológicos do colo uterino, mamográficos e de colonoscopia a todas as mulheres que já tenham atingido a puberdade, independentemente da idade deve ser discutida. Ainda chamou a atenção para o fato de que medicamentos incorporados pela Conitec, como os inibidores de ciclina ou CDK (abemaciclibe, palbociclibe e ribociclibe), para o tratamento do câncer de mama avançado ou metastático com HR+ e HER2-, não estarem sendo efetivamente disponibilizados às pacientes.

A Senhora Fernanda De Carvalho, Diretora de Relações Institucionais do Instituto Lado a Lado pela Vida (LAL), após apresentar a instituição que representa, lembrou da importância do cumprimento das leis de defesa das pessoas com câncer. Mencionou, também, que está crescendo o número de mulheres diagnosticadas com câncer mais jovens, o que demanda a revisão da idade para a realização de mamografia. Lembrou a necessidade de incorporação de novas tecnologias para o tratamento do câncer no SUS.

O Senhor Arn Migowski Rocha Dos Santos, Médico Epidemiologista e Chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à



Organização de Rede – INCA, em sua apresentação⁶⁰, tratou dos possíveis riscos envolvidos no excesso de rastreamento, como o câncer radioinduzido, resultados falso-positivos, sobrediagnóstico e sobretratamento. Mencionou que as melhores evidências disponíveis norteiam as indicações do INCA quanto à realização de mamografia. Opinou que a aprovação de PL para a incorporação de teste genético é inadequada, uma vez que é fundamental, em vez disso, fomentar a formação de recursos humanos e organização da rede de genética clínica.

A Senhora Maria Helena Mendonça, Médica Radiologista e Membro do Conselho Científico da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA), em sua apresentação⁶¹, sugeriu que o INCA revisse seu posicionamento, uma vez que o estudo canadense⁶² em que se baseiam para a construção de suas diretrizes foi considerado inadequado pela Sociedade Norte-Americana de Câncer de Mama. Sugeriu algumas recomendações: necessidade de notificação do câncer, para a formação de banco de dados; disponibilização de informações em tempo hábil para tomada de decisão; integração dos sistemas de informação e os níveis de atenção para acompanhar o paciente oncológico (navegação); adequação e ampliação de recursos para controle de câncer; ampliação e melhoria da comunicação em saúde para a população; promoção de discussão ampla para a regulamentação do uso de tecnologias na assistência à saúde; atuação de forma interdisciplinar, olhando o contexto do indivíduo; e promoção da articulação entre diferentes setores sociais. Sugeriu melhoria na qualidade da mamografia. Lembrou que, no Brasil, o controle de qualidade dos mamógrafos é voluntário (não é uma obrigação legal).

O Senhor Ruffo De Freitas, Médico Ginecologista, Mastologista e Coordenador da Mastologia do Hospital das Clínicas de Goiás, destacou que as mulheres que dependem do SUS têm mais chance de morrerem de câncer

⁶⁰ https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/ArnMigowski_CongressoNacional09jun2022verfinal1.pdf

⁶¹ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/MariaHelenaMendonca.pdf>

⁶² Baines CJ, To T, Miller AB. Revised estimates of overdiagnosis from the Canadian National Breast Screening Study. *Prev Med* 2016; 90:66-71.



avançado, em relação às mulheres da Saúde Suplementar. Mencionou que a cobertura mamográfica do SUS é muito baixa e inadequada. Ainda lembrou que a mortalidade de câncer de mama não tem diminuído nas últimas duas décadas (ao contrário do que ocorreu no resto do mundo), e que, nos últimos anos, a maior incidência de câncer tem ocorrido entre 40 e 50 anos. Sugeriu a revisão dos protocolos do INCA, inclusive com o treinamento de agentes comunitárias de saúde para a detecção de câncer de mama por meio de exame clínico. Mostrou que o atraso para a incorporação de medicamentos pode significar perda de vidas. Citou o exemplo do medicamento trastuzumabe. Segundo os dados apresentados, 2.857 mulheres deixaram de sobreviver em razão da demora da incorporação deste medicamento. Apresentou as seguintes sugestões: reduzir a burocracia no diagnóstico, melhorar a qualidade das mamografias, aumentar a oferta de biópsias de mama, implementar o exame clínico das mamas por agentes comunitárias de saúde, reduzir a quimioterapia, com aumento da possibilidade de plataformas genéticas na decisão e ampliação de treinamento dos cirurgiões para a reconstrução mamária, e, no que tange ao tratamento sistêmico, a inclusão dos inibidores de ciclina, imunoterapia, pertuzumabe e incentivo à pesquisa clínica.

Participou da reunião o Deputado Weliton Prado – Presidente.

06/07/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA – AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO MIELOMA MÚLTIPLO NO BRASIL.

A Senhora Christine Battistini, Presidente da IMF Latin America, ressaltou a diferença de tratamento entre o paciente com mieloma múltiplo no SUS e na Saúde Suplementar, e pediu que mudanças fossem feitas para que essa diferença fosse reduzida.

O Senhor Angelo Maiolino, Vice-presidente da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular, em sua apresentação⁶³, destacou que trabalha com submissões de novas tecnologias à Conitec e mostrou quais tecnologias foram incorporadas recentemente. Apresentou dados epidemiológicos acerca do mieloma no Brasil e no mundo e

⁶³ https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/Audienciapublica_AngeloMaiolino_06.jul.22.pdf



destacou a importância da incorporação de medicamentos inovadores para a redução da mortalidade pela doença.

A Senhora Patricia Peres De Souza, Coordenadora-Geral Substituta de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, lembrou que, atualmente, está sendo feita a revisão da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

O Senhor Ricardo De Sá Bigni, médico hematologista e Chefe da Seção de Hematologia do INCA, ressaltou que a demora para o diagnóstico do mieloma tem grande impacto no desfecho do tratamento dos pacientes.

O Senhor Marcelo Luiz Pedroso, Presidente da Ação Solidária às Pessoas com Câncer de Belo Horizonte, também ressaltou a diferença de tratamento do paciente do SUS e da saúde privada. Sugeriu, assim, buscar estratégias para a redução dessa diferença.

A Senhora Luana Ferreira Lima, coordenadora de Políticas Públicas e Advocacy da ABRALE, em sua apresentação⁶⁴, ressaltou a necessidade de mais pesquisas acerca do assunto e de desenvolvimento de estudos com maior magnitude, para que haja dados para a edição de políticas públicas mais consistentes. Em seguida, apresentou dados acerca do tema do observatório da ABRALE e mostrou o vídeo do paciente Edivaldo⁶⁵, com seu depoimento sobre o tratamento paliativo a que está sendo submetido.

A Senhora Damila Trufelli, médica oncologista e Diretora Regional de Assuntos Médicos em Hematologia da Janssen, após traçar um panorama histórico sobre a descoberta da doença e dos respectivos tratamentos, mencionou que há diversas iniciativas para o desenvolvimento de tratamentos mais adequados e específicos para a doença.

O Senhor Dr. Jorge Vaz Pinto Neto, médico hematologista, destacou que um cenário desafiador atualmente é que, embora haja a droga para o tratamento da doença, existe diferença no que é disponibilizado no SUS e na Saúde Suplementar. Sugeriu que o sistema de financiamento do SUS seja

⁶⁴ <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-combate-ao-cancer-no-brasil/apresentacoes-em-eventos/LuanaFerreiraLimaCoordenadoradePoliticaseAdvocacydaABRALE.pdf>

⁶⁵ <http://www.camara.leg.br/internet/comissoes/comissoes-especiais/56/CECANCER/edivaldo.mp4>



repensado, já que as APACs não são suficientes para os modernos tratamentos atuais.

Participaram da reunião os Deputados Weliton Prado - Presidente; Silvia Cristina - Relatora; Carmen Zanotto, Dulce Miranda, Joaquim Passarinho, Misael Varella e Tereza Nelma – Titulares. E Osmar Terra – Suplente.

06/09/2022 EVENTO EXTERNO – HOSPITAL DO AMOR

Reunião Técnica realizada na Praça Santa Luzia, em Patrocínio/MG.

08/09/2022 EVENTO EXTERNO – HOSPITAL DO AMOR

Reunião Técnica realizada na Sede Lions Clube, em Unaí/MG.

08/11/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA – SER HOMEM NO BRASIL

A Senhora Denise Blaques, Diretora do Instituto Lado a Lado pela Vida, ressaltou que, apesar de termos uma política nacional de atenção integral à saúde do homem, não temos uma linha de cuidados que contemple todas as etapas de saúde e tratamento desse homem, que chega cada vez mais tarde ao sistema de saúde, tem dificuldades de acessar as unidades básicas e se sentir confortável em expor seus problemas em um ambiente em que ele percebe que é muito mais propício ao atendimento de mulheres e crianças. Destacou, ainda, a iniciativa do Instituto de lançar uma linha 0800, em pleno Novembro Azul de 2021, com uma comunicação mais direcionada aos homens, e a surpreendente adesão que este programa teve.

O Senhor Marcos Pelico Ferreira Alves, Coordenador de Puericultura do Ministério da Saúde mencionou que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é uma política de Estado, que nasceu em 2009, e é uma conquista que diferencia o Brasil dos demais países das américas. Disse que, em geral, quando o homem procura a saúde, ele já vai à área especializada, pois o problema já está, de certo modo, avançado. Concluiu, assim, que o primeiro desafio dessa política é colocar o homem na



Unidade Básica de Saúde para fazer uma consulta com um médico de família e comunidade, para fazer exames. Apontou estratégias nesse sentido já utilizadas: a de incluir na caderneta da gestante uma parte para o pré-natal do pai parceiro e a busca ativa dos agentes comunitários de saúde. Mencionou, ainda, a importância da tele saúde para ferramenta de promoção da saúde e de inclusão do homem. Lembrou dos programas de saúde na escola, que podem ser canais interessantes para a construção de hábitos.

O Senhor Franz Santos de Campos, Chefe do Setor de Urologia do Instituto Nacional do Câncer, após informar dados epidemiológicos sobre o câncer de próstata, indicou o protocolo adotado pelo Instituto, em acordo com as secretarias municipais e estadual do Rio de Janeiro, de identificar e monitorar pacientes com PSA elevado. Disse que é preciso quebrar um pouco o paradigma de que o homem não se cuida, pois o que falta, na verdade, é apoio, informação ou acesso a este paciente, que faz exames, mas não sabe a quem recorrer. Alertou que um terço dos doentes que têm acesso ao INCA provavelmente não terão cura do câncer de próstata. Lembrou que o câncer de próstata no Brasil é completamente diferente, porque, com a miscigenação de raças e com toda a estrutura completamente misturada, o nosso povo não pode ser comparado ao anglo-saxão e ao chinês, por exemplo, de modo que o câncer de próstata no brasileiro e nos estrangeiros são doenças diferentes, que, de maneiras diferentes, devem ser enfrentadas. Isso justifica o investimento em estudos feitos no Brasil. Ressaltou que o toque retal, o PSA e a escala de Gleason são muito importantes para o diagnóstico do câncer de próstata, mas que a ressonância magnética deve ser incorporada, porque vai aumentar o valor preditivo positivo da biópsia prostática, identificando os tumores que são clinicamente significativos e que devem ser tratados. Diferenciou detecção precoce de prevenção, e destacou que o rastreamento do câncer de próstata é que é uma medida arriscada, pois o PSA, o toque retal e o próprio escore de Gleason são falhos. Ainda lembrou que não há em nenhum país do mundo um projeto de rastreamento de câncer de próstata.

O Senhor Igor Morbeck, Médico Oncologista, destacou que o diagnóstico precoce de câncer poderia levar a 90% de chance de cura do câncer. No entanto, ele não está ocorrendo. Ressaltou que apenas 5% dos



homens brasileiros conseguem fazer vigilância ativa do câncer de próstata. Mencionou a importância de se intensificar a campanha e a informação da população rural deste País, que representa quase 20% da nossa população. Lembrou que o INCA mantém em seu sítio eletrônico a informação equivocada que desaconselha o rastreamento do câncer de próstata pelo PSA. Destacou que o câncer de pênis é um grave problema de saúde pública, que pode ser prevenido apenas com limpeza.

A Senhora Lysiane Pereira, Consultora da Organização PanAmericana da Saúde, reafirmou o fato de homens, não só no Brasil, mas no mundo, não procurarem atendimento médico para detecção precoce. Lembrou que a chance de os homens morrerem, principalmente por homicídios, acidentes de trânsito, cirrose, suicídio, HIV, consumo de drogas e álcool, é bem maior do que a das mulheres.

A Senhora Magali Eleutério da Silva, que foi convidada a falar pelo Instituto Lado a Lado pela Vida, tratou da importância de cuidar da saúde do homem do campo, que é negligenciada.

Participaram da reunião: Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Silvia Cristina - Relatora; Dulce Miranda e Hildo Rocha - Titulares; Flávia Moraes e Osmar Terra - Suplentes.

08/11/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA – PRAZO ENTRE A INCORPORAÇÃO E A DISPONIBILIZAÇÃO DE NOVOS MEDICAMENTOS

O Senhor Paulo Benevento, Diretor de Advocacy da União e Apoio no Combate ao Câncer de Mama (UNACCAM), destacou que o prazo de 180 dias para a disponibilização de medicamento após a incorporação não está na lei e, por isso, é constantemente descumprido. Lembrou que existe muita divergência no tratamento dos pacientes a depender do estabelecimento em que é tratado. Portanto, é necessário uniformizar a forma de tratamento dos pacientes, para que haja equidade.

A Senhora Danildes dos Santos Teixeira, Membro da Comissão de Saúde da União e Apoio no Combate ao Câncer de Mama (UNACCAM), reforçou a necessidade de se respeitar o prazo de 180 dias para disponibilizar medicamentos após a incorporação.



A Senhora Maira Caleffi, Presidente da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA), informou que é preciso lutar por orçamento para o tratamento de câncer. Lembrou que a demora para a disponibilização de medicamentos já incorporados é extremamente danosa para as pessoas com a doença.

O Senhor Eduardo David, Representante da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, destaca que existem problemas de gestão dos recursos repassados pelo Ministério e que há inequidades no tratamento do câncer, em razão disso. Lembrou que as restrições orçamentárias também são um grave problema na questão das neoplasias. Mencionou que o sistema de fundos de câncer no NHS inglês não foi bem-sucedida. Lembrou que a centralização de compras também pode levar ao desabastecimento. Por isso, é preciso discutir o assunto, talvez com a instituição de modelos mistos de compras.

A Senhora Clariça Rodrigues Soares, Coordenadora-Geral da Coordenação-Geral do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, explicou o funcionamento do componente estratégico da assistência farmacêutica. Disse que o Ministério tem atualizado os fluxos internos para garantir que os medicamentos cheguem ao paciente em tempo oportuno, dentro dos padrões de qualidade.

O Senhor Alexandre Schneider, Procurador da República, Coordenador do subgrupo de Oncologia da 1ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal, mencionou que uma das principais dificuldades para o tratamento do câncer no Brasil é a detecção precoce. Ainda tratou, de forma mais específica, da importância da detecção precoce no câncer de mama.

A Senhora Ticiane Andrea Sales Nogueira, Procuradora da República, Coordenadora do Grupo de Trabalho de Saúde, da 1ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal, lembrou que estudos mostram que os medicamentos mais novos tendem a ser muito mais caros, embora não tragam diferencial relevante quanto à eficácia para o bem-estar e a sobrevivência do paciente. Por isso, deixou claro que é preciso analisar as



questões de custo benefício dos novos medicamentos, para a incorporação no SUS.

A Senhora Maria Del Pilar Estevez Diz, Médica Oncologista, Mestre e Doutora pela USP e representante da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), mostrou que existe uma curva descendente de mortalidade por câncer nas últimas décadas em países de alto IDH. Disse, porém, que essa realidade não tem ocorrido no Brasil. Ressaltou a demora para a incorporação e a disponibilização de tratamentos para o câncer. Lembrou que a APAC tem valores insuficientes, uma vez que há um descompasso entre os valores pagos e os preços da medicação no mercado.

A Senhora Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia, informou que uma grande maioria dos pacientes do SUS não tem acesso aos tratamentos mais efetivos para o câncer. Além do financiamento ser insuficiente, na maioria das vezes as incorporações não têm sido seguidas de atualização no valor da APAC, e os hospitais com menos disponibilidade orçamentária ou menos alternativas para recursos não conseguem comprar os tratamentos sem comprometer as suas atividades. Em seguida, criticou a Nota Técnica nº 493/2022-CGCEAF/DAF/SCTIE/MS, que recomenda o fim da compra centralizada para medicamentos oncológicos. Posteriormente, trouxe exemplos sobre a falta de acesso a medicamentos oncológicos incorporados ao SUS, como a imunoterapia para melanoma metastático e os inibidores de ciclina para câncer de mama. Entre as sugestões, apresentou as seguintes: a decisão da incorporação tem de ser acompanhada da atualização dos valores financeiros necessários para aquisição e fornecimento da tecnologia (procedimento APAC referente); o fornecimento da tecnologia deve ser pactuado na CIT no prazo de 60 dias, para a definição da responsabilidade financeira pelo fornecimento de cada ente; deve haver PCDTs obrigatórios (essas questões são tratadas no PL nº 3.070, de 2021).

Participaram da reunião: Weliton Prado – Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Dulce Miranda e Hildo Rocha, Dr. Zacharias Calil - Titulares; Flávia Morais e Osmar Terra - Suplentes.



30/11/2022 AUDIÊNCIA PÚBLICA – ATRASO NA DISPONIBILIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS NO SUS APÓS INCORPORAÇÃO.

A Senhora Joana Jeker, Fundadora da Recomeçar - Associação de Mulheres Mastectomizadas de Brasília, contou a respeito das contribuições da fundação que representa para a Saúde Pública, como apoio para a aprovação das leis distritais nºs 6.733, de 2020, 13.685, de 2018, e 13.896, de 2019, e das leis federais nºs 13.685, de 2018, e 13.896, de 2019. Em seguida, apresentou um cenário do câncer de mama no Brasil. Posteriormente, tratou do fluxo de pós-incorporação de tecnologia no SUS. Defendeu a compra centralizada de medicamentos oncológicos. Alertou que os principais entraves pós-incorporação são: impasses entre os entes federados quanto à definição de responsabilidades pelo financiamento dos medicamentos incorporados; necessidade de prévia elaboração e publicação da versão final dos PCDTS e DDTs; a inexistência de alertas, mecanismos e fluxos no âmbito da CIT voltados à priorização da etapa de pactuação de financiamento e suas pautas de reunião; posicionamento contrário do Ministério da Saúde (NT nº 493, de 2022) à inclusão de novos medicamentos na compra centralizada; financiamento oncológico por meio de APAC. Lembrou que os atrasos na disponibilização de medicamentos incrementam os gastos em judicialização.

A Senhora Maria Inês, Secretária Adjunta de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, mostrou que, de 2012 até outubro de 2022, houve 60 demandas de avaliação de tecnologias para o câncer (a maioria para medicamentos), e que 24 foram recomendadas pela CONITEC e incorporadas. Dessas 24, 6 ainda estão pendentes de disponibilização. Lembrou que é necessário haver priorização para a alocação de recursos, e que o Ministério depende de disponibilidade financeira para fazer seus investimentos. Mencionou os seguintes critérios para a disponibilização das tecnologias: finalidade terapêutica, factibilidade de difusão da tecnologia, a existência de alternativa terapêutica, o impacto financeiro e a temporalidade.

A Senhora Eliana Dourado, Representante do CONASS, fez uma breve apresentação acerca do processo de incorporação de tecnologias em saúde no SUS. Lembrou que a recomendação do CONITEC não gera



incorporação automática, e que a responsabilidade financeira para a incorporação tem de ser pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. Por fim, apresentou sugestões para a melhoria da disponibilização de tecnologias, como reforço dos fóruns de gestores do SUS, regulamentação do fluxo de implantação de tecnologias que tiveram recomendação de incorporação pela CONITEC, incorporação de tecnologias recomendadas apenas após definidas as questões de financiamento e organização do acesso no âmbito da CIT e revisão da forma de financiamento e regulação do acesso às ações e serviços do SUS.

O Senhor Tiago Farina, Advogado Sanitarista, apresentou iniquidades no acesso à saúde na Espanha e fez uma comparação com o Brasil, onde o prognóstico dos pacientes depende muito do fato de ele ter ou não plano de saúde, ou de viver ou não em determinado estado da federação. Citou um estudo que comprova este fato⁶⁶. Sugeriu a aprovação do PL nº 2.033, de 2019, e do PL nº 3.070, de 2021.

A Senhora Clariça Rodrigues Soares, Coordenadora-geral da Coordenação-Geral do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, explicou sobre a responsabilidade de fornecimento de medicamentos na oncologia, e explicou que apenas alguns deles são comprados de forma centralizada.

Participaram da reunião: Weliton Prado – Presidente; Carmen Zanotto - Vice-Presidente; Bibó Nunes e Dulce Miranda- Titulares; Flávia Moraes - Suplente.

4. LEGISLAÇÃO RELACIONADA AO CÂNCER NO BRASIL

Nesta seção listamos as principais Leis e normas relativas ao câncer, estabelecendo uma estrutura existente para análise do que pode ser aperfeiçoado.

- LEI Nº 8.922, DE 25 DE JULHO DE 1994. Acrescenta dispositivo ao art. 20 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir a movimentação da conta vinculada quando o

⁶⁶ https://www.oncoguia.org.br/pub/10_advocacy/BJO-artigo-83.pdf



trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna.

- LEI Nº 9.797, DE 6 DE MAIO DE 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.
- LEI Nº 10.223, DE 15 DE MAIO DE 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.
- LEI Nº 10.289, DE 20 DE SETEMBRO DE 2001. Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata.
- LEI Nº 11.650, DE 4 DE ABRIL DE 2008. Institui o Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil e dá outras providências.
- LEI Nº 11.664, DE 29 DE ABRIL DE 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
- LEI Nº 12.715, DE 17 DE SETEMBRO DE 2012. Institui o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica - PRONON, com a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer.
- LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.
- LEI Nº 12.802, DE 24 DE ABRIL DE 2013. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde -



SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária.

- LEI Nº 13.045, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2014. Altera as Leis nºs 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências”, e 10.289, de 20 de setembro de 2001, que “institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata”, a fim de garantir maior efetividade no combate à doença.
- LEI Nº 13.685, DE 25 DE JUNHO DE 2018. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas.
- LEI Nº 13.733, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2018. Dispõe sobre atividades da campanha Outubro Rosa.
- LEI Nº 13.767, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2018. Altera o art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a fim de permitir a ausência ao serviço para realização de exame preventivo de câncer.
- LEI Nº 13.770, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2018. Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.
- LEI Nº 14.238, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências.
- LEI Nº 14.308, DE 8 DE MARÇO DE 2022. Institui a Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica.



- LEI Nº 14.328, DE 20 DE ABRIL DE 2022. Institui o mês de julho como Mês Nacional do Combate ao Câncer de Cabeça e Pescoço.

Além da legislação, apontamos a seguir normas infralegais de maior relevância dentro deste assunto.

- PORTARIA MS Nº 931, DE 10 DE MAIO DE 2012. Institui o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS).
- PORTARIA MS Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- PORTARIA MS Nº 3.394, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- PORTARIA Nº 1.399, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
- PORTARIA GM/MS Nº 3.426, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2020. Altera atributos de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC dos municípios, estados e Distrito Federal.
- PORTARIA GM/MS Nº 3.712, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2020. Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações



integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde.

5. AUDITORIAS DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

O Tribunal de Contas da União (TCU), órgão de controle externo do governo federal que auxilia o Congresso Nacional na missão de acompanhar a execução orçamentária e financeira do país e contribuir com o aperfeiçoamento da Administração Pública em benefício da sociedade, tem entre suas competências a realização de auditorias e a fiscalização da aplicação de recursos da União.

Cumprindo seu nobre papel, este órgão realizou ampla auditoria a partir de 2018 com o objetivo de “avaliar a implementação da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, quanto ao acesso a serviços de diagnóstico”⁶⁷, com a participação de quatorze Secretarias estaduais de controle externo, abrangendo todas as regiões do Brasil.

Não foi a primeira vez na qual o TCU abordava esta matéria. Em 2010, o órgão procedeu avaliação da citada Política Nacional, porém com foco no acesso oportuno ao tratamento. À época, foram constatados problemas como “incipiência do sistema de regulação de acesso de pacientes; carência de profissionais, em especial a de médicos patologistas e médicos oncologistas; estrutura deficiente de rede de saúde de média complexidade, responsável pela realização de procedimentos de diagnóstico oncológico; deficiências na prevenção do câncer; e despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos de câncer e encaminhá-los para a atenção especializada”⁶⁸.

Portanto, boa parte das causas do déficit no acesso ao tratamento estavam relacionadas a falhas no rastreamento e no diagnóstico do

⁶⁷ Tribunal de Contas da União. TC 023.655/2018-6. Em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/diagnostico-de-cancer-no-brasil-e-realizado-de-forma-tardia.htm>

⁶⁸ Tribunal de Contas da União. Acórdão 2843/2011. Em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*?NUMACORDAO%253A2843%2520ANOACORDAO%253A2011%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520



câncer. Considerando que pouco havia mudado nesses anos, o TCU procedeu essa nova auditoria, e seus resultados foram preocupantes.

A conclusão principal da fiscalização foi que há “barreiras que o paciente de câncer enfrenta para ter acesso aos serviços de diagnóstico relacionadas à disponibilidade de serviços, à disponibilidade de médicos especializados e equipamentos e sua distribuição geográfica, aos mecanismos de remuneração da prestação de serviços e à disponibilidade de informação qualificada do paciente em todas as etapas da sua trajetória da linha de cuidado. Todos esses obstáculos resultam na demora para o paciente realizar as consultas e exames necessários à investigação de câncer, dificultando assim o diagnóstico da doença em momento oportuno, conforme preconizado pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer”⁶⁹.

Ou seja, o diagnóstico de câncer no Sistema Único de Saúde tende a ser feito de maneira tardia, com maior chance de a doença já estar em estágio avançado, o que prejudica o tratamento e o prognóstico dos pacientes.

Descrevem-se aqui os principais achados das auditorias realizadas pelo TCU, com o objetivo de auxiliar este Parlamento a propor medidas que possam reverter esse lamentável cenário.

5.1 ACHADOS E PROPOSTAS DA AUDITORIA DO TCU DE 2010

O relatório de auditoria do TCU aponta que há carências estruturais na rede de atenção oncológica, acarretando dificuldades de acesso a serviços de diagnóstico e tratamento do câncer. Por exemplo, o número de Unacons e Cacons era pelo menos 30% inferior ao necessário para atender a estimativa de novos casos feita pelo Inca.

Nessa mesma linha, o acesso à radioterapia e às cirurgias oncológicas foi significativamente inferior à demanda estimada para o SUS. Quanto à quimioterapia, chamou a atenção a desigualdade, já que as autorizações superaram a estimativa, na média do país como um todo, porém

⁶⁹ Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria operacional na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*NUMACORDAO%253A1944%2520ANOACORDAO%253A2019/DTRELEVANCIA%20desc,%20NUMACORDAOINT%20desc/0/%20?uid=a3e03690-c806-11e9-9449-2734c8b180ab



ficou muito aquém da demanda esperada em alguns estados como o Pará e o Amapá.

Constatou-se também que o tempo para início do tratamento está acima do esperado. Na radioterapia, por exemplo, houve casos de só 16% de início do tratamento em 30 dias, índice que chega a cerca de 90% no Reino Unido e Canadá, países que também contam com sistemas de saúde públicos de atendimento universal.

Quanto às tecnologias utilizadas para diagnóstico e tratamento, as opiniões recolhidas pela auditoria apontavam pela demora na incorporação pelo SUS de procedimentos e medicamentos de eficácia comprovada. Ademais, faltavam protocolos clínicos e diretrizes diagnósticas e terapêuticas para mais da metade dos tipos de câncer mais comuns em nosso meio.

Nesse contexto, foram feitas as seguintes propostas para o Ministério da Saúde, dentre outras: articulação junto aos gestores locais do SUS com vistas a considerar as reais necessidades em termos de estrutura da rede de assistência oncológica de cada unidade da Federação; a ampliação da oferta de serviços, seja por meio de investimentos próprios ou pela contratação de serviços suplementares, até a completa solução das carências existentes; a definição de prazos e metas progressivos, até a solução definitiva das carências existentes; acompanhamento constante da adequabilidade dos valores adotados como referência nos procedimentos custeados pelo SUS, para identificar discrepâncias que possam atuar como inibidoras da oferta de serviços de saúde; aperfeiçoamento dos sistemas de dados relacionados ao combate ao câncer, para avaliação dos serviços habilitados; promoção da formação e capacitação de profissionais, desde a atenção primária até a alta complexidade; divulgação de diretrizes terapêuticas para os casos de câncer mais prevalentes do Brasil e atualização periódica das diretrizes e dos procedimentos custeados pelo SUS.

5.2 ACHADOS E PROPOSTAS DA AUDITORIA DO TCU DE 2018

Segundo o TCU, “o diagnóstico do câncer não está sendo realizado em tempo de reduzir o grau de estadiamento elevado no início do tratamento da doença”. Ou seja, um alto percentual de pacientes está sendo



diagnosticado em grau de estadiamento III e IV, e houve piora nesses índices quando avaliado o período entre 2013 e 2017.

Ressalte-se que essa situação também foi observada para os cânceres de mama e de colo do útero, que possuem legislações específicas, programa de rastreamento público e campanhas educativas.

Essa lentidão constatada para o diagnóstico foi atribuída a vários fatores, como a demora para realizar a primeira consulta com especialista; demora entre o pedido e a realização dos exames; demora para liberação do resultado da biopsia; demora na marcação do retorno com especialista após o resultado do exame.

Faltam profissionais especialistas e equipamentos em número suficiente na rede pública, e a rede privada complementar é remunerada com valores desatualizados, o que desincentiva sua participação, especialmente nas regiões distantes dos grandes centros.

Outro achado relevante foi a dificuldade de se investigar os prazos médios para realização de cada uma das etapas de diagnóstico, pela falta de um sistema que registre, controle e gerencie as informações sobre a trajetória do paciente com câncer na rede de saúde. Em mais de um terço dos estados, por exemplo, não havia nem mesmo um gerenciamento do tempo de filas de espera para consultas e exames.

Com base nessa investigação, foram propostas as seguintes medidas, entre outras: desenvolvimento de programa para estruturação da rede de atenção à saúde em relação aos principais exames para diagnóstico de câncer; análise da viabilidade de criação de centros regionais de diagnóstico; análise da viabilidade de envio do material a ser analisado para laboratórios, públicos ou privados, localizados em outros centros; análise da viabilidade de criar diretrizes para implementação de linhas de cuidado para cada tipo de câncer mais prevalente, com base em protocolos clínicos e protocolos de regulação do acesso; avaliação do desalinhamento entre os valores pagos pelo SUS e os custos efetivos da realização dos exames necessários para o diagnóstico do câncer, por meio da correção do valor da tabela de procedimentos do SUS e/ou complementação do valor por parte dos



estados e municípios; análise da viabilidade de implementação de novo modelo remuneratório de incentivos/pagamentos de exames aos estabelecimentos de saúde; análise da viabilidade da implementação de programa de navegação do paciente, com o objetivo de acompanhar uma população de pacientes com câncer, para verificar os gargalos, identificar os pacientes que se perdem na rede e agilizar o tempo de diagnóstico e tratamento do câncer; aperfeiçoamento da qualidade de dados dos sistemas do SUS, para que se viabilize o acompanhamento do tempo de espera nas diversas etapas do trajeto para o diagnóstico e dos valores orçamentários e financeiros aplicados nessa área; desenvolvimento de estratégias para enfrentar a falta de médicos especialistas que atuam no combate ao câncer; investigação dos gargalos e monitoramento da qualidade do serviço.

6. PUBLICAÇÃO DO INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA

O Instituto Lado a Lado pela Vida, fundado há 13 anos, é a única organização social brasileira que se dedica simultaneamente às duas principais causas da mortalidade - o câncer e as doenças cardiovasculares - além do intenso trabalho relacionado à saúde do homem.

No cumprimento de sua missão institucional, esta entidade acompanhou ativamente os trabalhos desta Comissão, tendo o cuidado de elaborar um relatório auxiliar, que segue anexo a este documento (Anexo II). Este material detalha os achados do TCU e faz uma extensa análise sobre os problemas relacionados à jornada do paciente com câncer, em especial no que se refere ao déficit estrutural existente para atendimento.

O estudo auxiliar feito pelo Instituto Lado a Lado pela Vida foi de grande importância para colaborar na elaboração deste Relatório, sendo parte integrante do mesmo.

7. DIAGNÓSTICOS E PROPOSTAS DA COMISSÃO ESPECIAL

Anualmente, mais de 300 mil brasileiras e mais de 300 mil brasileiros descobrem que estão com câncer, um diagnóstico que vem cercado de incertezas e medo. Embora tenham ocorrido avanços significativos no



tratamento deste grupo de doenças, mais de 200 mil pessoas morrem em decorrência, a cada ano.

Nesse contexto, as neoplasias assumem um papel de destaque para a nossa saúde pública, sendo a segunda maior causa de óbito no nosso meio. Desta forma, exige-se um acompanhamento especial do poder público, e uma atuação integrada e eficaz para rastreamento e diagnóstico, levando a um tratamento adequado e oportuno.

Auditoria recente do Tribunal de Contas da União constatou que o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem conseguido um bom resultado no combate ao câncer. Mais da metade dos diagnósticos têm ocorrido com a doença já em estágio mais avançado, o que piora o prognóstico, aumentando a mortalidade.

Além disso, diversos gargalos foram detectados no processo de definição diagnóstica, com demora de mais de 30 dias para a primeira consulta com especialista, mais 20 a 70 dias para realização dos exames especializados, 20 a 50 dias para liberação dos resultados, e mais cerca de 30 dias para nova consulta com especialista. Portanto, constatou-se uma média de 100 a 180 dias para sair da suspeita até o diagnóstico definitivo, para só então ser solicitado o tratamento.

Ressalte-se que esse prazo não inclui as dificuldades relativas ao rastreamento dos cânceres mais comuns, algo que o nosso SUS também precisa melhorar. Em alguns estados, um terço das mulheres não fizeram exames de colo uterino nos últimos três anos. No caso da mamografia, que rastreia para o câncer mais comuns entre as mulheres, a situação é ainda pior, com cobertura de apenas 50% das mulheres acima dos 50 anos.

A pandemia de Covid-19 contribuiu para piorar ainda mais a situação, pela redução no número de procedimentos realizados, e pelo medo que tomou conta de boa parte dos pacientes oncológicos.

O tratamento também precisa ser aperfeiçoado, já que há demora para incorporação de medicamentos mais modernos, e dificuldade de



acesso aos fármacos já incorporados, como tem ocorrido no tratamento das leucemias, por falta dos inibidores de tirosino quinase⁷⁰.

Esses problemas são inaceitáveis, porque está claro que ocorrem mortes e sequelas que poderiam ser evitadas, devido a uma ineficácia do combate ao câncer em todas suas etapas - prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento.

A Comissão Especial Destinada A Acompanhar As Ações De Combate Ao Câncer No Brasil (2021-2022) passou dois anos fazendo um diagnóstico da efetividade da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Após realizarmos dezenas de reuniões e audiências, e ouvir diversas sugestões de aperfeiçoamento, foi possível determinar diversos pontos que podem ser aperfeiçoados.

7.1 PRINCIPAIS PROBLEMAS E DESAFIOS DETECTADOS

Podemos constatar diversos problemas ou inadequações que precisam ser abordados pelo poder público, dentre os quais destacamos os seguintes:

Gestão

- Falta de rubrica orçamentária própria para o combate ao câncer, dificultando a gestão e fiscalização;
- Recursos insuficientes para o devido atendimento da população, com valores defasados de transferência federal por meio da chamada “tabela SUS”;
- Falta de transparência a respeito do desempenho do SUS nas diferentes etapas de abordagem do câncer;
- Oferta insuficiente de serviços de oncologia habilitados no SUS - e disparidade na distribuição territorial dos serviços.

⁷⁰ <https://www.abrale.org.br/noticias/inibidores-da-tirosina-quinase-estao-em-falta-em-todo-o-brasil/>



Prevenção

- Baixa cobertura da vacinação contra HPV;
- Pouco investimento em prevenção do câncer, especialmente na educação da população;

Rastreamento e Diagnóstico

- Baixa cobertura no rastreamento do câncer de mama e do câncer de colo uterino;
- Ausência de rastreamento estruturado para câncer de próstata no SUS;
- Falta de profissionais para consulta especializada e para interpretação de exames de diagnóstico;
- Baixa oferta de exames para confirmação diagnóstica, levando a início tardio do tratamento;
- Falta de opções de diagnóstico e tratamento minimamente invasivas.

Tratamento

- Falta de recursos para assistência farmacológica adequada;
- Falhas na aquisição e distribuição de quimioterápicos;
- Demora na incorporação de medicamentos contra o câncer;
- Existência de protocolos de tratamento diferentes dentre os estabelecimentos;
- Deficiência na oferta de ações de reabilitação e cuidado paliativo de pacientes com câncer;
- Dificuldade na habilitação de serviços de terapia nutricional especializada.



7.2 MEDIDAS JÁ TOMADAS PELA CÂMARA DOS DEPUTADOS NA VIGÊNCIA DA COMISSÃO ESPECIAL

Neste contexto, os membros deste grupo, em conjunto com os demais parlamentares do Congresso Nacional, contribuíram para avanços na legislação do câncer durante o período de funcionamento desta Comissão Especial. Podemos listar como destaques as seguintes conquistas:

- Aprovação do Estatuto da Pessoa com Câncer (Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021);
- Aprovação do Projeto de Lei nº 6.330, de 2019 (antineoplásicos de uso oral na saúde suplementar);
- Conversão da Medida Provisória nº 1.067, de 2021, em Lei (Lei nº 14.307, de 3 de março de 2022, que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar);
- Aprovação da Lei nº 14.313, de 21 de março de 2022, que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre os processos de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos cuja indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- Aprovação da Lei nº 14.335, de 10 de maio de 2022, que altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para incluir o câncer colorretal dispor sobre a atenção integral à mulher na prevenção dos cânceres do colo uterino, de mama e colorretal.
- Aprovação da Lei nº 14.450, de 21 de setembro de 2022, que dispõe sobre o Programa de Nacional de Navegação de Pacientes para pessoas com neoplasia maligna de mama.



Outra conquista importante foi a dedicação de diversos parlamentares desta Casa para melhorar a situação oncológica no nosso país, em especial em regiões com menor acesso à saúde. Temos visto um montante cada vez maior de Emendas Parlamentares para o combate ao câncer, como, por exemplo, a criação de novas unidades do Hospital de Amor em estados com menor oferta de serviços.

Embora tenham sido vitórias relevantes para o povo brasileiro, acreditamos que ainda é possível aperfeiçoar mais a legislação de nosso país, de forma a reverter a situação atual e oferecer um acompanhamento digno das pessoas com câncer no âmbito do SUS.

7.3 PROPOSTAS DA COMISSÃO ESPECIAL

Considerando os problemas encontrados, apresentamos a seguir propostas de alterações legislativas com o propósito de modernizar e aperfeiçoar o combate ao câncer no SUS, abordando as áreas de gestão e financiamento, prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento.

Tomando como ponto de partida a atual Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida pela Portaria nº 874, de 15 de maio de 2013, elaboramos Projeto de Lei para consolidação em Lei deste programa, com diversos aperfeiçoamentos (Anexo I).

A seguir, apontamos as propostas abordadas na referida proposição e outras propostas que serão inclusas em proposições a serem apresentadas.

Propostas nas áreas de gestão e financiamento

- Aumento da transparência, com criação de sistema de dados unificado para gestão da oncologia no SUS, com possibilidade de acompanhamento do tempo de espera nas diversas etapas do trajeto para o diagnóstico;
- Organização do financiamento para amenização de disparidades regionais, permitida a complementação por estados e municípios;



- Inclusão de parâmetros, metas e indicadores para avaliação e monitoramento nos instrumentos de gestão do SUS.

Propostas nas áreas de educação e prevenção

- Educação sobre prevenção e rastreamento do câncer;
- Capacitação de profissionais de saúde, especialmente na atenção básica;
- Garantia de acesso às imunizações para a prevenção do câncer;
- Garantia de acesso a imunizações para pacientes já diagnosticados com câncer, nos casos indicados.
- Reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível;
- Restrição ao tabagismo;
- Limitação ao uso de bebidas alcoólicas;
- Redução da gordura corporal;
- Aumento das atividades físicas;
- Incentivo à amamentação;
- Restrição ao uso de alimentos com alta incidência de defensivos químicos e fertilizantes;
- Incentivo e oportunização de alimentação saudável;
- Redução e controle dos fatores de riscos;
- Elaboração de documentos normativos voltados à regulamentação de produção e consumo de produtos e alimentos ultraprocessados, e
- Ampliação da participação dos municípios nos processos de prevenção e rastreamento na atenção básica.

Propostas nas áreas de atendimento, rastreamento e diagnóstico

- Humanização do atendimento;
- Busca ativa de usuários para rastreamento;



- Criação do Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Suspeita ou Diagnóstico de Câncer;
- Permissão de uso da telemedicina para consultas e exames quando não houver oferta suficiente na localidade;
- Criação de mecanismos para incentivar a formação e contratação de profissionais da área de diagnóstico anatomopatológico;
- Oferta de serviços móveis de rastreamento e diagnóstico, para atendimento de localidades sem acesso adequado;
- Incorporação de tecnologias diagnósticas menos invasivas.
- Criação de Centros Regionais de Diagnóstico, atuando como média complexidade, com vinculação direta aos CACONS e UNACONS;
- Ampliação e fiscalização para a realização por parte dos CACONS E UNACONS de diagnóstico atuando de forma complementar aos Centros de diagnóstico garantindo celeridade na realização de um diagnóstico preciso;
- Ampliação dos CACONS E UNACONS nos Estados;
- Implantação de sistema para desde a prevenção, à efetiva realização do diagnóstico e o acompanhamento do paciente durante todo a sua jornada com o registro compulsório do paciente;
- Revisão dos valores da tabela SIGTAP, de modo a tornar minimamente viável a realização dos procedimentos e exames necessários para o preciso diagnóstico do câncer;
- Implantação e implementação de estratégias e sistemas que visem aperfeiçoar a qualidade do sistema do SUS;



- Vinculação por meio da telemedicina entre os médicos generalistas e os especialistas de modo a reduzir o tempo e apontar possíveis casos de câncer;
- Ampla ação de capacitação dos profissionais de saúde, gestores, pacientes, cuidadores, e todos os agentes diretamente e indiretamente vinculados no processo de diagnóstico do paciente com câncer;
- Implementação de novos procedimentos de pagamento no processo de diagnóstico de câncer garantindo efetividade e transparência na aplicação dos recursos públicos;
- Integração de centros patológicos regionalizados reduzindo tempo de logística, análise e resposta;
- Garantia no momento do diagnóstico da revisão e realização da imunização do paciente a garantir um melhor resultado no tratamento;
- Estabelecimento de regramento claro e objetivo, principalmente exequível dentro da nova Política para o Câncer no Brasil;
- Estabelecimento de programas específicos de cânceres iniciando pelos cânceres mais incidentes, mama, colo, pulmão e melanoma pela sua especificidade, e;
- Ampliação da participação dos municípios nos processos de prevenção e rastreamento na atenção básica, promovendo integração com os Centros de Diagnóstico e com os CACONS e UNACONS.
- Aprovação do PDL 679/2019 de autoria do Senador Lasier Martins – PDT/RS, que susta a Portaria nº 61, de 1º de outubro de 2015, do Ministério da Saúde, que torna pública a decisão de não ampliar o uso da mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas com risco habitual fora da faixa



etária atualmente recomendada (50 a 69 anos) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Propostas na área de tratamento

- Regime prioritário para análise de novas tecnologias oncológicas;
- Definição de prazo para a oferta de tratamentos oncológicos incorporados;
- Incorporação de tecnologias terapêuticas menos invasivas;
- Aquisição centralizada dos medicamentos oncológicos;
- Determinação do uso dos PCDTs pelas unidades habilitadas que receberem medicamentos de aquisição governamental;
- Atualização dos PCDTs nas incorporações;
- Previsão legal da reabilitação de pacientes com câncer ou pós-tratamento;
- Definição de ações de cuidados paliativos, em todos os níveis de atenção à saúde;
- Oferta de terapia nutricional especializada quando indicada;
- Oferta obrigatória, pelas unidades habilitadas para oncologia, de serviços de psicologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia e terapia ocupacional.
- Ampliação das unidades de atendimento ao paciente com câncer (CACONS E UNACONS);
- Organização regionalizada para atendimento aos pacientes;
- Ampliação dos sistemas de controle;
- Implantação de efetivo monitoramento e avaliação dos resultados/paciente;



- Integração dos CACONS E UNACONS com as unidades de diagnóstico;
- Revisão dos valores da tabela SIGTAP;
- Implantação de estratégias e sistemas que visem aperfeiçoar a qualidade do sistema do SUS;
- Organização da regulação permitindo início do tratamento inferior ao prazo em Lei;
- Assistência multidisciplinar ao paciente;
- Estabelecimento de regramento claro e objetivo, principalmente exequível dentro da nova Política para o Câncer no Brasil;
- Implementação de novos procedimentos de pagamento no processo de tratamento de câncer garantindo efetividade e transparência na aplicação dos recursos públicos;
- Controle na distribuição, estoque e dispensação de medicamentos;

Propostas na área de reabilitação

- Ampliação dos Centros de Reabilitação;
- Organização regionalizada para atendimento aos pacientes;
- Implantação de efetivo monitoramento e avaliação dos resultados/paciente;
- Integração com os CACONS E UNACONS;
- Revisão dos valores da tabela SIGTAP e inclusão da robótica;
- Implantação e implementação de estratégias e sistemas que visem aperfeiçoar a qualidade do sistema do SUS;
- Assistência multidisciplinar ao paciente;



- Estabelecimento de regramento claro e objetivo, principalmente exequível dentro da nova Política para o Câncer no Brasil;
- Implementação de novos procedimentos de pagamento;
- Implantação de oficinas ortopédicas que permitam garantir acesso aos pacientes a órteses, próteses e meios de locomoção, (OPMs).

PROPOSTAS LEGISLATIVAS

Com a aproximação do final desta Legislatura, será necessário encerrar os trabalhos desta Comissão, por determinação regimental. Por isso, apresentamos, a seguir, uma listagem de proposições que ofereceremos, a partir de fevereiro do próximo ano, com o objetivo de aprimorar ainda mais as ações de saúde para as pessoas com câncer e para a prevenção desta doença. Trata-se de um rol não exaustivo.

1. Projeto de Decreto Legislativo para tornar sem efeito a Portaria nº 120, de 14 de abril de 2009, que trata Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral;
2. Projeto de lei estabelecendo nova norma para Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral;
3. Projeto de lei ampliando as fontes de financiamento;
4. Projeto de lei de revisão tributária para medicamentos para a oncologia;
5. Projeto de lei que permita a ampliação, responsabilização para atingimento das metas do Programa Nacional de Imunização;
6. Projeto de lei alterando a lei de licitações 14.133, para aquisição de medicamentos oncológicos;
7. Projeto de lei de incentivos para investimento em ações de prevenção e diagnóstico de câncer;



8. Projeto de lei complementar para alterar a prever a participação da União, Estados e Municípios na integralização orçamentária para a oncologia;
9. Projeto de lei visando alterar a metodologia de incorporação de novas tecnologias em saúde;
10. Projeto de lei para a prorrogação do PRONON a partir de 2026, e
11. Projeto de lei estabelecendo regras de atuação de entidades privadas sem fins lucrativos que atuam na prestação de serviços ao SUS em 100%.

8. CONCLUSÃO

O câncer, uma das maiores causas de morte no Brasil, demanda uma atenção prioritária do Sistema Único de Saúde. Embora tenham ocorrido avanços em várias áreas da saúde pública brasileira, a atenção oncológica demanda aperfeiçoamentos em múltiplas etapas de atuação.

Não podemos tolerar que nosso país, com o maior sistema público de saúde do planeta, tenha taxas tão altas de diagnóstico tardio e de morbidade e mortalidade preveníveis.

Nesse contexto, entendemos que esta Casa Legislativa tem muito a colaborar. Considerando os vários e intensos debates promovidos por essa Comissão Especial, apresentaremos junto a este Relatório Projeto de Lei reunindo propostas com o potencial de contribuir para avanços significativos no combate ao câncer no Brasil.

Visando a implantação e implementação das propostas aqui consignadas e, diante da necessidade de organização de uma nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no Brasil, além do Projeto de Lei, já contido nesse Relatório, serão encaminhadas propostas legislativas abaixo listadas.



1. Projeto de decreto legislativo para tornar sem efeito a portaria 120 – terapia nutricional;
2. Projeto de lei estabelecendo nova política de terapia nutricional;
3. Projeto de lei ampliando as fontes de financiamento;
4. Projeto de lei de revisão tributária para medicamentos para a oncologia;
5. Projeto de lei que permita a ampliação, responsabilização para atingimento das metas do programa nacional de imunização;
6. Projeto de lei alterando a lei de licitações 14.133, para aquisição de medicamentos;
7. Projeto de lei de incentivos para investimento em ações de prevenção e diagnóstico de câncer;
8. Projeto de lei complementar para alterar a prever a participação da união, estados e municípios na integralização orçamentária para a oncologia;
9. Projeto de lei visando alterar a metodologia de incorporação de novas tecnologias em saúde;
10. Projeto de lei estabelecendo regras de atuação de entidades privadas sem fins lucrativos que atuam na prestação de serviços ao SUS em 100%.

Deputado WELITON PRADO
Presidente

Deputada SILVIA CRISTINA
Relatora

2022-2270

CD228631306900
exEdit



ANEXO I – PROJETO DE LEI - POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Da Comissão Especial Destinada a Acompanhar as Ações de Combate ao Câncer no Brasil – CECANCER)

Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Fica instituída a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, que tem como objetivos principais:

- I - diminuir a incidência dos diversos tipos de câncer;
- II - garantir o acesso adequado ao cuidado integral;
- III - contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários diagnosticados com câncer;
- IV - reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por esta doença.

Parágrafo único. Fazem parte do cuidado integral a prevenção, o rastreamento, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado.

Art. 3º A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes gerais:

- I - reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível;
- II - organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo, considerando-se as diretrizes e protocolos do SUS;



III - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social;

IV - organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na rede de atenção à saúde do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas;

V - atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença;

VI - realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de prevenção e controle do câncer;

VII - organização da vigilância do câncer por meio da informação, identificação, monitoramento e avaliação das ações de controle e de seus fatores de risco e proteção;

VIII - utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais disponíveis para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer;

IX - implementação e aperfeiçoamento permanente da produção e divulgação de informações, com vistas a subsidiar o planejamento de ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer;

X - monitoramento e avaliação do desempenho e dos resultados das ações e serviços prestados nos diversos níveis de atenção à saúde, para a prevenção e o controle do câncer, utilizando critérios técnicos, mecanismos e parâmetros previamente definidos;

XI - monitoramento e avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde, do tempo de espera para início do tratamento e da satisfação do usuário;

XII - realização de pesquisas ou de inquéritos populacionais sobre a morbidade e os fatores de risco e de proteção contra o câncer;



XIII - estabelecimento de métodos e mecanismos para análise de viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos públicos no Complexo Industrial da Saúde, voltados para prevenção e controle do câncer;

XIV - implementação da rede de pesquisa para a prevenção e o controle do câncer, de modo a aumentar a produção de conhecimento nacional relacionada a esta área;

XV - fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção;

XVI - implementação, nas Comissões Estaduais de Integração Ensino-Serviço (CIES), de projetos educativos voltados à prevenção e ao controle do câncer em todas as suas dimensões assistenciais, de gestão e que envolvam a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde;

XVII - estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os movimentos sociais, com os profissionais da saúde e outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as diversas diretrizes de prevenção e controle e a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo.

XVIII - humanização do atendimento, garantido o apoio psicológico para pessoas com suspeita ou confirmação de câncer;

XIX - busca pela incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas mais precisas e menos invasivas.

Parágrafo único. O financiamento federal da assistência oncológica no SUS deverá prever recursos adicionais para amenização de disparidades regionais de acesso, ficando permitida a complementação por Estados, Distrito Federal e Municípios para a remuneração de procedimentos ou eventos com oferta ainda insuficiente.

Art. 4º O poder público manterá sistema de dados com capacidade de registro das suspeitas e confirmações de câncer, assim como



de todo o processo de assistência, desde a suspeita, incluídas as etapas de diagnóstico, tratamento e recuperação, entre outras que permitam uma supervisão eficaz da execução da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

Parágrafo único. O sistema de dados referido no §1º deste artigo permitirá a consulta de posição em fila de espera para a realização de consultas ou procedimentos de diagnóstico ou tratamento.

Art. 5º São princípios e diretrizes relacionados à prevenção e à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer:

I - identificação e intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a saúde e a qualidade de vida;

II - fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado;

III - promoção de hábitos alimentares saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais;

IV - promoção de práticas corporais e atividades físicas, a serem desenvolvidas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde;

V - enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente, por meio de práticas de promoção da saúde com caráter preventivo e sustentável;

VI - desenvolvimento de ações e políticas públicas para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da



obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer;

VII - fomento à elaboração de documentos normativos voltados à regulamentação de produção e consumo de produtos e alimentos ultraprocessados, ou cuja composição contenha agentes cancerígenos e/ou altas concentrações de calorias, gorduras, açúcar ou sal;

VIII - fomento à ampliação de medidas restritivas ao marketing de alimentos e bebidas ultraprocessados ou com alto teor de sal, calorias, gorduras e açúcar, especialmente os direcionados às crianças;

IX - eliminação, redução e controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos e a intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos;

X - fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente;

XI - monitoramento dos fatores de risco para câncer, a fim de planejar ações capazes de prevenir, reduzir danos e proteger a vida;

XII - garantia de acesso às imunizações para a prevenção do câncer;

XIII - garantia de acesso a imunizações para pacientes já diagnosticados com câncer, nos casos indicados.

Art. 6º São princípios e diretrizes relacionados ao rastreamento e ao diagnóstico no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer:

I - implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento (screening) e diagnóstico precoce, com base em evidências científicas;

II - garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos com suspeita de câncer;

III - estruturação das ações de monitoramento e de controle da qualidade dos exames de rastreamento;



IV - implementação da busca ativa no âmbito da atenção primária à saúde com a finalidade de captação de pessoas aptas para os procedimentos de rastreamento;

V - inclusão dos temas de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer nas ações de educação em saúde da população em geral e nas ações de formação e capacitação de profissionais de saúde;

VI - oferta de serviços móveis de rastreamento, para atendimento de localidades com baixa oferta de serviços dessa área;

VII - a utilização de alternativas diagnósticas mais precisas e menos invasivas, mediante indicação do médico assistente.

§1º Fica permitida a utilização da telessaúde para a análise de procedimentos diagnósticos e para a realização de consultas da atenção especializada, quando não houver oferta local suficiente de serviços, ou quando o tempo de espera for superior ao desejável.

§2º O programa nacional de residência médica deverá estabelecer incentivos estruturais ou financeiros para estimular a formação de mais profissionais da área de diagnóstico anatomopatológico, enquanto a oferta desses especialistas no SUS for insuficiente para atendimento da demanda por exames de diagnóstico oncológico.

§3º O poder público deverá estabelecer incentivos estruturais ou financeiros para garantir a oferta adequada de serviços de diagnóstico oncológico em hospitais públicos e em hospitais privados sem fins lucrativos, na forma do regulamento.

Art. 7º São princípios e diretrizes relacionados ao tratamento do paciente diagnosticado, no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer:

I - a incorporação e o uso de tecnologias levando-se em conta as recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de avaliação de tecnologias em saúde e da avaliação econômica;

II – a utilização de alternativas terapêuticas mais precisas e menos invasivas, mediante indicação justificada de médico assistente;



III - tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo;

IV - realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação;

V - oferta de reabilitação e de cuidados paliativos para os casos que os exijam;

VI - oferta de terapia nutricional especializada para a manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente que dela necessite.

Art. 8º No âmbito da atenção especializada ao paciente com câncer, será garantido o cuidado multidisciplinar, contando, no mínimo, com a participação de profissionais das áreas de psicologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia e terapia ocupacional.

Art. 9º O art. 19-R da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), passa a vigorar acrescido do seguinte §3º:

“Art. 19-R..... 19-
R.....
.....

§3º O procedimento referido no caput tramitará em regime prioritário quando se tratar de análise de medicamento, produto ou procedimento relacionado à assistência da pessoa com câncer.” (NR)

Art. 10. A partir da publicação da decisão de incorporar tecnologia em oncologia, ou da publicação de protocolo clínico e diretriz terapêutica na área de oncologia, as áreas técnicas terão prazo máximo de 180 (cento e oitenta dias) para efetivar a oferta no SUS.



§ 1º Finalizado o prazo previsto no “caput” deste artigo sem as devidas providências das áreas técnicas, será garantida a oferta automática da respectiva incorporação.

§ 2º Os medicamentos incorporados para o tratamento do câncer serão adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento e distribuição desses medicamentos aos estabelecimentos de saúde habilitados para tratamento oncológico no SUS.

§ 3º A distribuição de medicamentos incorporados para o tratamento do câncer aos estabelecimentos de saúde habilitados para tratamento oncológico no SUS terá como requisito a utilização dos protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, quando existentes.

§4º Após a incorporação de novas tecnologias em oncologia, deverão ser atualizados os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas das indicações do novo procedimento ou tratamento.

Art. 11. Fica estabelecida, no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, a reabilitação de pacientes com sequelas ou limitações em decorrência do câncer ou do seu tratamento, seguidos os seguintes objetivos:

I - diminuição, eliminação ou controle de perdas funcionais, desconfortos e sofrimento psíquico;

II - garantia de acesso oportuno a procedimentos clínicos ou cirúrgicos de correção de sequelas ou mutilações;

III - suporte psicossocial e nutricional;

IV - início precoce das medidas de pré-reabilitação e de reabilitação.

Art. 12. Os cuidados paliativos dos pacientes com câncer devem estar disponíveis em todos os níveis de atenção à saúde no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, seguidos os seguintes princípios:



I - oferecimento de alívio para dor e outros sintomas que prejudiquem a qualidade de vida;

II - reafirmação da vida e da morte como processos naturais;

III - integração do cuidado clínico com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais.

IV - abstenção da utilização de medidas com o objetivo de apressar ou adiar a morte;

V - oferecimento de apoio e suporte para auxílio à família e ao paciente, com o objetivo de mantê-lo em seu ambiente e vivendo o mais ativamente possível.

VI - abordagem interdisciplinar clínica e psicossocial dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

Art. 13. Fica instituído o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Suspeita ou Diagnóstico de Câncer.

§1º Para fins do disposto nesta Lei, a navegação do usuário consiste na busca ativa e acompanhamento individual dos processos envolvidos no diagnóstico e tratamento do câncer, tendo como ponto inicial a suspeita desta doença.

§2º O programa referido no **caput** tem como objetivo principal a identificação e superação de barreiras que possam prejudicar as medidas de prevenção e controle do câncer, de forma a aumentar os índices de diagnóstico precoce e reduzir a morbimortalidade associada a essa doença.

§3º Para fins do disposto no §2º deste artigo, barreiras são definidas como os obstáculos que dificultem ou retardem o andamento do processo de diagnóstico e tratamento do câncer, podendo elas serem de caráter sociais, clínicas, econômicas, educacionais, culturais, estruturais ou de acesso, entre outras.

§4º A navegação da pessoa com suspeita ou diagnóstico de câncer deve ser efetivada mediante articulação dos componentes da atenção básica, de atenção domiciliar, de atenção especializada, dos sistemas de



apoio, de regulação, dos sistemas logísticos e de governança, nos termos de regulamento.

§5º O poder público estabelecerá programas de treinamento voltados para os profissionais que atuarão no programa instituído no **caput**, considerando os contextos sociais e culturais das suas regiões de atuação.

Art. 14. Os parâmetros, as metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS, na forma do regulamento.

Art. 15. As Comissões Intergestores do SUS pactuarão as responsabilidades dos entes federativos nas suas respectivas linhas de cuidado que compõem a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, de acordo com as características demográficas e epidemiológicas e o desenvolvimento econômico-financeiro das regiões de saúde.

Parágrafo único. A organização dos critérios das linhas de cuidado prioritizadas e de seus componentes será objeto de normas específicas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e posteriormente publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Anualmente, mais de 300 mil brasileiras e mais de 300 mil brasileiros descobrem que estão com câncer, um diagnóstico que vem cercado de incertezas e medo. Embora tenham ocorrido avanços significativos no tratamento deste grupo de doenças, mais de 200 mil pessoas morrem em decorrência, a cada ano.

Nesse contexto, as neoplasias assumem um papel de destaque para a nossa saúde pública, sendo a segunda maior causa de óbito no nosso meio. Desta forma, exige-se um acompanhamento especial do poder



público, e uma atuação integrada e eficaz para rastreamento e diagnóstico, levando a um tratamento adequado e oportuno.

Auditoria recente do Tribunal de Contas da União constatou que o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem conseguido um bom resultado no combate ao câncer. Mais da metade dos diagnósticos têm ocorrido com a doença já em estágio mais avançado, o que piora o prognóstico, aumentando a mortalidade.

Além disso, diversos gargalos foram detectados no processo de definição diagnóstica, com demora de mais de 30 dias para a primeira consulta com especialista, mais 20 a 70 dias para realização dos exames especializados, 20 a 50 dias para liberação dos resultados, e mais cerca de 30 dias para nova consulta com especialista. Portanto, constatou-se uma média de 100 a 180 dias para sair da suspeita até o diagnóstico definitivo, para só então ser solicitado o tratamento.

Ressalte-se que esse prazo não inclui as dificuldades relativas ao rastreamento dos cânceres mais comuns, algo que o nosso SUS também precisa melhorar. Em alguns estados, um terço das mulheres não fizeram exames de colo uterino nos últimos três anos. No caso da mamografia, que rastreia para o câncer mais comuns entre as mulheres, a situação é ainda pior, com cobertura de apenas 50% das mulheres acima dos 50 anos.

A pandemia de Covid-19 contribuiu para piorar ainda mais a situação, pela redução no número de procedimentos realizados, e pelo medo que tomou conta de boa parte dos pacientes oncológicos.

O tratamento também precisa ser aperfeiçoado, já que há demora para incorporação de medicamentos mais modernos, e dificuldade de acesso aos fármacos já incorporados, como tem ocorrido no tratamento das leucemias, por falta dos inibidores de tirosino quinase⁷¹.

Esses problemas são inaceitáveis, porque está claro que ocorrem mortes e sequelas que poderiam ser evitadas, devido a uma ineficácia do combate ao câncer em todas suas etapas - prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento.

⁷¹ <https://www.abrale.org.br/noticias/inibidores-da-tirosina-quinase-estao-em-falta-em-todo-o-brasil/>



A Comissão Especial Destinada A Acompanhar As Ações De Combate Ao Câncer No Brasil (2021-2022) passou dois anos fazendo um diagnóstico da efetividade da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Após realizarmos dezenas de reuniões e audiências, e ouvir diversas sugestões de aperfeiçoamento, foi possível determinar diversos pontos que podem ser aperfeiçoados.

Este Projeto de Lei é a reunião de todo esse conhecimento reunido, trazendo propostas exequíveis e com o potencial de provocar uma verdadeira revolução no combate ao câncer em nosso país, em benefício das centenas de milhares de pessoas acometidas por esta doença a cada ano.

Neste contexto, pedimos o apoio dos nobres colegas parlamentares para sua aprovação.

Sala das Sessões, em de de 2022.

Comissão Especial Destinada a Acompanhar as Ações de Combate ao Câncer
no Brasil – CECANCER

2022-2270



ANEXO II – PUBLICAÇÃO “O CÂNCER NO BRASIL”, DO INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA

Apresentação: 12/12/2022 08:31:24.960 - CECANCER
CVO 1 CECANCER => REL 1/2022 CECANCER

CVO n.1



INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA

O CÂNCER NO BRASIL

IDEALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO

INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA

Outubro 2022

São Paulo (SP)



Sumário

<u>SIGLAS E ABREVIATURAS</u>	112
<u>PREÂMBULO</u>	113
<u>O INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA</u>	115
<u>COMISSÃO ESPECIAL DE COMBATE AO CÂNCER</u>	117
<u>O CÂNCER</u>	118
<u>TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – RELATÓRIO</u>	121
<u>O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER TEM SIDO REALIZADO EM TEMPO OPORTUNO?</u>	123
<u>A CARÊNCIA DE PROFISISONAIS DE SAÚDE</u>	127
<u>UMA NOVA POLÍTICA PARA O CÂNCER NO BRASIL</u>	139
<u>PESQUISA TEMÁTICA JUNTO À INDÚSTRIA FARMACÊUTICA</u>	144
<u>JORNADA DO PACIENTE COM CÂNCER</u>	145
<u>A PREVENÇÃO</u>	147
<u>PRINCIPAIS FATOS</u>	149
<u>A IMUNIZAÇÃO DO HPV</u>	152
<u>PROPOSTAS:</u>	154
<u>O DIAGNÓSTICO</u>	155
<u>A INFRAESTRUTURA.</u>	166
<u>PROPOSTAS</u>	172



<u>O TRATAMENTO</u>	177
<u>CACONS E UNACONS</u>	179
<u>O TERRITÓRIO DE COBERTURA ASSISTENCIAL E A PRODUÇÃO CORRESPONDENTE</u>	183
<u>DADOS POR MACRORREGIÕES</u>	184
<u>MAPA DISTRIBUIÇÃO POR MACRORREGIÕES</u>	187
<u>QUANTIDADE INSUFICIENTE DE CACONS E UNACONS</u>	188
<u>ESTIMATIVAS DE CASOS SEGUNDO O INCA POR NEOPLASIAS</u>	198
<u>ESTIMATIVAS DE CASOS POR NEOPLASIAS POR ESTADOS</u>	199
<u>ESTIMATIVA DO IMPACTO FINANCEIRO PARA HABILITAR A QUANTIDADE NECESSÁRIA DE ESTABELECIMENTOS EM ONCOLOGIA</u>	203
<u>TERAPIA NUTRICIONAL</u>	207
<u>APLICABILIDADE DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – PCDT</u>	214
<u>PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS</u>	215
<u>DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS</u>	215
<u>AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL – APAC</u>	218
<u>QUIMIOTERAPIA</u>	222
<u>RADIOTERAPIA</u>	225
<u>CIRURGIA</u>	228
<u>PROPOSTAS TRATAMENTO:</u>	229
<u>A REABILITAÇÃO</u>	230
<u>PROPOSTAS PARA A REABILITAÇÃO</u>	230
<u>A GESTÃO</u>	240
<u>DESCENTRALIZAÇÃO E UNIFORMIZAÇÃO DE MÉTODOS E PROCESSOS</u>	243
<u>AQUISIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS oncológicos</u>	245
<u>INCORPORAÇÃO DE MEDICAMENTOS E TECNOLOGIAS em saúde</u>	250
<u>APERFEIÇOAMENTO DE BANCOS DE DADOS E INFORMAÇÕES</u>	253



<u>ORÇAMENTO PÚBLICO - FONTES DE FINANCIAMENTO</u>	257
<u>LEGISLAÇÕES VIGENTES NA ONCOLOGIA</u>	261
<u>LEIS ORDINÁRIAS</u>	262
<u>PORTARIAS E RESOLUÇÕES</u>	265
<u>REFERÊNCIAS BIOGRÁFICAS</u>	281



• SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Planos de Saúde
ABIFICC - Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer
ANS – Agência Nacional de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
ATS – Avaliação de Tecnologias em Saúde
BRASPEN – Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CGU – Controladoria Geral da União
CITEC – Comissão de incorporação de Tecnologias
CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
FDA – Food and Drug Administration
HA – Hospital de Amor
HCOR – Hospital do Coração do Brasil
HCM – Cardiomiopatia Hipertrófica
HPV – Papilomavirus Humano
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INTERFARMA – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS – Ministério da Saúde
PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
DDT – Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SINDUSFARMA – Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos
STJ – Superior Tribunal de Justiça
SUS – Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
UNACON – Unidade de Alta Complexidade em Oncologia



• PREÂMBULO

O Instituto Lado a Lado Pela Vida – LAL é uma organização social que se dedica ao combate às duas principais causas de mortalidade no Brasil, o câncer e as doenças cardiovasculares.

No desenvolvimento de seus trabalhos, tem como eixo de atuação, a atenção primária, a conexão com o paciente, as políticas públicas, a mobilização social e a sustentabilidade da saúde.

Considerando a crescente e constante elevação da quantidade de diagnósticos de câncer no país e em consonância com os objetivos da Comissão Especial destinada a acompanhar as ações de Combate ao Câncer no Brasil, constituída pela Câmara Federal, o Instituto houve por bem se aliar aos esforços da Comissão e constituiu grupo de trabalho com o objetivo de debater diversos temas afetos à doença câncer.

Foram realizadas uma série de reuniões temáticas, onde via brainstorming, ou uma tempestade de ideias, se buscou trazer subsídios para o desenvolvimento de políticas voltadas para o paciente com câncer.

Participaram desse trabalho representantes das indústrias:

- i. NOVARTIS;
- ii. ASTRAZENECA;
- iii. BRISTOL-MYERS SQUIBB;
- iv. ROCHE;
- v. GILEAD;
- vi. MSD;
- vii. JANSSEN;
- viii. PFIZER;
- ix. DANONE;
- x. GSK;
- xi. FRESENIUS;
- xii. SIMENS/VARIAN



A quem o Instituto Lado a Lado reitera seus mais sinceros agradecimentos pelo comprometimento durante os trabalhos.

Em decorrência, o presente relatório apresenta um compilado do que foi debatido e os principais destaques das conclusões com o objetivo de promover em parceria com a Comissão Especial de Combate ao Câncer no Brasil a reedição de uma Nova Política Pública para o Câncer no Brasil visando trazer a realidade do paciente para a construção de uma Política Pública exequível.



• O INSTITUTO LADO A LADO PELA VIDA

O Instituto Lado a Lado pela Vida é a única organização social brasileira dedicada ao câncer e às doenças cardiovasculares - além do trabalho em prol da saúde do homem.

Nossa missão é mobilizar e engajar a sociedade e gestores da saúde, contribuindo para ampliar o acesso aos serviços, da prevenção ao tratamento. Trabalhamos para que todos os brasileiros tenham informação e acesso à saúde digna e de qualidade, em todas as fases da vida.

Fundado em 2008, o Instituto Lado a Lado pela Vida desempenha um importante papel de Advocacy para políticas públicas, além de mobilizar e articular atores. Produz pesquisas, análises e recomendações que contribuem para um ambiente de conhecimento, que permite, inclusive, que os formadores de políticas públicas tenham ferramentas para tomar decisões mais embasadas, além de ter um papel importante na disseminação de conhecimento à sociedade.

Em 2011, criou a Campanha Novembro Azul, o maior movimento em prol da saúde do homem no Brasil, uma campanha genuinamente criada no país.

Em 2014, ampliamos nossa atuação com a campanha nacional Siga seu Coração, que alerta e informa sobre as doenças cardiovasculares. E, em 2015, incluímos outros tipos de câncer além dos de próstata, pênis e testículos, como: pulmão; tumores femininos (colo de útero, ovários, endométrio), melanoma, bexiga, rim e colorretal em nossas abordagens.

Em 2019, lançamos o Global Fórum – Fronteiras da Saúde – para discutir as questões relevantes da saúde no Brasil, em destaque a sustentabilidade dos sistemas público e privado, um movimento que tem crescido ano a ano e em 2022 apresenta a sua quarta edição.

O propósito do Instituto Lado a Lado pela Vida é criar e disseminar conhecimento, sempre relacionado ao interesse público, buscando encontrar alternativas para os problemas que afetam uma parcela significativa da



sociedade. É um ator fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas que podem mudar a realidade de muitas pessoas.



- **COMISSÃO ESPECIAL DE COMBATE AO CÂNCER**

No dia 2 de junho de 2021, o Presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira, editou o Ato da Presidência⁷² que constitui Comissão Especial destinada a acompanhar as ações de Combate ao Câncer no Brasil.

Instalada em 10 de junho de 2021, a Comissão foi instalada e foram eleitos e empossados os Deputados Weliton Prado, Carmen Zanotto e Tereza Nelma, respectivamente, Presidente, 1ª e 2ª Vice-Presidentes.

Na mesma data o Presidente da Comissão designou como Relatora da proposta a Deputada Silvia Cristina.

⁷² https://www2.camara.leg.br/legin/int/atopre_sn/2021/atodapresidencia-58317-2-junho-2021-791514-publicacaooriginal-163086-cd-presi.html



• O CÂNCER

Segundo definição do Wikipédia, “Câncer ou cancro, também conhecido como **neoplasia maligna** é um grupo de doenças que envolvem o crescimento celular anormal, com potencial para invadir e espalhar-se para outras partes do corpo, além do local original. Há mais de cem diferentes cânceres conhecidos que afetam os seres humanos.”

O câncer é o principal problema de saúde pública, com dados estatísticos disponíveis indicando a gravíssima situação no Brasil, onde o número de novos casos e de mortalidade atinge patamares que determinam a adoção de medidas com vistas a estabelecer, com urgência, medidas que propiciem o controle e a prevenção da doença.

O Instituto Nacional do Câncer-INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde que tem como objeto o desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil.

O órgão trabalha com dados estatísticos, com informações sobre o perfil dos diferentes tipos de câncer, que permitem analisar a ocorrência, a distribuição e a evolução da doença.

Os números relativos à ocorrência de casos novos de câncer no Brasil são impactantes. As tabelas adiante apresentam a incidência estimada conforme a localização primária do tumor, segmentadas por gênero do paciente.

Em 2020, segundo dados estatísticos do INCA, teriam ocorrido 449.090 novos casos de câncer no país, excluídos os casos de câncer de pele não melanoma.

Na distribuição por gênero, pode-se observar a ocorrência, em 2020, de 225.980 novos casos de câncer entre homens, sendo que o câncer de próstata é o predominante, com 29,2% dos casos, seguido do câncer de cólon e reto com 9,1% e traqueia, bronco e pulmão com 7,9%. Esses três tipos de câncer em homens representam 46,2% do total de novos casos verificados em 2020.



Em mulheres, o cenário não é melhor, em 2020 foram verificados 223.110 novos casos, o que implica que a doença tem prevalência em igual proporcionalidade na população, independentemente do gênero.

Entre as mulheres, o câncer de mama é o de maior incidência, com 29,7% do total de novos casos, seguido do câncer de cólon e reto, com 9,2% e colo do útero com 7,5%, perfazendo 46,4% do total de novos casos.

De se concluir que, tanto em homens quanto em mulheres, apenas três tipos de câncer são responsáveis, em cada segmento, por 46% do total de novos casos.

As tabelas demonstram a distribuição do restante entre os diversos tipos de câncer, tanto em homem quanto em mulher.

O câncer de pele não melanoma registra 176.940 novos casos no país, em 2020, distribuído em 223.110 em mulheres e 225.980 em homens.

Com a inclusão desse câncer de pele, o total de novos casos no país em 2020 atinge 626.030.

As tabelas adiante apresentam a incidência estimada conforme a localização primária do tumor, segmentadas por gênero do paciente.

- Em homens, Brasil, 2020

Localização Primária	Casos Novos	%
Próstata	65.840	29,2
Cólon e Reto	20.540	9,1
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.760	7,9
Estômago	13.360	5,9
Cavidade Oral	11.200	5,0
Esôfago	8.690	3,9
Bexiga	7.590	3,4
Laringe	6.470	2,9
Leucemias	5.920	2,6
Sistema Nervoso Central	5.870	2,6
Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma	225.980	100,0
Todas as Neoplasias	309.750	



- Em mulheres, Brasil, 2020

Localização Primária	Casos Novos	%
Mama feminina	66.280	29,7
Cólon e Reto	20.470	9,2
Colo do útero	16.710	7,5
Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.440	5,6
Glândula Tireoide	11.950	5,4
Estômago	7.870	3,5
Ovário	6.650	3,0
Corpo do útero	6.540	2,9
Linfoma não-Hodgkin	5.450	2,4
Sistema Nervoso Central	5.230	2,3
Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma	223.110	100,0
Todas as Neoplasias	316.280	

A mortalidade que tem como causa principal o câncer também tem números que impressionam. Em 2020 foram registradas 225.830 mortes, distribuídas em 117.512 homens e 108.318 mulheres.

A distribuição da mortalidade entre os homens, por tipo de câncer, apresenta o de traqueia, brônquios e pulmões com 13,6%, seguido do câncer de próstata com 13,5%, e cólon e reto com 8,4% do total.

Entre as mulheres, o câncer de mama é o primeiro em causa de morte, com 16,5%; traqueia, brônquios e pulmões com 11,6% e cólon e reto com 9,6% do total de óbitos ocorridos em 2020.



• TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – RELATÓRIO

O Tribunal de Contas da União-TCU, órgão componente da estrutura de estado, visando o acompanhamento e gestão, é definido, conforme consta de seu sítio eletrônico <https://portal.tcu.gov.br/institucional/conheca-o-tcu/>.

“O TCU é o órgão de controle externo do governo federal e auxilia o Congresso Nacional na missão de acompanhar a execução orçamentária e financeira do país e contribuir com o aperfeiçoamento da Administração Pública em benefício da sociedade. Para isso, tem como meta ser referência na promoção de uma Administração Pública efetiva, ética, ágil e responsável.

O Tribunal é responsável pela fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial dos órgãos e entidades públicas do país quanto à legalidade, legitimidade e economicidade.”

Dentro do escopo de suas atribuições e ciente da gravidade do avanço da patologia câncer no Brasil, o Tribunal realizou auditoria específica no ano de 2010 conforme transcrito a seguir.

“Em 2010, o TCU realizou auditoria operacional para avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, focada no tratamento do câncer. Na ocasião, a auditoria identificou como possíveis causas das dificuldades de acesso à assistência oncológica: incipiência do sistema de regulação de acesso de pacientes; carência de profissionais, em especial a de médicos patologistas e médicos oncologistas; estrutura deficiente de rede de saúde de média complexidade, responsável pela realização de procedimentos de diagnóstico oncológico; deficiências na prevenção do câncer; e despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos de câncer e encaminhá-los para a atenção especializada.”

Desse trabalho de auditoria resultou o competente relatório e acórdão, (Acórdão 2.843/2011-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro José Jorge), com toda uma série de recomendações aos órgãos responsáveis.



Em 14.05.2018, em acompanhamento à evolução do tema e das recomendações constantes do Acórdão 2.843/2011, o Ministro Augusto Nardes, determinou a realização de nova auditoria com vistas a verificar a atual situação dos procedimentos relativos ao câncer no país. (*Despacho de 14/5/2018 do Ministro Augusto Nardes. TC 011.975/2018-0*).

A medida teve também como motivação, notícias atualizadas, a exemplo do que consta do respectivo Relatório de Auditoria: *“Ao longo dos últimos anos, a incidência e a mortalidade por câncer vem apresentando aumento considerável, sendo, atualmente, a segunda causa de morte mais predominante na população brasileira – sendo que é a principal causa de morte em 516 cidades do país (Observatório de Oncologia, 2018).”*

Para desenvolvimento dos trabalhos e métodos da auditoria, o Tribunal ressalta que:

“Dada a natureza operacional do trabalho, julgou-se pertinente e oportuno priorizar a avaliação dos aspectos mais diretamente relacionados com a intempestividade para a realização do diagnóstico de câncer pelo SUS. A preocupação com esse aspecto, em conjunto com os resultados das técnicas de diagnóstico de auditoria desenvolvidas ..., orientou a definição do escopo do trabalho e subsidiou a definição do problema e da questão de auditoria, apresentados, a seguir.”

“Problema de Auditoria

A mortalidade por câncer tem crescido progressivamente no Brasil. Quanto mais cedo for realizado o diagnóstico da doença, maiores serão as chances de cura, o tempo de sobrevida, a qualidade de vida do paciente, bem como melhor será a relação custo/efetividade do tratamento. Auditoria realizada pelo TCU em 2011 (Acórdão 2843/2011-TCU-Plenário) constatou problemas de tempestividade para o atendimento da demanda por diagnóstico e por tratamento de câncer.

Definiu-se então a seguinte questão balizadora do trabalho:”



• O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER TEM SIDO REALIZADO EM TEMPO OPORTUNO?

*“Em decorrência das pesquisas sobre a investigação da questão de auditoria, que busca responder se o diagnóstico do câncer tem sido realizado em tempo oportuno, no intuito de reduzir o grau de estadiamento dos pacientes que iniciam o tratamento pelo SUS o Relatório de Auditoria apresenta a seguinte manifestação: “As análises desenvolvidas por meio das bases de dados e informações do Siscan, do Sisreg, SIA/SUS (dados de Apacs) e dos prontuários dos pacientes, além das pesquisas eletrônicas e das entrevistas realizadas durante os trabalhos de campo evidenciaram que o **diagnóstico de câncer pelo SUS não está sendo realizado em tempo oportuno para reduzir o elevado grau de estadiamento no início do tratamento.**”*

A importância do diagnóstico e sua relevância na jornada do paciente é destacada em todos os trabalhos relacionados e no Relatório de Auditoria vem descrita como adiante.

*“47. O diagnóstico precoce, nos primeiros estágios do câncer apresenta uma maior chance de cura. A coordenadora adjunta do Departamento de Oncologia e investigadora do Centro de Pesquisa Clínica do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), em São Paulo, também destacou a relação entre a possibilidade de cura da doença e o diagnóstico precoce. Segundo a especialista ‘Existe **cura** para o câncer. Ela **depende principalmente do estágio em que a doença é diagnosticada.** Mas também está atrelada ao tipo de tumor’ (grifos nossos). (REDE CÂNCER, 2018).”*

O trabalho de auditoria aprofunda a análise dos dados disponíveis no sistema brasileiro e em outros países, destacando que:

“67. Verifica-se assim que, há mais de dez anos, já havia a preocupação por parte de alguns países em se acompanhar o tempo para a realização do diagnóstico do câncer. O recente estabelecimento de prazo e meta, por parte



do governo britânico, para a realização do diagnóstico definitivo da doença, consolida a visão de que é fundamental haver o monitoramento do tempo gasto pelo paciente no caminho até a obtenção do diagnóstico final do câncer, bem como o estabelecimento de metas para que o diagnóstico seja mais célere possível. Só assim é possível efetivamente implementar a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, no que se refere à realização do diagnóstico oportuno da doença e identificar gargalos na trajetória para a realização desses exames, bem como propor soluções para superar essas dificuldades.

68. Outro aspecto a ser destacado quando observamos a experiência internacional é que os dados e informações que consubstanciam as evidências relacionadas ao tempo gasto para se realizar o diagnóstico do câncer no Brasil apontam para períodos demasiadamente longos. Ao dividirmos em etapas, a trajetória do paciente desde a consulta inicial com o médico generalista até o final do itinerário, quando o paciente de posse do laudo da biópsia deve retornar ao médico especialista para confirmar o diagnóstico do câncer, constatamos que há demora nas várias etapas desse caminho.

69. Há, por exemplo, demora para realizar a primeira consulta com médico especialista, a partir do encaminhamento feito pelo médico generalista que verificou os primeiros sintomas do paciente. Conforme análise dos dados do Sisreg, relativos à realização de consultas médicas, independente do CID do paciente, referentes ao mês de outubro/2018, a média ponderada nacional das médias por UF para o tempo de espera entre a data do agendamento com o setor de regulação e a data da consulta com médico especialista foi de 33 dias. Em algumas unidades federadas, a média do tempo de espera para a realização de determinadas consultas com especialistas é maior que 100 dias. Destaca-se, por exemplo, o tempo médio de espera de 208 dias para o paciente realizar consulta com médico gastroenterologista no DF, conforme PT21 – Análise dados Sisreg (peça 38).”

A auditoria aprofunda a análise dos dados disponíveis, e dos resultado de entrevistas com pacientes, médicos, gestores de CACON e UNACON, visando firmar entendimento quanto ao diagnóstico, apontando resultados sobre



demora na realização da primeira consulta, demora para realização de exames, demora para obtenção do resultado dos exames e também a demora para, já de posse do resultado do exame de biópsia, retornar ao médico especialista e confirmar o diagnóstico da doença.

O Relatório de Auditoria traz toda uma gama de estatísticas de tempos de espera em todas as fases iniciais do paciente na busca do tratamento e destaca que:

“95. Portanto, a preocupação não deve estar voltada somente para o tratamento do câncer, mas também para toda a trajetória percorrida pelo paciente para obtenção do diagnóstico definitivo da doença. Segundo especialista do Inca, ‘Muitas vezes, os maiores gargalos serão encontrados no nível de suspeição. Há demora para realização de exames de imagem e de biopsias que podem impactar negativamente na qualidade do tratamento’ (grifos nossos). (REDE CANCER, 2013).

96. Assim, o diagnóstico tardio para o câncer pode conduzir o paciente a caminhos longos, que reduzem potencialmente as chances de cura e elevam custos de tratamento.

97. Este tópico (parágrafos 42 a 96) descreveu a situação encontrada referente à tempestividade para a realização do diagnóstico do câncer. Os tempos médios encontrados para se atravessar as diversas etapas para diagnóstico oncológico refletem que a identificação da doença não está sendo efetuada em momento adequado. A situação resulta em maiores graus de estadiamento do câncer no momento do diagnóstico definitivo, dificultando, assim, a possibilidade de que a atuação dos serviços de saúde no tratamento da doença seja mais vantajosa e com melhores resultados aos pacientes.”

A auditoria fez análise detalhada dos processos e avaliação da atuação dos diversos entes envolvidos no tratamento do câncer, com relatos e indicadores apurados que demonstram a criticidade do atendimento ao paciente.

“122. Desse modo, considerando que os estados apresentam insuficiência na execução dos exames de diagnóstico para atender as demandas de saúde da população (item III.1.1.), percebe-se a necessidade de que os Cacons e



Unacons cumpram suas obrigações normativas quanto a realização de consultas e exames para diagnóstico definitivo do câncer. A execução abaixo dos parâmetros estabelecidos na Portaria SAS/MS 140/2014 indica a diminuição da oferta desses procedimentos para pacientes com suspeita de câncer, que precisam dos serviços públicos de saúde para obter o diagnóstico oportuno da doença.”

...

“130. Diante das constatações até aqui apresentadas (parágrafos 101 a 129), referentes à disponibilidade de exames de diagnóstico, conclui-se que a rede de procedimentos de diagnóstico não está sendo suficiente para possibilitar que pacientes com suspeita de câncer possam realizar os exames necessários oportunamente, a fim de reduzir o grau de estadiamento ao iniciar o tratamento. A insuficiência de determinados exames reflete diretamente no tempo percorrido para identificar o câncer, tendo em vista que são essenciais para o diagnóstico definitivo da doença.”



• A CARÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A carência de profissionais de saúde também é apontada como um dos fatores que contribuem para a ineficiência no processo de diagnóstico.

“137. Dentre as principais carências de profissionais que realizam procedimentos e exames necessários ao diagnóstico de câncer pelo SUS, os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde indicaram a falta de médicos patologistas (respectivamente, 77% e 52%), médicos radiologistas (46% e 38%), médicos anestesiologistas (46% e 18%), técnicos de anatomia patológica (31% e 18%) e técnicos que operam equipamento de imagem (15% e 13%). Demais especialidades citadas pelos respondentes: ginecologistas, mastologistas, hematologistas, urologistas, proctologistas e enfermeiros. De acordo com os respondentes, a carência de profissionais elencados é motivada principalmente pelo déficit de profissionais especializados na região e dificuldade de credenciamento de profissionais para realização de determinados procedimentos, tendo em vista a tabela de valores pagos pelo SUS.”

Diversos problemas foram apontados pelos entrevistados para justificar a situação relativa à deficiência de médicos patologistas e a falta de equidade na distribuição de profissionais pelas diversas regiões do país, envolvendo inclusive a questão básica relativa à formação técnica.

“146. Além disso, na opinião dos médicos patologistas, a disciplina de anatomia patológica nos cursos de medicina não está sendo abordada com a devida importância e tem perdido muito a sua carga horária no currículo para graduação em medicina. Além disso, os serviços de residência não proporcionam adequada formação profissional, sendo comum a desistência durante a residência. Os entrevistados citaram também a baixa remuneração dos médicos patologistas em razão da vinculação do ganho com a produção.

147. Diante das constatações, é possível observar que o quantitativo de algumas especialidades médicas necessárias ao diagnóstico dos cânceres



mais prevalentes no país não está sendo suficiente para atender as demandas de saúde da população, especialmente em alguns estados, seja por meio do sistema público de saúde ou não. A insuficiência de médicos de determinadas especialidades reflete diretamente no tempo percorrido para identificar o câncer, tendo em vista que as consultas com os profissionais são determinantes para o diagnóstico da doença.”

Foram apontadas também deficiências na regulação do SUS.

“148. As análises desenvolvidas durante a auditoria evidenciaram que a garantia do acesso aos exames e consultas não está sendo exercida pela Regulação do Acesso à Assistência de maneira a facilitar a chegada dos pacientes aos procedimentos necessários ao diagnóstico do câncer, fator que tem impacto negativo para o diagnóstico oportuno da doença.

149. Segundo a Política Nacional de Regulação do SUS, estabelecida no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, a Regulação do Acesso à Assistência, também denominada Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (art. 2º, inciso III).”

...

“151. Para o devido funcionamento da regulação no SUS, é substancial a utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso. No entanto, com base nas análises desenvolvidas, foram detectadas consideráveis dificuldades enfrentadas com o Sistema Nacional de Regulação (Sisreg), software disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento do Complexo Regulatório das SES e SMS.

152. Entretanto, doze dos quinze estados que tiveram análises presenciais realizadas pelas equipes de auditoria, como AL, AM, AP, BA, CE, DF, MG, MS, PR, RO, SC, TO, expuseram os seguintes obstáculos relacionados a utilização do Sisreg:



a) Incompatibilidade e falta de integração com demais sistemas informatizados;

b) Intercorrências, tanto em termos de performance como de desenvolvimento, prejudicando a usabilidade, lentidão, instabilidade e períodos de indisponibilidade do sistema, podendo chegar a 90 dias fora do ar;

c) Dificuldades relacionadas à utilização do sistema e no tratamento de falhas e intercorrências, em razão da falta de equipe no Ministério da Saúde para prestar suporte técnico e operacional;

d) Sistema desatualizado em questões de infraestrutura, arquitetura de banco de dados e funcionalidades;

e) Insuficiência na oferta de capacitação e treinamento para atender à demanda do Sisreg, resultando, por exemplo, na utilização incorreta do sistema por alguns estados e municípios, subutilização de importantes funcionalidades do sistema para a gestão local, tal como a organização das filas de espera para marcação de consultas e exames de diagnóstico;

f) Limitação para extração de relatórios gerenciais, uma vez que o sistema oferece apenas dados brutos, como número de pacientes, consultas marcadas, entre outros. Não existe opção de gerar relatórios de produção dos médicos reguladores, classificação de risco, de absenteísmo, por exemplo.

153. Alguns dos estados e municípios respondentes não utilizam o sistema Sisreg como sistema de gerenciamento da regulação do acesso em decorrência dos problemas citados.”

...

“165. Desse modo, as constatações identificadas evidenciaram que a Regulação do Acesso à Assistência possui deficiências quanto a organização, gerenciamento e priorização do acesso por meio de fluxos assistenciais no âmbito do SUS, debilitando a garantia ao acesso dos pacientes aos exames e consultas necessários ao diagnóstico do câncer de forma adequada, baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.”

As questões relativas à baixa atratividade dos prestadores de serviço em razão da baixa remuneração da tabela do SUS, são objeto de profunda abordagem, com diversos indicadores e avaliações sobre os preços.



“170. Considerando que as últimas alterações de valores financeiros dos exames avaliados não foram atualizadas desde 2008 e que a inflação do período resultou em quase o dobro nos preços dos bens e serviços do país, é possível concluir que os valores registrados na tabela de remuneração de procedimentos do SUS estão desatualizados.”

...

“175. Assim, a desatualização da tabela de remuneração do SUS e ausência de garantia de complementação dos valores por parte dos estados e municípios pode decorrer em baixa atratividade e dificuldades de estruturação da rede de prestadores de serviço para diagnóstico, especialmente quando envolve a compra de serviços de prestadores privados com fins lucrativos (mesmo quando terceirizados), afetando o tempo percorrido pelo paciente para identificar o câncer pela menor oferta de serviços.”

Em conclusão, o Relatório destaca:

“218. Foram identificadas nesta auditoria barreiras que o paciente de câncer enfrenta para ter acesso aos serviços de diagnóstico relacionadas à disponibilidade de serviços, à disponibilidade de médicos especializados e equipamentos e sua distribuição geográfica, aos mecanismos de remuneração da prestação de serviços e à disponibilidade de informação qualificada do paciente em todas as etapas da sua trajetória da linha de cuidado. Todos esses obstáculos resultam na demora para o paciente realizar as consultas e exames necessários à investigação de câncer, dificultando assim o diagnóstico da doença em momento oportuno, conforme preconizado pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

219. Além disso, o diagnóstico tardio do câncer produz consequências para o país, com aumento de gastos devido a necessidade de tratamentos mais caros, complexos e prolongados para pacientes que poderiam ter sido diagnosticados com estadiamento nas fases iniciais da doença, além dos custos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento desses pacientes do trabalho.”



O Ministro Relator, Augusto Nardes, apresenta Voto bastante detalhado, abordando os pontos relevantes da auditoria e cita:

“14. Passando ao achado de auditoria evidenciado pela fiscalização, conforme descrito no relatório que precede este voto, várias constatações decorrentes da investigação caracterizaram o seguinte achado: **“O diagnóstico do câncer não está sendo realizado em tempo de reduzir o grau de estadiamento elevado no início do tratamento da doença”**.”

15. Oportuno registrar que estadiamento é uma classificação dos tumores, criado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), como base na dimensão do tumor, na avaliação da extensão dos linfonodos e na presença ou não de metástases à distância, que varia de I a IV graus crescentes de gravidade da doença.

16. A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, estabelece, no art. 9, inciso IV, como umas das diretrizes para a prevenção do câncer, **a garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer**.

17. Segundo a auditoria, o diagnóstico de confirmação de câncer no Brasil vem sendo realizado em grau de estadiamento avançado, ou seja, um alto percentual de pacientes está sendo diagnosticado com a doença em grau de estadiamento III e IV.

18. Essa situação é agravada pelo fato da análise dos dados dos últimos anos ter apontado que o percentual de pacientes diagnosticados em grau de estadiamento III e IV cresceu no período de 2013 a 2017.

19. Essa elevação também ocorreu nos cânceres de mama e de colo de útero, que são contemplados com campanhas educativas. Tal situação pode demonstrar que o país não tem sido capaz de alcançar a amplitude necessária para assegurar a detecção precoce desses cânceres em caráter nacional.

20. Em que pese outros fatores poderem influenciar no resultado dos dados de estadiamento utilizados (aumento do número de notificação de casos de câncer realizados ao longo dos anos, ausência do quantitativo de pacientes que receberam condutas terapêuticas executadas unicamente por meio de cirurgias), a situação encontrada é preocupante e sinaliza que o que foi



realizado no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer não obteve a efetividade ao mínimo esperada.”

...

“26. Consoante bem observado pela unidade técnica, estimar o tempo total gasto na trajetória até obtenção do diagnóstico definitivo de câncer não é um exercício trivial, pois não existe atualmente um sistema que registre, controle e gerencie as informações relativas ao tempo e à trajetória pelo qual os pacientes precisam passar. Também, conforme já visto nesse voto, não existe sistema que controle e forneça informações gerenciais dos gastos despendidos especificamente para a investigação diagnóstica do câncer.

27. De fato, conhecer sobre o acesso e o itinerário realizado pelo paciente pode ajudar profissionais e gestores a compreender as principais dificuldades dos serviços de saúde e facilitar a identificação dos gargalos e obstáculos enfrentados pelos pacientes. É fundamental haver o monitoramento do tempo gasto pelo paciente no caminho até a obtenção do diagnóstico final do câncer, bem como o estabelecimento de indicadores de desempenho e metas para que o diagnóstico seja o mais célere possível.

28. Os tempos médios encontrados para se atravessar as diversas etapas para o diagnóstico oncológico encontrados pela equipe de auditoria do Tribunal mostram que a identificação da doença não está sendo efetuada em momento adequado, ou seja, o diagnóstico de confirmação de câncer está ocorrendo quando o paciente já se encontra em grau de estadiamento III e IV. Tal fato dificulta a possibilidade de que a atuação dos serviços de saúde no tratamento da doença seja mais vantajosa e com melhores resultados aos pacientes.

29. A equipe de auditoria identificou vários fatores que interferem, direta ou indiretamente, na demora do diagnóstico de câncer e concluiu que o paciente de câncer enfrenta diversas barreiras, entre as quais destaco as relacionadas à disponibilidade de serviços, de médicos especializados e equipamentos e sua distribuição geográfica, de informação qualificada do paciente em todas as etapas da sua trajetória da linha de cuidado, e aos mecanismos de remuneração da prestação de serviços.



30. *Esse conjunto de obstáculos resulta na demora para realizar as consultas e exames necessários à investigação de câncer, dificultando assim o diagnóstico da doença em momento oportuno, conforme preconizado pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.*

31. *Esse diagnóstico tardio produz consequências para o país, como o aumento de gastos em razão da necessidade de tratamentos mais caros, complexos e prolongados e, também, dos custos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento do trabalho.”*

...

“35. *Inicialmente, registro que a situação apresentada no referido relatório é preocupante. Saliento que não houve mudança substancial do cenário encontrado quando o Tribunal avaliou, em 2010, a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, focada no tratamento do câncer (TC 031.944/2010-8, Acórdão 2.843/2011-TCU-Plenário), pois as possíveis causas das dificuldades de acesso à assistência oncológica apontadas pela Corte de Contas naquela ocasião permanecem até hoje, entre as quais:*

- ✓ *Incipiência do sistema de regulação de acesso de pacientes;*
- ✓ *Carência de profissionais, em especial a de médicos patologistas e médicos oncologistas;*
- ✓ *Estrutura deficiente de rede de saúde de média complexidade, responsável pela realização de procedimentos de diagnóstico oncológico;*
- ✓ *Deficiências na prevenção do câncer; e*
- ✓ *Despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos de câncer e encaminhá-los para a atenção especializada.*

36. *Embora o Acórdão 2.843/2011-TCU-Plenário tenha feito recomendações à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) como forma de contribuir para o aperfeiçoamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, nos termos a seguir transcritos, constato que, passados quase 8 anos da prolação dessa deliberação, o que foi realizado no sentido sanear as deficiências identificadas pelo Tribunal na referida política pública não obteve a efetividade ao mínimo esperada.*



“9.1. com base no art. 250, inciso III do Regimento Interno do TCU, **recomendar** à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) que:

9.1.1. desenvolva plano com objetivo de **sanar as carências existentes na rede de atenção oncológica, que deverá contemplar:** (...)

9.1.1.2. a ampliação da oferta de serviços, seja por **meio de investimentos próprios ou pela contratação de serviços suplementares**, até a completa solução das carências existentes, especialmente, em relação à oferta de cirurgias oncológicas, serviços de radioterapia e dos **principais exames para diagnóstico de câncer;**

9.1.1.3. a definição de prazos e metas progressivos, até a solução definitiva das carências existentes;

9.1.1.4. **a mensuração do impacto financeiro das medidas planejadas;** (...)

9.1.2. elabore **mecanismo para aferir a adequabilidade dos valores adotados como referência nos procedimentos custeados pelo SUS**, tendo por base avaliação periódica dos seus custos efetivos, de sorte a identificar discrepâncias que possam atuar como inibidoras da oferta de serviços de saúde; (...)

9.1.7. **estabeleça sistemática para a promoção da formação e da capacitação de profissionais e equipes** que atuam na assistência aos pacientes de câncer, desde a atenção primária até os níveis de alta complexidade, que inclua:

9.1.7.1. o mapeamento e o acompanhamento periódico das **principais carências profissionais existentes;**

9.1.7.2. **a articulação com o Ministério da Educação**, com os estabelecimentos habilitados, assim como com os gestores locais, visando à adoção de medidas para a ampliação da oferta de treinamentos, especializações ou residências médicas nas áreas em que forem identificadas carências significativas; e



9.1.7.3. a disseminação de informações sobre a prevenção e diagnóstico precoce de câncer para todos os profissionais de saúde que atuam na atenção primária.” (grifado).

37. As constatações relatadas pela SecexSaúde são suficientes para alicerçar a adoção da determinação proposta, a qual acrescento algumas questões e considerações que entendo importantes para ampliar o contexto das medidas a serem adotadas com vista a mitigar a intempestividade para a realização do diagnóstico de câncer.

38. A primeira diz respeito à ausência de informações consistentes e confiáveis envolvendo a própria Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, ou seja, não existem dados que possibilitem o cálculo e o acompanhamento do tempo para realização do diagnóstico do câncer.

39. Também não foram identificados indicadores de desempenho, metas e ferramentas administrativas para auxiliar a performance e o acompanhamento dos valores-alvo e reais de indicadores, os quais permitiriam a avaliação contínua da qualidade de cada etapa percorrida pelos pacientes para identificação da doença e da própria efetividade das políticas aplicadas para essa finalidade.

40. Ainda nesse mesmo contexto, também não foram identificadas informações consistentes e confiáveis envolvendo os valores orçados e despendidos para a realização do diagnóstico de câncer. A não segregação dos dispêndios públicos com diagnóstico e tratamento limita o entendimento quanto à real relação.

41. Entendo que a falta de informações gerenciais, indicadores de desempenho e metas, como as acima mencionadas, dificulta a formulação, implementação e acompanhamento das políticas públicas relacionadas ao diagnóstico e tratamento de câncer.

42. Em decorrência da ausência das citadas informações, percebo que as decisões envolvendo essas políticas públicas podem estar sendo tomadas sem que haja parâmetros, tanto técnicos como econômicos, que as subsidiam e, ainda, que não existem elementos adequados para o controle e monitoramento de tais políticas quanto à própria efetividade. De igual forma, a



ausência desses dados também prejudica a atuação dos órgãos de controle.”

Em conclusão ao Processo de Auditoria nº TC 023.655/2018-6, o Acórdão de nº ACÓRDÃO Nº 1944/2019 – TCU – Plenário, de 21/08/2019, traz diversas recomendações aos órgãos gestores envolvidos no processo, destacando-se:

“ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão de Plenário, em:

9.1. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento nos termos do art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992 c/c art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU, que elabore e apresente a este Tribunal, no prazo de 90 dias, plano de ação contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pela implementação dessas medidas e o prazo para implementação, ou, se for o caso, a justificativa para a sua não implementação, os custos e benefícios esperados, e as medidas de monitoramento da implementação das alterações e de avaliação ex-post dos resultados obtidos, com vistas a mitigar a intempestividade para a realização do diagnóstico de câncer, considerando ao mínimo os pontos elencados a seguir:

9.1.1. desenvolvimento de programa para estruturação da rede de atenção à saúde em relação aos principais exames para diagnóstico de câncer, com base no mapeamento de necessidades que considere critérios técnicos e epidemiológicos (parágrafos 99-130 e 188 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);

9.1.2. análise da viabilidade de criação de centros regionais de diagnóstico, de modo a orientar e/ou incentivar as secretarias municipais e estaduais de saúde em sua implementação (parágrafos 99-130 e 188 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);

9.1.3. análise da viabilidade de envio do material a ser analisado para laboratórios, públicos ou privados, localizados em outros centros e que podem prestar tais serviços (exames citopatológicos e anatomo-patológicos, por exemplo, e/ou outros que se mostrem viáveis) (parágrafos 49-54 do voto que fundamenta este acórdão);



9.1.4. análise da viabilidade de criar diretrizes para implementação de linhas de cuidado para cada tipo de câncer mais prevalente, com base em protocolos clínicos e protocolos de regulação do acesso que contenham fluxos assistenciais, classificação de riscos e prioridades, e indicação das referências e contrarreferências da rede (parágrafos 13, 147-164 e 192-196 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);

9.1.5. avaliação do desalinhamento entre os valores pagos pelo SUS e os custos efetivos da realização dos exames necessários para o diagnóstico do câncer, por meio da correção do valor da tabela de procedimentos do SUS e/ou complementação do valor por parte dos estados e municípios (parágrafos 165-174 e 191 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);

9.1.6. análise da viabilidade de implementação de novo modelo remuneratório de incentivos/pagamentos de exames aos estabelecimentos de saúde, por pacote de procedimentos relacionados por linha de cuidado e não por procedimento isolado, considerando a realização de teste piloto (parágrafos 165-174 e 189-191 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);

9.1.7. análise da viabilidade da implementação de programa de navegação do paciente, com o objetivo de acompanhar uma população de pacientes com câncer, para verificar os gargalos, identificar os pacientes que se perdem na rede e agilizar o tempo de diagnóstico e tratamento do câncer, considerando a realização de teste piloto (parágrafos 147-164 e 197-202 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);

9.1.8. aperfeiçoamento da qualidade de dados dos sistemas do SUS, para que se viabilize o acompanhamento do tempo de espera nas diversas etapas do trajeto para o diagnóstico de cada um dos cânceres mais prevalentes, por grau de estadiamento (parágrafos 175-183 e 203 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão, e 47 do voto que fundamenta este acórdão);

9.1.9. aperfeiçoamento da qualidade de dados dos sistemas do SUS, para que se viabilize o acompanhamento dos valores orçamentários e financeiros, total e médio (por paciente), pertinentes às consultas e exames



relacionados à cada etapa para realização do diagnóstico de cada um dos cânceres mais prevalentes, por grau de estadiamento e por período de avaliação / controle (mensal, semestral ou anual) (parágrafos 38-48 do voto que fundamenta este acórdão);

9.1.10. aperfeiçoamento da qualidade de dados dos sistemas do SUS, para que se viabilize o acompanhamento dos valores orçamentários e financeiros, total e médio (por paciente), pertinentes aos tratamentos de cada um dos cânceres mais prevalentes, por grau de estadiamento e por período de avaliação / controle (mensal, semestral ou anual) (parágrafos 38-48 do voto que fundamenta este acórdão);

9.1.11. levantamento, em articulação com o Ministério da Educação, das especialidades médicas nas quais haja maior carência de profissionais no intuito de desenvolver estratégias de enfrentamento do problema (parágrafos 131-146 e 206 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);

9.1.12. elaboração de indicadores de desempenho e métricas para mensurar os gargalos e monitorar a qualidade do serviço prestado aos pacientes (parágrafos 175-183 e 205 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);”



- **UMA NOVA POLÍTICA PARA O CÂNCER NO BRASIL**

De evidente condão técnico, o resultado exposto pelo Tribunal de Contas da União em uma auditoria e pesquisa aplicadas a uma realidade fática, expõe os elementos trazidos no corpo do trabalho tão precisamente desenvolvido, e reiterado, visto que o mesmo escopo foi objeto de trabalho realizado há 10 anos.

Primariamente realizado com foco em uma etapa da jornada do paciente com câncer - O DIAGNÓSTICO - o trabalho deixa incontestemente preocupação quanto à responsabilidade, não unicamente do Poder Executivo, mas de todos os poderes constituídos do país, em promover ações que visem alterar essa triste realidade.

Se o problema está tão evidenciado quando se foca a análise no processo de diagnóstico de câncer, o que se pode esperar se auditado o tratamento em todas as suas fases, se auditadas as ações de prevenção?

A realidade dos hospitais são tão fáticas e precisas quanto as auditorias realizadas pelos órgãos competentes. A inércia e a omissão dos órgãos públicos se fazem presentes em todos os níveis quando se expõe a atuação no combate ao câncer no Brasil.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída por meio da Portaria nº 874, datada de 16 de maio de 2013.

O disposto na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) que de forma taxativa em seu § 1º do art. 2º, versa sobre o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.



A garantia pretendida se aplica à construção tripartite da concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), divide a responsabilidade entre a União, Estados e o Distrito Federal e os Municípios.

Ainda na literalidade normativa, a execução das políticas públicas, englobando questões econômicas e sociais, como disposto, visa a redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A redundância aqui se aplica para ressaltar e questionar:

- ✓ Para o combate ao câncer, para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, onde se aplica a política estabelecida pela Portaria 874?
- ✓ A garantia dos direitos está resguardada?
- ✓ Existem ações de prevenção para o câncer no Brasil?
- ✓ Pode-se dizer que o tratamento hoje é igualitário e universal?
- ✓ As chances de cura, as oportunidades de reabilitação, estão disponíveis em todas as unidades federadas, em todas as localidades?

Questionamentos são inúmeros e a realidade vivenciada no país para o paciente com câncer, permite responder prontamente a todos os questionamentos acima: NÃO!!!

Destacando outros pontos do preâmbulo da Portaria 874, instituidora da política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, podemos trazer excertos de pontos estabelecidos em Leis.

O primeiro a Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

O prazo estabelecido no dispositivo legal é de 60 dias, após diagnosticado o paciente.

Sabe-se que muitas vezes esse prazo não é cumprido. Nesses casos, cabe o acionamento da Justiça por meio dos Juizados especiais da fazenda pública, advogado particular ou defensoria pública.



A referida Lei, 07 anos após, em 2019 foi reformada pela Lei 13.896, incluído o parágrafo 3º “Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável”, transcrito aqui o texto legal.

Ademais, o descumprimento do prazo de 30 dias também permite o acionamento da Justiça, sendo entendida como uma forma de garantir os direitos da pessoa com câncer. A Judicialização aparece como uma consequência esperada da desorganização da rede e da falta de acesso por parte da população.

Isto está evidenciado na realidade trazida pela relevante marca de mais de 600 mil novos casos de câncer no país a cada ano.

Evidência comprovada em quase 250 mil mortes de pessoas por ano, tendo como causa o câncer.

Todos os estudos e pesquisas são cristalinos em expor que o diagnóstico antecipado salva vidas, o tratamento realizado no momento do diagnóstico traz sobrevida, aos casos ainda relutantes e salvam inúmeras vidas se realizado.

É importante destacar que o descumprimento do disposto na Lei nº 12.732 sujeita os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas, conforme artigo 3º.

Recentemente o Ministério Público Federal (MPF) entrou com ação contra a União e o estado de São Paulo devido a irregularidades no cumprimento da Lei dos 60 dias. Na ação, o MPF solicita que os pacientes com câncer atendidos pelo SUS tenham acesso ao tratamento em até 60 dias, conforme já foi determinado na Lei 12.732/2012.

Para o MPF, a União e o estado de São Paulo devem ser condenados ao pagamento de indenização por danos morais coletivos em valor não inferior a R\$ 100 mil. Para cada paciente que não teve acesso à terapia contra o



câncer no prazo máximo de 60 dias, o MPF solicita uma indenização de mais de R\$ 50 mil.⁷³

Com alicerce inicial na auditoria realizada pelo Tribunal de Contas de União e por todos os elementos trabalhados pelo Instituto Lado a Lado pela Vida, resta inequívoca a necessidade de estabelecimento de uma Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no Brasil que seja efetiva, exequível e que promova realmente o que preceitua a Lei Orgânica da Saúde.

Com o trabalho realizado pela Comissão Especial de Combate ao Câncer, sob a Presidência do Deputado Federal Weliton Prado e Relatoria Geral da Deputada Federal Silvia Cristina, somadas as contribuições contidas no presente documento, com a participação de diversos atores, evidencia-se a necessidade premente de uma nova e eficiente Política Nacional de Combate ao Câncer no Brasil.

A nova Política precisa observar o “*PACIENTE*” como um todo. As ações de Prevenção e Controle do Câncer precisam contemplar a PREVENÇÃO, o DIAGNÓSTICO, O TRATAMENTO e a REABILITAÇÃO, para uma efetiva e completa assistência.

⁷³ <https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/uniao-e-processada-por-nao-fornecer-tratamento-de-cancer-em-ate-60-dias-27102022>



PLANO NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER



Inovação em definir Protocolos e específicos processos de gestão em toda a jornada do paciente



• PESQUISA TEMÁTICA JUNTO A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

A partir do cenário já disponível em diversas outras fontes de pesquisa, da própria vivência diária que o Instituto Lado a Lado tem em seu cotidiano com os diversos entes envolvidos no tratamento do câncer no Brasil e diante das graves constatações elencadas pela aprofundada e substancial auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União-TCU, onde se verifica que, desde a auditoria de 2010, com diversas recomendações até a última de 2018, pouca evolução qualitativa se observou no período de 8 anos, o Instituto houve por bem realizar pesquisa junto à indústria farmacêutica.

O trabalho, realizado por meio de entrevistas em diversos encontros temáticos, teve por objeto conhecer o que esse importante segmento tem a contribuir para a construção de propostas de melhorias na área da oncologia, a serem apresentadas aos órgãos responsáveis pela formulação das políticas públicas, abordados nas diversas fases da jornada do paciente.

A participação da indústria, como ponto focal na contribuição de informações que visaram a integração de troca de experiências na realidade do país na oncologia foi primordial para o atingimento dos objetivos e ter a participação de todos os atores que atuam no processo, independentemente da participação individualizada de cada um.

Respeitados foram todos os compliances das indústrias, não atuando em qualquer momento na participação seletiva, favorecida ou ainda dirigida em benefício de qualquer indústria que participou do processo de troca de informações e experiências já absorvidas.



• JORNADA DO PACIENTE COM CÂNCER

O objetivo é rever a jornada do paciente para identificar pontos que merecem reflexão e proposição de alterações quando da revisão da política do câncer no Brasil. Dada a complexidade da doença câncer, que apresenta diversas formas, o debate deve ser iniciado com o câncer de mama, o de pulmão, o de colo do útero e do melanoma. O debate abrange desde a prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e, ao final, o acompanhamento.

A prevenção é o ponto que atualmente merece uma atenção especial, visando estabelecer ações de promoção de saúde, de educação em saúde, ações integradas e intersetoriais, a imunização e a interação, o diálogo entre os setores responsáveis pela saúde pública no país, algo que praticamente inexiste.

O diagnóstico precoce permite que sejam adotadas ações de tratamento ainda em um estadiamento primário da doença, e compreendem exames, testes que sejam de fácil aplicação, seguros e que sejam acessíveis e proporcionem uma resposta rápida com precisão clínica.

Importante na questão do diagnóstico a infraestrutura adequada e acessível, o que não se tem atualmente no país. São muito poucos os centros de diagnóstico e prevenção, ponto que, aliado às dificuldades de financiamento para o diagnóstico, e falta de um sistema de dados e informação, se apresentam como os maiores gargalos ao sistema.

A prevenção e o diagnóstico deveriam estar no rol de procedimentos da atenção básica, com condições de efetividade e monitoramento a partir do momento que o paciente é diagnosticado até o momento que entra em tratamento.

O país, com dimensões continentais e uma população que ultrapassa 220 milhões de habitantes, com o câncer já se apresentando como a principal causa de mortes, tem um sistema de infraestrutura de atendimento e regulação do sistema SUS que pode ser classificada como deficiente. Além dos problemas vivenciados na atenção básica à saúde, a média e alta complexidade, com 317 CACONS e UNACONS para absorver tratamento da



população com câncer apresenta problemas na eficiência quando se trata de regulação em razão das dificuldades relacionadas à distribuição geográfica que não atende à realidade do país.

Assim, o problema da regulação do sistema passa a ser um ponto principal quando se projeta a jornada do paciente oncológico, iniciando com as dificuldades de encaminhamento do paciente para tratamento, a definição de protocolos clínicos, prosseguindo com tratamento, cirurgia, radioterapia, quimioterapia, medicamentos, a incorporação tecnológica, o financiamento, tudo isso compondo a cesta de pontos que merecem revisão visando estabelecer melhorias.

Projetando o futuro, com o câncer sendo indicado como a principal causa de mortes em todo o mundo, já em curto espaço de tempo, esse talvez possa ser classificado como o maior problema a ser enfrentado pelo sistema de saúde no Brasil.

A jornada do paciente é o fio condutor que tem que integrar todas as ações de política pública quando se pensa em um paciente oncológico. Então, ter um bom mapeamento dessa jornada é fundamental para o sucesso no tratamento.

O câncer de pulmão pode ser utilizado para exemplificar a importância da atenção básica e do diagnóstico precoce. Existem relatos de pacientes com um quadro respiratório e que buscam por atendimento na atenção básica, pronto socorro, unidades básicas de saúde. Quando o paciente se apresenta nessas unidades, são realizados exames, radiografia de tórax todo mês todo mês, é medicado, mas não apresenta melhora e sai sempre com diagnóstico de pneumonia. Na realidade, mais tarde se observa que o cliente já tinha o tumor há 12 meses ou mais e já estava em estadiamento avançado.

Se na primeira imagem de radiografia já tinha um tumor, e fosse adequadamente avaliado, já poderia ter antecipado o um alerta no diagnóstico. Se houvesse um sistema que indicasse que o paciente era constante e que reiteradas vezes se apresentava no sistema de saúde com a mesma queixa e não apresentava melhoras, seria possível emitir um alerta para que o caso fosse objeto de uma atenção especial.



• A PREVENÇÃO

Medidas de prevenção podem ser muito eficazes no combate ao câncer. Um dos grandes problemas na prevenção é a falta de informação, tanto para a população em geral, quanto para profissionais de saúde generalistas que atuam na atenção básica e, até mesmo, aqueles que atuam na atenção especializada. Faltam informações sobre o que é o câncer, quais são os tipos prevalentes, quais são as formas de se prevenir.

Tem toda a questão sobre a necessidade de se promover a oncologia, dar destaque, criar e disseminar conhecimento. Destacar sempre a importância de uma vida saudável, hábitos saudáveis, que acabam de alguma forma sendo preventivos contra o desenvolvimento da doença.

A prevenção é a necessidade de se produzir um rastreamento, produzir uma organização para que se possa ter uma visão dos 20% de tipos de cânceres que tem origem interna, tentando buscar pela genética, a hereditariedade, se a pessoa tem indicativos de propensão ao câncer e, caso positivo, surge a necessidade de uma comunicação assertiva, de informação, de uma orientação. Essas medidas de simples antecipação de prognóstico, de acompanhamento da saúde na família, são procedimentos que podem evitar a ocorrência de novos casos. Infelizmente, nosso sistema ainda não tem avanço suficiente para que tal procedimento seja utilizado como rotina.

É necessário ter uma visão holística do paciente oncológico. Ele vai fazer o tratamento, mas não deveria se limitar a isso. O paciente oncológico deve ser sempre foco da prevenção, pois o sistema imunológico será afetado, principalmente durante as sessões de quimioterapia, que ocorre na fase inicial do tratamento e que é uma fase mais forte, mais debilitante, sobretudo após a cirurgia.

Outro fato de relevância na prevenção é a imunização. Destaque para a vacinação contra HPV. É necessário estimular também essa agenda dentro da visão holística do paciente estendida a todos os entes do círculo familiar.



Necessário que se busque modelo adaptáveis ao Brasil. Existem registros de países operando com implantação de centros de diagnóstico precoce de câncer. Outros, também visando o diagnóstico precoce, estão buscando testar exame de sangue que possa indicar a probabilidade de o paciente vir a ter um câncer.

É necessário que haja um esforço concentrado, uma coalizão entre o sistema de saúde, a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos, os sistemas de pesquisa, visando adotar modelos que possam vir detectar precocemente a propensão do paciente a câncer e adotar medidas que possam vir a evitar a ocorrência.

É preciso a conscientização de que o câncer tem alto índice de mortalidade quando detectado tardiamente, em estadiamento já avançado. Entretanto, é possível controlar e possibilitar qualidade de vida e aumentar a sobrevida quando detectado precocemente. A detecção precoce tem a capacidade de salvar vidas.

O paciente oncológico tem que estar no centro da atenção, no momento em que foi diagnosticado tem também uma agenda de prevenção de outras doenças que podem impactar a qualidade de vida e a efetividade ao longo do tratamento.

Quando se pensa no paciente, colocando-o como centro da atenção, focado em uma agenda de doenças evitáveis, também se pode conseguir prevenção que faça sentido, ver o paciente de forma holística, algo que se pode afirmar tem deficiências no modelo de tratamento atualmente adotado no sistema.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, o câncer é uma das principais causas de morte nas Américas. Em 2008, causou 1,2 milhão de mortes, 45% das quais ocorreram na América Latina e no Caribe. Prevê-se que a mortalidade por câncer nas Américas aumente para 2,1 milhões até 2030. Cerca de um terço de todos os casos de câncer poderiam ser evitados trabalhando os principais fatores de risco, como tabagismo, abuso de álcool, dieta inadequada e inatividade física. Os programas de rastreamento e vacinação representam intervenções eficazes para reduzir a carga de certos tipos de câncer.



• PRINCIPAIS FATOS

- O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo e é responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018. A nível global, uma em cada seis mortes são relacionadas à doença.
- Aproximadamente 70% das mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda.
- Cerca de um terço das mortes por câncer se devem aos cinco principais riscos comportamentais e alimentares: alto índice de massa corporal, baixo consumo de frutas e vegetais, falta de atividade física e uso de álcool e tabaco.
- O tabagismo é o principal fator de risco para o câncer, causando 22% das mortes pela doença ⁽⁷⁴⁾.
- Os cânceres causados por infecções, tais como, hepatite e papilomavírus humano (HPV), são responsáveis por aproximadamente 22% das mortes pela doença em países de baixa e média renda ⁽⁷⁵⁾.
- A apresentação tardia e o diagnóstico e tratamento inacessíveis são comuns. Em 2017, apenas 26% dos países de baixa renda relataram ter serviços de patologia disponíveis no setor público. Mais de 90% dos países de alta renda relataram que os serviços de tratamento estão disponíveis, em comparação com menos de 30% dos países de baixa renda.
- O impacto econômico do câncer é significativo e está aumentando. O custo anual total da doença em 2010 foi estimado em aproximadamente US\$ 1,16 trilhão ⁽⁷⁶⁾.
- Apenas um em cada cinco países de baixa e média renda tem os dados necessários para conduzir uma política para o câncer ⁽⁷⁷⁾.

⁷⁴ GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct; 388 (10053):1659-1724.

⁷⁵ Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016 Sep;4 (9):e609-16. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30143-7.

⁷⁶ Stewart BW, Wild CP, editors. *World cancer report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.

⁷⁷ *Global Initiative for Cancer Registry Development. International Agency for Research on Cancer*. Lyon: France.



As ações de prevenção são altamente eficazes não apenas no que concerne a prevenção individualizada, porém, ações individualizadas são capazes de promover avanços exponenciais para que tipos de cânceres possam ser minimizados globalmente.

A OPAS aponta que entre 30% e 50% dos cânceres podem ser prevenidos. O Hospital de Amor, entidade atuante há 60 anos, na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes com câncer, entende que os percentuais podem atingir a 80%.

Resume-se que, 80% dos cânceres possuem origem externa e 20% origem interna, permitindo concluir que a cada 10 pessoas 8 podem se prevenir do câncer.

A prevenção efetiva passa pela ação estratégica baseada em uma política pública eficiente e em ações de comunicação e conscientização focadas em modificar e evitar fatores de risco que diretamente contribuem para o avanço do câncer.

A prevenção efetiva passa pela ação estratégica em uma política pública eficiente e em ações de comunicação e conscientização focadas em modificar e evitar fatores de risco que diretamente contribuem para o avanço do câncer.

Fatores de risco se modificados e evitados podem reduzir significativamente as ações do câncer contra o indivíduo e contribuindo sobremaneira para a sociedade como um todo.

São eles:

- Tabagismo
- Obesidade
- Dieta não saudável
- Sedentarismo
- Álcool
- Infecção por HPV
- Infecção por hepatites
- Radiações ionizantes e não ionizantes
- Poluição



- Fumaça interna proveniente do uso doméstico de combustíveis sólidos.

Dentre os fatores aqui elencados, destaca-se o tabagismo, que é o principal fator de risco para o câncer, responsável por mais de 20% das mortes pela doença.

A prevenção do câncer no Brasil é ineficaz, pode-se dizer que não existe. Ações pontuais são registradas, não trazendo para tanto efeito massivo que permita avanços no combate ao câncer.



• A IMUNIZAÇÃO DO HPV

HPV é uma sigla em inglês para denominar o papilomavírus humano, que infecta pele e mucosas do organismo.

No Brasil o câncer de colo de útero e o terceiro tipo mais comum entre as mulheres pelas estimativas do INCA.

Em mulheres, Brasil, 2020		
Localização Primária	Casos Novos	%
Mama feminina	66.280	29,7
Cólon e Reto	20.470	9,2
Colo do útero	16.710	7,5
Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.440	5,6
Glândula Tireoide	11.950	5,4
Estômago	7.870	3,5
Ovário	6.650	3,0
Corpo do útero	6.540	2,9
Linfoma não-Hodgkin	5.450	2,4
Sistema Nervoso Central	5.230	2,3
Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma	223.110	100,0
Todas as Neoplasias	316.280	

Fonte:

- MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil,
- MS / INCA / Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância e Análise de Situação

Verifica-se, portanto, e de relevante destaque, que mais de 16 mil mulheres, por ano, têm câncer de colo de útero, o que poderia ser prevenido com ações concretas e efetivas de imunização contra o vírus HPV que, conforme estabelecido no Programa Nacional de Imunizações (PNI), em setembro/2022 incluiu os meninos de 9 e 10 anos no público-alvo da vacinação contra o HPV.

Com a modificação no PNI, passam a ter acesso gratuito à vacina os meninos e meninas de 9 a 14 anos e as pessoas com condições especiais.



Em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu metas para a eliminação do câncer de colo do útero. A doença mata mais de 300 mil mulheres por ano no mundo. Por meio da vacinação contra o HPV, rastreamento e tratamento de lesões cancerosas e manejo do câncer cervical invasivo, a entidade projeta, até 2030, que 90% das meninas de até 15 anos sejam imunizadas; que 90% das mulheres com o tumor recebam tratamento; e que a cobertura de triagem com teste de alto desempenho seja de 70%. A estimativa é de que, nos próximos 20 anos, a Austrália deva ser o primeiro país a eliminar o câncer de colo uterino.

Inconteste que as ações de imunização do HPV se atingidas as metas estabelecidas, ainda que distante da meta de erradicação do câncer de colo de útero no Brasil teremos significativa redução dos casos.

Alinhado ao rastreamento adequado e organizado com as ações de prevenção o diagnóstico precoce permitirá que os casos quando apresentado serão diagnosticados em estadiamentos primários, permitindo a cura, redução de tratamento, menor sofrimento paciente.

A Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde têm atuado para que ações preventivas sejam eficazes e que a imunização alcance os índices satisfatórios, de modo a viabilizar que, no futuro, possa ser erradicado o câncer de colo de útero no Brasil.

Observa-se que o câncer de colo de útero, que como dados do INCA nos mostram, em terceiro lugar em incidência, é uma neoplasia evitável com ações preventivas primárias, partindo do princípio da vacinação.



- **PROPOSTAS:**

1) Ações e Políticas Públicas que englobem:

- a) Restrição ao tabagismo
- b) Limitação ao uso de bebidas alcoólicas
- c) Redução da gordura corporal
- d) Aumento das atividades físicas
- e) Incentivo à amamentação, as mães devem amamentar seus filhos.
- f) Uso de alimentos com alta incidência de defensivos químicos e fertilizantes
- g) Incentivo e oportunização de alimentação saudável
- h) Aumento das ações e campanhas de imunizações.
- i) Identificar e intervir sobre as determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e desenvolvimento de ações que permitam a integração pública e sociedade civil visando a promoção da saúde e da qualidade de vida.
- j) Ampliar as políticas públicas que visem desenvolver ambientes de promoção à saúde do indivíduo.
- k) Ações diretas no enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos.
- l) Fomento às ações de restrição ao marketing de alimentos e bebidas com alto risco à saúde do paciente.
- m) Garantia de acesso a imunizações visando a prevenção do câncer e responsabilidade dos agentes, incluindo pais e responsáveis.



• O DIAGNÓSTICO

De extrema relevância na jornada do paciente, inclusive objeto como ponto central de destaque na auditoria do Tribunal de Contas da União, o diagnóstico merece olhar diferenciado e enfoque especial visando reverter o cenário do câncer no país.

Pode-se inferir pelas diversas informações disponíveis, inclusive pelos debates ocorridos no Global Fórum Edição Especial que versou sobre Incorporação de Novas Tecnologias em Saúde, onde o tema surgiu com relevância, e pela profundidade do conteúdo do relatório do TCU que efetivamente não se tem nada organizado, nada construído, nada planejado, no sentido de reverter a situação dos procedimentos afetos ao diagnóstico de câncer.

Alguns estudos sobre como funciona o fluxo do cuidado do paciente em outros sistemas de saúde, em especial para oncologia, destaque para o Reino Unido, que tem um sistema universal quase que 100% público, muito parecido com o modelo adotado no Brasil, indicam que o fluxo do paciente com sinais e sintomas é muito parecido com o fluxo que se adota no Brasil.

Então, de se questionar porque a diferença dos resultados de efetividade entre os dois sistemas, apesar de serem parecidos em sua operacionalidade. Uma das possíveis respostas seria a atenção ao paciente. No modelo inglês o paciente não fica perdido na rede de atenção primária. Chega-se com mais rapidez ao diagnóstico. Isso, por si só, já proporciona mais chances de sucesso no tratamento e sobrevida do paciente.

Portanto, não há que se falar em melhorar o diagnóstico sem antes melhorar a organização da rede de atenção básica, na conexão entre os serviços nos diferentes níveis de cuidado na baixa, média e alta complexidade.

Nesse sentido, a relevância da atenção básica se destaca. Os profissionais de saúde generalistas, que desempenham o importante objetivo de cuidar da saúde da família, devem ter um papel mais relevante na organização desse cuidado visando obter diagnóstico precoce. O paciente não pode ficar rodando dentro do sistema na atenção básica, isso atrasa o diagnóstico e provoca



sérios prejuízos onde a demora leva à perda de oportunidade de intervenções imediatas que, se não curam, proporcionam condições de maior sobrevida e com melhor qualidade.

Para se propiciar melhores condições de atendimento na atenção básica, na área da saúde da família, é necessário que se faça uma revisão no currículo de formação acadêmica dos profissionais de saúde, visando propiciar avanço e melhorias até na própria formação do médico na faculdade.

O currículo de formação acadêmica do profissional de saúde é um tema que surge em todos os debates e que deve ser objeto de aprofundamento pelos órgãos responsáveis, visando apurar as deficiências existentes e propor medidas efetivas de correção de rumos.

As doenças avançaram, as ciências médicas e as pesquisas aplicadas na indústria farmacêutica avançam, então é necessário que o currículo acadêmico de formação de profissionais de saúde acompanhe essa evolução. Portanto, necessário se faz que a formação acadêmica avance e coloque o profissional da saúde sempre na mesma condição de tempo e conhecimento, sob risco de o paciente acabar perdendo janelas de oportunidade de intervenção mais positivas, e não tendo, por consequência um atendimento especializado em tempo de proporcionar condições para que se tenha sucesso no tratamento.

A capacitação do profissional de saúde se alia a uma maior conscientização também do próprio pagador, seja o SUS, ou seja, a saúde suplementar, precisam ter sempre em foco que um diagnóstico, uma intervenção precoce, podem refletir no custo final do tratamento, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida para o paciente.

Uma série de procedimentos na atenção básica à saúde pode reverter as deficiências detectadas na fase de diagnóstico. Isso passa pela revisão na formação dos profissionais; incentivos para que os profissionais se especializem no atendimento e combate ao câncer, suprimindo a carência de profissionais especializados; revisão dos centros de atendimento especializado, com melhor distribuição geográfica, evitando a concentração nos grandes centros e propiciando uma maior equidade de tratamento nas diversas regiões do país.



É preciso organizar a rede, organizar o cuidado ao paciente, acompanhar toda a jornada de forma efetiva, isso implica em acesso ao diagnóstico, ao tratamento, ao acompanhamento médico, o que é fundamental. O acompanhamento da jornada do paciente, sabendo todos os caminhos que trilha, e os passos que segue, será mais fácil para o profissional de saúde, para o paciente e toda a comunidade envolvida no processo.

A revisão e reorganização da rede de atendimento especializado passa por um diagnóstico de onde se localizam e como funciona cada CACON e UNACON. O cenário atual é de que o CACON não desempenha o papel que deveria. A unidade deveria se ocupar de toda a jornada do paciente, desde o momento em que é diagnosticado.

Entretanto, o que se vê atualmente é um desaparelhamento do sistema de forma generalizada, tem CACON com mamógrafo quebrado, outro com mamógrafo que não funciona, outro sem mamógrafo. Verifica-se ainda a existência de tecnologias extremamente obsoletas, ultrapassadas que, ou dão falso diagnóstico, ou não dão um diagnóstico tão preciso como deveria.

Outro ponto relevante é a distribuição geográfica dos CACONS E UNACONS. O atendimento dessas unidades não tem limitação de abrangência logística de atendimento regionalizada. Até em função da grande fila de espera por atendimento, as unidades atendem sem um critério pré-estabelecido de área de abrangência.

Seria conveniente, a partir já dos dados disponíveis das estatísticas de atendimento históricas, promover o redimensionamento da rede, com uma visão de área de abrangência regionalizada. Tal medida propiciaria um melhor gerenciamento da rede, uma melhoria de gestão da unidade porquanto ela saberia o tamanho de sua demanda potencial e, de extrema relevância, propiciaria melhores condições de atendimento ao paciente uma vez que não teria que realizar longos e dolorosos deslocamentos para ser atendido.

A questão do financiamento também afeta em muito o diagnóstico. O diagnóstico é um mercado específico e não tem baixo custo, não é simples, precisa de profissionais altamente especializados. Não se limita ao diagnóstico por imagem. Este talvez seja a ponta do iceberg. Onde se precisa de mais



investimento é quando um tomógrafo quebra, por isso comum ouvir que tal unidade esta sem tomógrafo e que vai demorar o conserto.

Volta-se novamente para a questão da informação, da carência de dados, quantos dos 346 CACONS tem petscan, quantos tem ressonância magnética, quantos tem tomógrafo, quantos tem um mamógrafo, quantos tem um mamógrafo digital?

É necessário que se tenha informação, um banco de dados, tudo isso influi na gestão do processo, na gestão do sistema, no saber qual a capacidade de diagnóstico que se tem disponível, de forma regionalizada.

A melhoria da qualidade do diagnóstico passa por um mapeamento da capacidade de atendimento. É preciso conhecer toda a malha de atendimento e entender onde a demanda é maior que a capacidade e onde eventualmente exista ociosidade de serviço instalada.

Esse diagnóstico de como está a distribuição da capacidade física deve ser acompanhado pelo mapeamento da efetiva capacitação para a realização dos exames. Muitas vezes tem-se o equipamento, mas não dispõe de profissionais habilitados para operar.

O paciente perambula pela rede pelo sistema até efetivamente conseguir um diagnóstico, porque muitas vezes passa por diversos generalistas, diversos hospitais, sem efetivamente receber um diagnóstico preciso do que efetivamente está acometendo.

Essa capacitação não envolve apenas os profissionais operadores de equipamentos ou executores de exames. A questão da capacitação envolve os próprios médicos. O paciente entra no sistema pela atenção básica, lá pela Unidade Básica de Saúde e vai sendo catapultado até cair na mão de algum anjo da guarda que efetivamente o direciona para o caminho correto, para o diagnóstico e tratamento.

É necessária uma revisão da jornada do paciente no sistema de saúde. Como ele é inserido, como avança e como ele deve ser direcionado efetivamente a um centro oncológico.



A demora em que o paciente chegue efetivamente a um diagnóstico, a um tratamento em um centro oncológico muitas vezes leva a desfecho fatal. O câncer não espera.

Muitas vezes, quando recebe o diagnóstico o paciente já está em um estadiamento extremamente avançado e não dá mais efetivamente para fazer muita coisa. Essa jornada do primeiro acesso do paciente até a UBS até o diagnóstico pode significar o sucesso ou o insucesso do tratamento. No caso do câncer, tempo talvez seja o denominador mais importante de qualquer tipo de desfecho.

Pode até não ter o melhor tratamento disponível, ou a melhor tecnologia incorporada, mas sendo o paciente diagnosticado precocemente, a probabilidade de se ter um desfecho mais positivo é efetivamente muito maior.

A necessidade que se aplica a uma nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer perpassa em estabelecer que a política pública aplicável seja nacional e não uma política de gestor, que se altera conforme o entendimento e conveniência.

O diagnóstico do câncer precisa de um planejamento estratégico dos gestores em saúde, porém de eficiência comprovada se houver estabelecida a regra a nível nacional.

Não há estabelecido no Brasil, atualmente, em nível de gestão, um planejamento que permita identificar os recursos que foram aplicados nas ações de diagnóstico do câncer, as ações de rastreamento e busca da população para um diagnóstico precoce, além de problemas que podem ser destacados, tais como a falta de capacitação de médicos generalistas capazes de identificar potencial neoplasia, a ineficiência da atenção básica em estrutura para a realização de exames, a inércia de gestores na busca de soluções para atendimento à população e o estabelecido pelo Ministério da Saúde na organização do melhor atendimento das chamadas linhas de cuidado.

Não apenas os estudos e pesquisas, mas de forma categórica o INCA em suas manifestações, em regra geral, sabe-se que o quanto antes o câncer for



detectado, mais simples e efetivo o tratamento tende a ser, incontestemente maior possibilidade de cura e indiscutível resultado na qualidade de vida do paciente.

Existem duas estratégias utilizadas na detecção precoce do câncer (INCA, 2018, p. 53; peça 52, p. 5):

a) Diagnóstico precoce: realizado com o objetivo de descobrir, o mais cedo possível, uma doença por meio dos sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente apresenta. O Programa Nacional para o Controle do Câncer da OMS (2002) recomenda que todos os países promovam uma conscientização quanto aos sinais de alerta que alguns tipos de cânceres são capazes de apresentar;

b) Rastreamento de pessoas sob risco: exame oferecido para pessoas saudáveis (sem sintomas de doenças) com o objetivo de identificar aquelas pessoas que, apesar de não manifestarem sintomas, apresentam exames alterados ou suspeitos e que, portanto, devem seguir conduta médica, seja para realizar exames complementares, seja para seguir com investigação diagnóstica. (Excerto do Relatório TCU-Plenário no Acórdão 1944/2019)

O trabalho realizado pela equipe de auditoria do TCU traz de forma objetiva o entendimento que se aplica ao tema de investigação diagnóstica, que aqui cabe a literalidade da transcrição.

17. É essencial que a rede de serviços de saúde conte com especialistas nas áreas clínica, cirúrgica, laboratorial e demais métodos de apoio diagnóstico. O diagnóstico preciso é feito a partir da história clínica e exame físico detalhado do paciente, e, sempre que possível, de visualização direta da área atingida, utilizando exames, tais como mamografia, broncoscopia, endoscopia digestiva alta, mediastinoscopia, pleuroscopia, retossigmoidoscopia, colonoscopia, endoscopia urológica, laringoscopia, colonoscopia, laparoscopia e outros que se fizerem necessários. O tecido das áreas em que for notada alteração deverá ser biopsiado e encaminhado para confirmação do diagnóstico por meio do



exame histopatológico, realizado pelo médico anatomopatologista (INCA, 2018, p. 56) .

18. Em regra, a suspeita diagnóstica tem início na Atenção Básica, onde é possível detectar o tumor quando ele ainda está localizado no órgão de origem, sem invasão de tecidos vizinhos. A suspeita é confirmada, com diagnóstico definitivo, em geral, na média complexidade, quando envolve a coleta de material por meio de aspirados e/ou biópsias, métodos de diagnóstico por imagem, dentre outros exames (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2017, p.46; peça 52, p.5).

19. São diversos os exames necessários para configurar o diagnóstico definitivo de câncer. Em regra, o caso confirmado de câncer será definido com biópsia de tecido. Em algumas situações, o caso também poderá ser assumido como confirmado se houver comprovação com uma combinação de citologia oncológica, exame de imagem e/ou marcador tumoral, de acordo com o protocolo do sítio primário (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2016, p.49). Para os cânceres de colo do útero e de mama, é obrigatório o registro do CID para quatro procedimentos, permitindo, assim, monitorar a ocorrência destas neoplasias. São eles: exame anatomopatológico do colo uterino-biópsia, exame anatomopatológico do colo uterino-peça cirúrgica, exame anatomopatológico do mama-biópsia e exame anatomopatológico de mama-peça cirúrgica (peça 52, p.5).

Retomando ao disposto nos termos legais e aqui, especificamente a Lei 13.896, de 30 de outubro de 2019, que **Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica.**

A referida Lei alterou Lei 12.732, incluído o parágrafo 3º *“Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável”, transcrito aqui o texto legal”.*



Não apenas estabelecido o prazo para o diagnóstico, mas a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, estabelece no art. 9º, inciso IV, como uma das diretrizes para a prevenção do câncer a garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer.

Ainda bem destacado pelo TCU o instituído na política vigente preconiza que o diagnóstico do câncer seja realizado a tempo, no momento adequado para que a atuação estatal seja mais vantajosa, traga mais benefícios, melhores resultados e seja mais eficiente.

Não obstante a falta de planejamento, organização, descumprimento de preceitos legais, inoperância, negligência, imprudência a ação estatal deveria corroborar diretamente para que o câncer quando diagnosticado em tempo mais favorável, para que não haja tantos obstáculos e dificuldades para tratar a doença.

Para o câncer de mama, por exemplo, a probabilidade de sobrevida em cinco anos é de 43% quando o estadiamento da doença está em grau III, e de 7,9% em grau IV. Para o câncer de próstata, a probabilidade de sobrevida em 83 meses é de 51% quando a doença se encontra em grau III, e de 35% em grau IV. Observa-se que a probabilidade de sobrevida, quando o estadiamento da doença se encontra no grau I é bem mais elevada: para câncer de mama (88,3%), para câncer de próstata (65%), para câncer de pulmão do tipo adenocarcinoma (30,6%), para pulmão do tipo carcinoma escamoso (17,3%) e outros carcinomas de pulmão (28,2%).⁷⁸

Pacientes diagnosticadas com câncer de mama em estadiamento no grau III e IV, no Canadá, Dinamarca, Noruega, Suécia e Reino Unido, representaram, em termos percentuais, Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 62103270. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO TC 023.655/2018-6 11 respectivamente, 17,1%, 22,2%, 8,7%, 8,2%, 13%, conforme estudo realizado no período de 2000 a 2007. Ou seja, há mais de dez anos atrás, nesses países, a minoria das pacientes

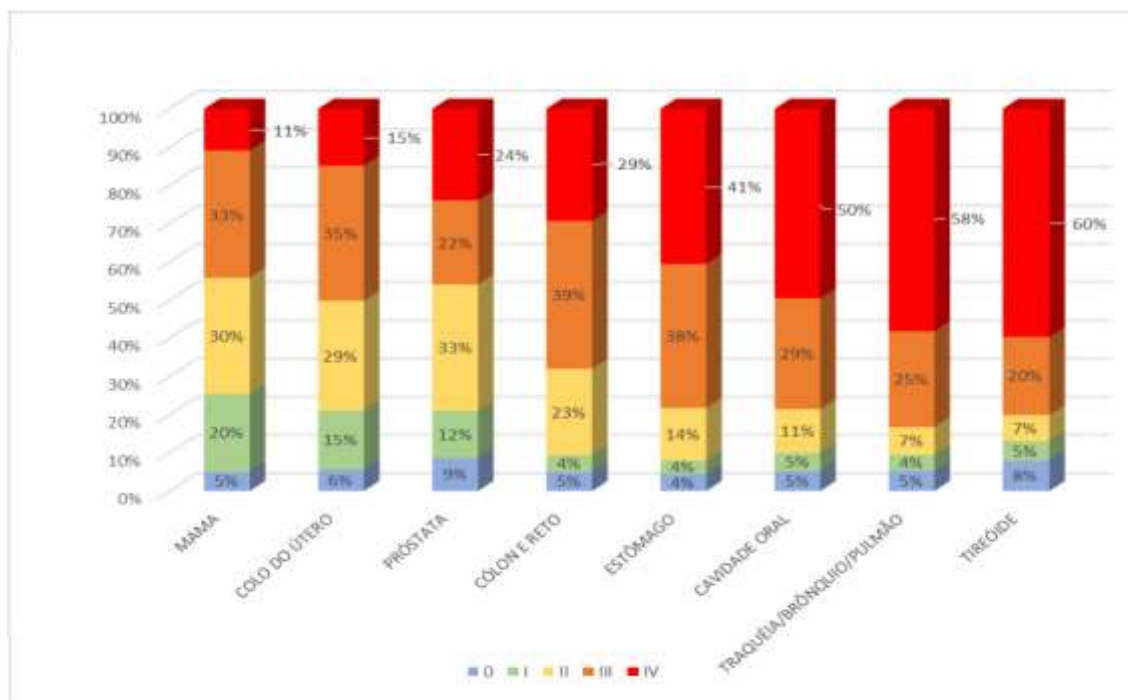
⁷⁸ Fonte: Revista Rede Câncer – publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; nº 40, março 2018. Cresce número de pacientes com câncer sob controle, mas risco de retorno da doença não pode ser descartado – É possível falar em cura? p. 16 (REDE Câncer, 2018).



acometidas por câncer de mama haviam recebido o diagnóstico em estágio avançado da doença (WALTERS S. et al., 2013).

Nos Estados Unidos, no período de 2004 a 2011, o percentual de mulheres diagnosticadas com câncer em grau de estadiamento I e em grau de estadiamento III e IV, foi respectivamente, entre mulheres brancas - não hispânica (50,8% e 16%), mulheres brancas - hispânica (41,1% e 21,2%), negras (37%, 24,4%), chinesas (50,1% e 14,2%), japonesas (56,1% e 11,5%), sul asiáticas (40,4% e 20,9%), outras asiáticas (45,2% e 16,7%), outras etnias (43,6% e 19,2%), de acordo com estudo observacional sobre as diferenças no estágio do câncer de mama no diagnóstico, por raça e etnia. Portanto, há mais de dez anos atrás, nos Estados Unidos, o percentual de pacientes diagnosticadas com câncer de mama em estágio inicial foi muito superior ao percentual de pacientes diagnosticadas com estágio avançado da doença (IQBAL J. et al; 2015).

Gráfico 1 – Grau de Estadiamento por tipo de Câncer no Brasil em 2017 (pacientes atendidos pelo SUS)



Fonte: Relatório de Auditoria – TCU no TC – 023.655/2018-6



O Relatório explicita que o Gráfico acima foi elaborado com base nos dados retirados das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (Apacs) de 2017, relativas aos oito tipos de câncer mais prevalentes. O gráfico demonstra que cerca de 80% dos pacientes que iniciaram tratamento de câncer com quimioterapia ou radioterapia pelo SUS foram diagnosticados com câncer já em grau de estadiamento III e IV para os quatro seguintes tipos de câncer: traqueia/brônquio/pulmão (83%), tireoide (80%), estômago (79%), para o câncer de cavidade oral (79%). Já para os quatro demais tipos de câncer, em relação aos quais há campanhas em nível nacional, linhas de cuidado definidas e/ou programas de rastreamento, o grau de estadiamento III e IV correspondeu a cerca de 50% dos casos diagnosticados, sendo 68% para câncer de cólon e reto, 50% para colo do útero, 44% para mama e 46% para próstata.

Incontestes os achados de auditoria apontados pelo TCU, e a relevância das informações que impactam com a preocupante situação que se encontra a fase de diagnóstico de câncer no Brasil.

Também de elevado destaque, o tempo percorrido pelo paciente que necessita de um diagnóstico é muito superior ao estabelecido pela Lei dos 30 dias, assim denominada.

Dados dos TCU na auditoria realizada, base para o Acórdão 1944/2019 nos aponta que a primeira consulta com um médico especialista, ou seja, um ONCOLOGISTA, realizada a partir de um atendimento de um médico generalista, referente a dados de outubro/2018, em média ponderada aplicada nas Unidades Federadas, o tempo entre a data do agendamento com o setor de regulação e a data da consulta com médico especialista foi de 33 dias.

Porém, há Unidades Federadas onde o tempo de espera de determinadas consultas apresenta prazo maior que 100 dias. Como destacou o TCU, o tempo médio de espera para as especialidades de gastroenterologista foi de 208 dias para uma primeira consulta.

Apontamento como o tempo de espera para uma consulta com um especialista se soma ao tempo de espera entre o pedido e a realização de exames necessários ao diagnóstico do câncer pelo SUS.



A Auditoria apresentada dados extraídos do Sisreg, relativo a 22 estados, que o paciente aguarda em média aproximadamente 50 dias para realizar um exame necessário ao diagnóstico do Câncer, a partir do agendamento com o setor de regulação, seja ele estadual ou municipal.

Ante ao exposto, coleciona-se prazos, e, não se pode desconsiderar a demora na liberação do resultado dos exames de biópsia, sempre superior a 20 dias.

Observa-se que a necessidade de uma política pública aplicável à prevenção e ao controle do câncer, deve ser indiscutivelmente EXEQUÍVEL.



• A INFRAESTRUTURA.

A realização do diagnóstico de câncer requer estrutura física adequada necessária ao atendimento da demanda existente no país. A realização dos diagnósticos atemporais, mesmo que relacionada a diversos fatores, evidencia que a rede de exames ofertados pelo SUS não está estruturada para que os pacientes com suspeita de câncer tenham o acesso tempestivo ao diagnóstico definitivo da doença.

As evidências contidas no Relatório são suficientes, sem a necessidade de transcrevê-las, que a carência estrutural existente no país é evidenciada não apenas pelos números dos equipamentos existentes nas Unidades Federadas, como resta claro que a insuficiência dos exames é também impactada pelo paciente com câncer ter que concorrer com outros indivíduos que também demandam dos mesmos procedimentos.

A porta de entrada do SUS para a realização do diagnóstico de câncer conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde é a atenção básica, o que indiscutivelmente somos sabedores que a atenção primária não possui estrutura necessária para a realização de exames prioritários para a detecção de neoplasias nos pacientes.

A recepção do potencial paciente com câncer na atenção primária é validada com a ação direta do paciente na busca do socorro assistencial quando da caracterizada manifestação da doença no organismo.

Reforça isso, o Relatório produzido e muito evidenciado do avançado estadiamento da doença quando diagnosticado.

Ao se ater às diretrizes legais e competências na responsabilidade e participação de cada gestão operacional na atuação do câncer no Brasil, destaca-se o componente da atenção básica, que seguindo o estabelecido na Portaria 874/2013, que institui a Política Nacional da Prevenção e Controle do Câncer, observa-se:



I - Componente Atenção Básica:

a) realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, tais como alimentação saudável e atividade física, e prevenção de fatores de risco, tais como agentes cancerígenos físicos e químicos presentes no ambiente;

b) desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco no seu território, conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer ou conforme diretrizes definidas localmente;

c) avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários;

d) realizar rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade local/regional;

e) implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção;

f) encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica;

g) coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde;

h) registrar as informações referentes às ações de controle de câncer nos sistemas de informação vigentes, quando couber;

i) realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar



e com as UNACON e os CACON, articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e

j) desenvolver ações de saúde do trabalhador por meio da capacitação das equipes para registro do histórico ocupacional, tanto a ocupação atual quanto as anteriores, contendo atividades exercidas e a exposição a agentes cancerígenos inerentes ao processo de trabalho, otimizando as ações de vigilância do câncer relacionado ao trabalho;

Na leitura das diretrizes, e vislumbrando a realidade do paciente com câncer, consideramos utópico o estabelecido. Não há a organização pretendida e coordenada como está disposto, se quer, há o registro do paciente e se constante e necessário acompanhamento, o que já previsto em Lei desde o ano de 2018 é compulsório.

Já relatado anteriormente, a realização do diagnóstico de câncer está ocorrendo não pela atenção básica, e sim pela atenção secundária. Utilizados os protocolos de regulação que ocasionam demoras insustentáveis para um paciente com câncer que, como se sabe, para o câncer o tempo é primordial.

Como forma de contribuir para a celeridade da realização de um preciso diagnóstico da pessoa com câncer, desde 2014, através da Portaria SAS/MS 140, estabeleceu a participação dos CACONS e UNACONS na realização de consultas e exames para diagnóstico definitivo de câncer.

Atualmente, em vigência, a Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, que “Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS”, há de se destacar o, apesar de já previsto anteriormente na Portaria 140, a responsabilidade das unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia da realização de exames para o diagnóstico diferencial e definitivo, o estadiamento e o acompanhamento dos pacientes neles respectivamente cadastrados.

Considerando a necessidade de realização de exames necessários ao correto diagnóstico do paciente com câncer; considerando que a atenção primária, como porta de entrada para o paciente, visando o diagnóstico, é uma etapa



condicionada pelo Ministério da Saúde, porém, ineficiente, para a realização de exames e contando com médicos generalistas, sem especialização necessária, para realizar apenas o encaminhamento para a consulta especializada, entende-se que a etapa primária realizada na atenção básica é um gargalo temporal na vida do paciente com câncer.

O diagnóstico efetivamente realizado por especialista, e posteriormente por um médico oncologista deveria se aplicar diretamente quando do potencial paciente com a neoplasia na alta complexidade, ou seja, nos CACONS e UNACONS.

Não obstante ao necessário entendimento, a Auditoria do TCU nos reforça a avaliação diária e vivenciada nos apontamentos dos pacientes. Os CACONS E UNACONS, em geral, têm recebido os pacientes que já possuem o diagnóstico evidenciado através de biópsias da neoplasia maligna.

Notadamente, contrariando as regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde e sem qualquer ação fiscalizatória, por parte dos gestores responsáveis, o paciente que teria a oportunidade de ter um local a mais na rede para a realização do seu diagnóstico preciso, tem restringida a sua entrada no centro especializado e habilitado para tal, em razão de decisões unilaterais dos diretores das referidas unidades para a recepção dos pacientes.

O ingresso do paciente nas unidades especializadas tem, ocorrido apenas após a comprobatória certificação do diagnóstico do paciente.

Fático e caracterizado está a insuficiência dos Estados, por suas responsabilidades explícitas na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, para a realização do diagnóstico para o paciente. Revelado ainda, que os CACONS e UNACONS, que são responsáveis no cumprimento das suas obrigações normativas para a realização do diagnóstico não o fazem, qual a situação dos mais de 600 mil novos casos de câncer que surgem anualmente?

Ficam a mercê da inércia, inoperância, imprudência e negligência dos Gestores?

Complementar à ineficiência da estrutura física que seria necessária a realização dos exames para o preciso diagnóstico do câncer para o paciente,



se destacam estruturas físicas, falta de equipamentos e aparelhos e os problemas afetos aos procedimentos de diagnóstico somam-se à carência de profissionais de saúde para a confirmação do diagnóstico.

Com base no relatório de auditoria do TCU, em questionamentos feitos, pode-se observar que, *“Dentre as principais carências de profissionais que realizam procedimentos e exames necessários ao diagnóstico de câncer pelo SUS, os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde indicaram a falta de médicos patologistas (respectivamente, 77% e 52%), médicos radiologistas (46% e 38%), médicos anestesiologistas (46% e 18%), técnicos de anatomia patológica (31% e 18%) e técnicos que operam equipamento de imagem (15% e 13%). Demais especialidades citadas pelos respondentes: ginecologistas, mastologistas, hematologistas, urologistas, proctologistas e enfermeiros. De acordo com os respondentes, a carência de profissionais elencados é motivada principalmente pelo déficit de profissionais especializados na região e dificuldade de credenciamento de profissionais para realização de determinados procedimentos, tendo em vista a tabela de valores pagos pelo SUS”.*

Como um fator para o desinteresse da atuação do profissional no SUS, que são os baixos valores pagos pela tabela SUS. Está também caracterizado pela oferta dos serviços dos prestadores ao SUS que somente realizam exames e procedimentos que haja equilíbrio e viabilidade para a prestação do atendimento.

Grave situação está caracterizada em razão da desatualizada “TABELA SUS”, que, nos casos específicos dos procedimentos e exames necessários ao diagnóstico da pessoa com câncer, levantamento do TCU nos mostra que os valores financeiros dos exames não são atualizados desde o ano de 2008, ou seja, 14 anos sem reajustes.

Porém, o Ministério da Saúde justifica-se que a “Tabela SUS” é o referencial financeiro para a transferência da parcela que compete à União, ficando sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais, complementar a participação em suas responsabilidades advindas da construção tripartite do SUS.



Resta comprovado, que as mesmas não possuem transparência no gasto e aplicação de valores contratualizados a maior do disposto na tabela de procedimentos SIGTAP, o que dificulta qualquer avaliação analítica ficando a mercê da ingerência, dos gestores que atuam, ou deveriam atuar, para a melhor gestão e aplicação dos recursos públicos.

Outro ponto de grave discussão é a organização e operacionalidade do SISREG, Sistema de Regulação disponibilizado pelo Governo Federal.

É precária a regulação na esfera estadual, a oncologia pede socorro.

O atraso no diagnóstico do paciente com câncer, o descobrimento da neoplasia em estadiamento elevado e o retardo no início do tratamento do câncer gera efeitos deletérios não só ao paciente, que é o ponto principal nessa cadeia.

O sistema de saúde em razão do atraso no diagnóstico arca com alto custo devido a necessidade de tratamentos mais caros, complexos e prolongados para o paciente, porquanto, se o diagnóstico fosse realizado tempestivamente, haveria significativa redução dos gastos na fase de tratamento, fato ricamente comprovado e não observado pelas autoridades gestoras.

Além, a contribuição material com a redução de gastos é secundária ao consideramos que o benefício direto ao paciente, seja na sobrevida, seja na efetiva cura é primário para a assistência à saúde necessária ao devido cumprimento constitucional da obrigação do Estado garantir a saúde a todos.



• PROPOSTAS

A essa Comissão Especial de Combate ao Câncer sugerimos, agregada a participação de todos os atores que contribuíram para a elaboração do presente documento, propostas capazes de mitigar as problemáticas esposadas no texto.

Preliminarmente, não se pode falar em propostas sem antes colecionar as recomendações contidas no Acórdão TCU-Plenário 1944/2019 no TC 023.655/2018-6, que aqui cabe literal transcrição.

Acórdão 1944/2019

“9. Acórdão:

...

9.1. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento nos termos do art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992 c/c art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU, que elabore e apresente a este Tribunal, no prazo de 90 dias, plano de ação contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pela implementação dessas medidas e o prazo para implementação, ou, se for o caso, a justificativa para a sua não implementação, os custos e benefícios esperados, e as medidas de monitoramento da implementação das alterações e de avaliação ex-post dos resultados obtidos, com vistas a mitigar a intempestividade para a realização do diagnóstico de câncer, considerando ao mínimo os pontos elencados a seguir:

9.1.1. desenvolvimento de programa para estruturação da rede de atenção à saúde em relação aos principais exames para diagnóstico de câncer, com base no mapeamento de necessidades que considere critérios técnicos e epidemiológicos (parágrafos 99-130 e 188 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);

9.1.2. análise da viabilidade de criação de centros regionais de diagnóstico, de modo a orientar e/ou incentivar as secretarias municipais e estaduais de saúde em sua implementação (parágrafos 99-130 e 188 do



relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);

9.1.3. análise da viabilidade de envio do material a ser analisado para laboratórios, públicos ou privados, localizados em outros centros e que podem prestar tais serviços (exames citopatológicos e anatomo-patológicos, por exemplo, e/ou outros que se mostrem viáveis) (parágrafos 49-54 do voto que fundamenta este acórdão);

9.1.4. análise da viabilidade de criar diretrizes para implementação de linhas de cuidado para cada tipo de câncer mais prevalente, com base em protocolos clínicos e protocolos de regulação do acesso que contenham fluxos assistenciais, classificação de riscos e priorizações, e indicação das referências e contrareferências da rede (parágrafos 13, 147-164 e 192-196 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);

9.1.5. avaliação do desalinhamento entre os valores pagos pelo SUS e os custos efetivos da realização dos exames necessários para o diagnóstico do câncer, por meio da correção do valor da tabela de procedimentos do SUS e/ou complementação do valor por parte dos estados e municípios (parágrafos 165-174 e 191 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);

9.1.6. análise da viabilidade de implementação de novo modelo remuneratório de incentivos/pagamentos de exames aos estabelecimentos de saúde, por pacote de procedimentos relacionados por linha de cuidado e não por procedimento isolado, considerando a realização de teste piloto (parágrafos 165-174 e 189-191 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);

9.1.7. análise da viabilidade da implementação de programa de navegação do paciente, com o objetivo de acompanhar uma população de pacientes com câncer, para verificar os gargalos, identificar os pacientes que se perdem na rede e agilizar o tempo de diagnóstico e tratamento do câncer, considerando a realização de teste piloto (parágrafos 147-164 e 197-202 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão);



9.1.8. aperfeiçoamento da qualidade de dados dos sistemas do SUS, para que se viabilize o acompanhamento do tempo de espera nas diversas etapas do trajeto para o diagnóstico de cada um dos cânceres mais prevalentes, por grau de estadiamento (parágrafos 175-183 e 203 do relatório da unidade técnica, reproduzido no relatório que fundamenta este acórdão, e 47 do voto que fundamenta este acórdão);

9.1.9. aperfeiçoamento da qualidade de dados dos sistemas do SUS, para que se viabilize o acompanhamento dos valores orçamentários e financeiros, total e médio (por paciente), pertinentes às consultas e exames relacionados à cada etapa para realização do diagnóstico de cada um dos cânceres mais prevalentes, por grau de estadiamento e por período de avaliação / controle (mensal, semestral ou anual) (parágrafos 38-48 do voto que fundamenta este acórdão);

9.1.10. aperfeiçoamento da qualidade de dados dos sistemas do SUS, para que se viabilize o acompanhamento dos valores orçamentários e financeiros, total e médio (por paciente), pertinentes aos tratamentos de cada um dos cânceres mais prevalentes, por grau de estadiamento e por período de avaliação / controle (mensal, semestral ou anual) (parágrafos 38-48 do voto que fundamenta este acórdão).

...”

Observação ponderada: nenhum dos 10 pontos recomendados pelo Tribunal de Contas da União aqui elencados são inexecutáveis, são utópicos, estão fora da realidade do país, pelo contrário, cumpre destacar que as recomendações são básicas para um mínimo atendimento ao paciente com câncer.

Isto posto reportamos às propostas:

1. Criação de Centros Regionais de Diagnóstico, atuando como média complexidade, com vinculação direta aos CACONS e UNACONS;
2. Ampliação e fiscalização para a realização por parte dos CACONS E UNACONS de diagnóstico atuando de forma complementar aos Centros



- de diagnóstico garantindo celeridade na realização de um diagnóstico preciso;
3. Ampliação dos CACONS E UNACONS nos Estados;
 4. Implantação de sistema para desde a prevenção, a efetiva realização do diagnóstico e o acompanhamento do paciente durante toda a sua jornada com efetiva compulsoriedade do registro do paciente;
 5. Garantia no momento do diagnóstico da revisão e realização da imunização do paciente a garantir um melhor resultado no tratamento;
 6. Revisão dos valores da tabela SIGTAP, de modo a tornar minimamente viável a realização dos procedimentos e exames necessários para o preciso diagnóstico do câncer;
 7. Implantação e implementação de estratégias e sistemas que visem aperfeiçoar a qualidade do sistema do SUS;
 8. Vinculação por meio da telemedicina entre os médicos generalistas e os especialistas de modo há reduzir o tempo e apontar possíveis casos de câncer;
 9. Amplo processo de capacitação dos profissionais de saúde, gestores, pacientes, cuidadores, e todos os agentes diretamente e indiretamente vinculados no processo de diagnóstico do paciente com câncer;
 10. Estabelecimento de regramento claro e objetivo, principalmente exequível dentro da nova Política para o Câncer no Brasil;
 11. Implementação de novos procedimentos de pagamento no processo de diagnóstico de câncer garantindo efetividade e transparência na aplicação dos recursos públicos;
 12. Integração de centros patológicos regionalizados reduzindo tempo de logística, análise e resposta;
 13. Estabelecimento de programas específicos de cânceres iniciando pelos cânceres mais incidentes, mama, colo, pulmão e melanoma pela sua especificidade, e;
 14. Ampliação da participação dos municípios nos processos de prevenção e rastreamento na atenção básica, promovendo integração com os Centros de Diagnóstico e com os CACONS e UNACONS.
 15. Garantia da qualidade dos exames realizados.



16. Incluir os temas de prevenção de câncer nas ações de educação em saúde para a população em geral.
17. Ampliar e criar novos pontos de acesso para a oferta de diagnóstico nas unidades móveis de saúde de já destacado sucesso realizado pelo Hospital de Amor em Barretos e em outras localidades no país.



• O TRATAMENTO

Norteados pela literalidade dos preceitos normativos estabelecidos pela Portaria nº 874 que “institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no Brasil” e visando a construção em parceria com a Comissão Especial de Combate ao Câncer no Brasil, de uma nova Política que seja eficaz, eficiente e principalmente exequível e com resultados práticos para o paciente.

A norma legal estabelece:

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados ao Cuidado Integral

Art. 12. Constitui-se princípio do cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas.

Art. 13. Fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado.

Art. 14. São diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:

I - tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo;

II - atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença;



III - realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação; e

IV - oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam.

Preliminarmente ao disposto no inciso I, a garantia do tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer, por sua imensa complexidade, temos uma realidade que é vivenciada pelos pacientes que difere muito do estabelecido nos normativos legais.

Reforça-se a isso o disposto na Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012, que “Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início”, dispondo o prazo de 60 dias para o início do primeiro tratamento.

Primariamente, ao avaliar a exequibilidade da Política vigente e primando pela construção de uma nova Política mais eficiente tem-se a observar a rede de atenção ao paciente.

O atendimento ao paciente tem início na rede de atenção básica, na atenção à família, na atenção domiciliar, e, quando diagnosticado, o paciente é encaminhado para centros de Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar, constituídos por:

- ✓ CACON-Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, e
- ✓ UNACON-Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.



CACONS E UNACONS

Os estabelecimentos de saúde serão habilitados na atenção especializada em oncologia como:

- CACON;
- UNACON;
- UNACON Exclusiva de Hematologia;
- UNACON Exclusiva de Oncologia Pediátrica;
- Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar; ou
- Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar.

Como UNACON é classificada a unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes.

A unidade UNACON pode ter em sua estrutura física a assistência radioterápica ou então, referenciar formalmente os pacientes que necessitarem desta modalidade terapêutica.

O CACON, por seu lado, é a unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Diferentemente da UNACON, o CACON deve, obrigatoriamente, contar com assistência radioterápica em sua estrutura física.

A legislação brasileira estabelece a forma de organização da rede de atenção especializada às pessoas com câncer no Brasil definindo os critérios para habilitação de estabelecimentos de saúde classificados como CACON.

A avaliação dos CACON ou UNACON será realizada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Essa avaliação tripartite, tem como parâmetro dados quantitativos, sem estabelecer critérios de resultados qualitativos de análise.



Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos oferecidos pelos CACON ou UNACON devem ser baseados em evidências científicas, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Ministério da Saúde e nas normas e critérios de incorporação de tecnologias definidos nas legislações vigentes, assim como respeitar as definições da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). A norma não estabelece parâmetros que possam criar equidade entre os protocolos de atendimento entre um estabelecimento e os demais. Isso propicie que se verifique no país uma grande variação qualitativa entre os atendimentos prestados pelos diversos estabelecimentos espalhados pelo país.

Os serviços prestados pelos CACONS E UNACONS são remunerados na forma de ressarcimento com base nas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade-APAC. O Ministério da Saúde publica Diretrizes Terapêuticas específicas, tentando estabelecer procedimento padrão no diagnóstico e tratamento do câncer.

Entretanto, a própria legislação prevê que os estados promovam a suplementação ao valor do tratamento financiado via APAC. Isso propicia que unidades da federação ofereçam tratamentos diferentes para o mesmo tipo de patologia, o que contraria o princípio de equidade previsto no sistema único de saúde, sendo que em alguns estados se observa a oferta de tratamentos mais avançados e, portanto, mais efetivos.

O próprio Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, publica diretrizes com modelos distintos, sendo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT que contemplam apenas o que é incorporado pelo SUS, enquanto que as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas-DDT levam em consideração a possibilidade de cada estabelecimento buscar outras fontes de financiamento, o que propicia atendimentos com tecnologias e medicamentos mais avançados e, em consequência com probabilidade de maior sobrevida e melhor qualidade de vida ao paciente.

De se destacar que essa desigualdade relatada tem como base a comparação de instituições prestando serviço para o sistema único de saúde. Ora, se dentro do próprio sistema já se verifica tratamentos diferentes, quando se compara



então o sistema único com a saúde suplementar, constata-se uma discrepância maior ainda na atenção ao paciente.

A existência de diferenças no atendimento e tratamento de pacientes quando comparado o sistema privado e o de saúde suplementar seria até compreensível sob a ótica do poder econômico e, portanto, não seria de se exigir uma equivalência desses com o sistema único de saúde-SUS. Entretanto, a equidade é um dos princípios básicos do sistema SUS e por isso não deveriam ser aceitas tamanhas diferenças que existem entre atendimentos prestados em cada estado e até mesmo dentro de um mesmo estado. Não deveria ser aceita tamanha discrepância que atualmente, infelizmente é considerada com naturalidade.

Auditorias realizadas pelos órgãos competentes, a exemplo do Tribunal de Contas da União-TCU, concluem que a estrutura existente nas unidades habilitadas pelo SUS para realização de radioterapia é incompatível com a quantidade de pacientes. Em 2017 teria ocorrido um não atendimento de 54 mil pacientes, tendo sido atendidos 116 mil pacientes, em contrapartida com um quantitativo mínimo de procedimentos contratado que chegava a 170 mil.

O financiamento do sistema SUS é fator relevante na relação com a rede hospitalar contratada como CACON e UNACON. A falta de atualização dos valores de referência dos procedimentos realizados pelo SUS é tida como um gargalo na prestação dos serviços.

Análise em contratos celebrados de acordo com as normas vigentes no Ministério da Saúde contêm, basicamente, três componentes: (i) componente pré-fixado, que representa a parte dos pagamentos que independem do volume de atendimentos realizados ou de metas atingidas; (ii) componente pós-fixado relativo ao atingimento de metas qualitativas; e (iii) componente pós-fixado relativo às metas quantitativas.

Entretanto, na prática, os valores dos procedimentos contidos na tabela SUS incidem somente sobre as metas quantitativas, sendo que esse componente não deve ser superior a 60% do total pós-fixado.



É consenso a necessidade de uma revisão geral na tabela de valores do SUS, de forma a aprimorar, não só a atualização da tabela, como também uma reavaliação dos critérios e forma de aplicação em cada procedimento.

Tema amplamente discutido nas reuniões realizadas com as Indústrias, o tratamento é ponto crucial a ser observado no processo de construção e uma nova Política.

Com base em critérios (re)definidos pela Portaria nº 1399, de 17 de dezembro de 2019, o planejamento para o diagnóstico e o tratamento do câncer na rede de atenção à saúde deve observar o disposto.

Art. 7º Os gestores públicos da saúde devem verificar e, se for o caso, redefinir, em instância colegiada – CIB e CIR, o Plano de Atenção para diagnóstico e tratamento do câncer, estabelecendo, minimamente, para cada estabelecimento de saúde habilitado ou a habilitar na alta complexidade em oncologia:

I – o território de cobertura assistencial e a população correspondente;

II – os serviços e ações de saúde gerais e especializados, diagnósticos e terapêuticos, que cada hospital deve prestar ao SUS;

III – o acesso regional (macrorregião de saúde) sob regulação a serviços oncológicos, conforme os fluxos de “referência e contra-referência” estabelecidos;

IV – a produção mínima estabelecida no Capítulo II desta Portaria e exigida para procedimentos oncológicos – cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos -, consoante a habilitação do hospital na alta complexidade em oncologia; e

V – a forma como se dará o acesso ao atendimento especializado em Cirurgia, Radioterapia, Oncologia Clínica, Hematologia e Oncologia Pediátrica, conforme a habilitação na alta complexidade em oncologia do hospital.

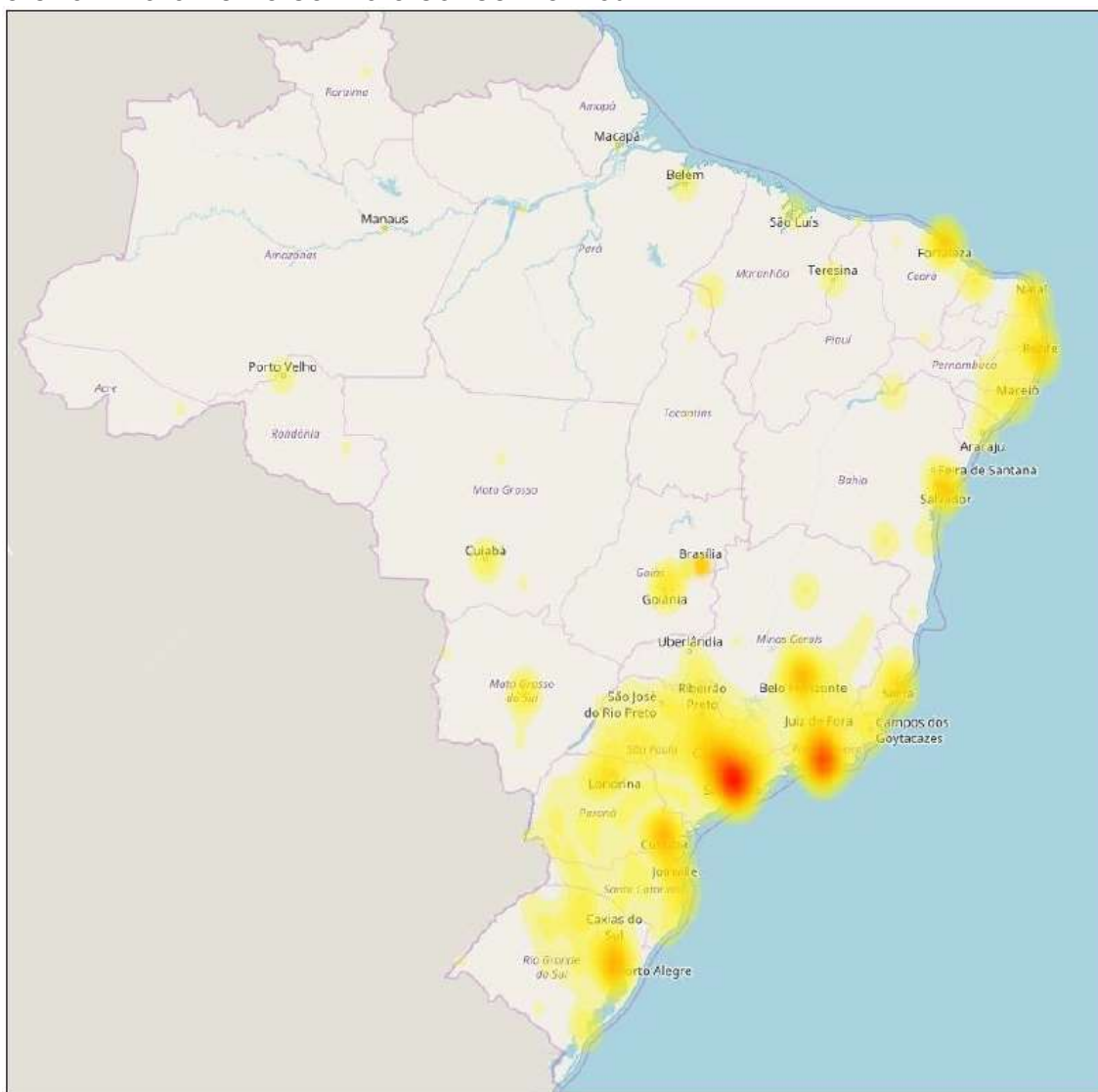


O TERRITÓRIO DE COBERTURA ASSISTENCIAL E A PRODUÇÃO CORRESPONDENTE

Atualmente estão habilitados 346 Cacons e Unacons assim distribuídos:

CACONS	52
UNACON	294

Mapa que representa a concentração territorial dos estabelecimentos que ofertam tratamento contra o câncer no Brasil



Fonte: Relatório de Auditoria CGU/2017



DADOS POR MACRORREGIÕES

Considerando as estimativas de câncer produzidas pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA para o ano de 2020 podemos facilmente caracterizar os vazios assistenciais nas macrorregiões do país.

MACRORREGIÃO 1

ESTADO	INCIDÊNCIA NOVOS CASOS	POPULAÇÃO IBGE/2021	% SOBRE POPULAÇÃO	CACON UNACON
ACRE	1.240	906.876	0,14	1
AMAPA	860	877.613	0,10	1
AMAZONAS	5.250	4.269.995	0,12	3
PARA	9.250	8.777.124	0,11	4
RONDONIA	3.090	1.815.278	0,17	4
RORAIMA	780	652.713	0,12	1
TOCANTINS	4.200	1.607.363	0,26	3
MACRORREGIAO NORTE	24.670	18.906.962	0,13	17

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU.



MACRORREGIÃO 2

ESTADO	INCIDÊNCIA NOVOS CASOS	POPULAÇÃO IBGE/2021	% SOBRE POPULAÇÃO	CACON/ UNACON
ALAGOAS	6.090	3.365.351	0,18	5
BAHIA	32.580	14.985.284	0,22	18
CEARA	27.080	9.240.580	0,29	9
MARANHAO	10.560	7.153.262	0,15	4
PARAIBA	11.800	4.059.905	0,29	5
PERNAMBUCO	22.530	9.674.793	0,23	12
PIAUI	8.480	3.289.290	0,26	4
RIO GRANDE DO NORTE	11.140	3.560.903	0,31	7
SERGIPE	5.950	2.338.474	0,25	3
MACRORREGIÃO NORDESTE	136.210	57.667.842	0,24	67

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU.

MACRORREGIÃO 3

ESTADO	INCIDÊNCIA NOVOS CASOS	POPULAÇÃO IBGE/2021	% SOBRE POPULAÇÃO	CACON/ UNACON
DISTRITO FEDERAL	8.660	3.094.325	0,28	9
GOIAS	20.940	7.206.589	0,29	5
MATO GROSSO	8.120	3.567.234	0,23	5
MATO GROSSO DO SUL	9.920	2.839.188	0,35	8
MACRORREGIAO CENTRO-OESTE	47.640	16.707.336	0,29	27

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU.



MACRORREGIÃO 4

ESTADO	INCIDÊNCIA NOVOS CASOS	POPULAÇÃO IBGE/2021	% SOBRE POPULAÇÃO	CACON/ UNACON
ESPIRITO SANTO	10.880	4.108.508	0,26	8
MINAS GERAIS	67.310	21.411.923	0,31	37
RIO DE JANEIRO	67.220	17.463.349	0,38	30
SÃO PAULO	156.870	46.649.132	0,34	83
MACRORREGIÃO SUDESTE	302.280	89.632.912	0,34	158

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU.

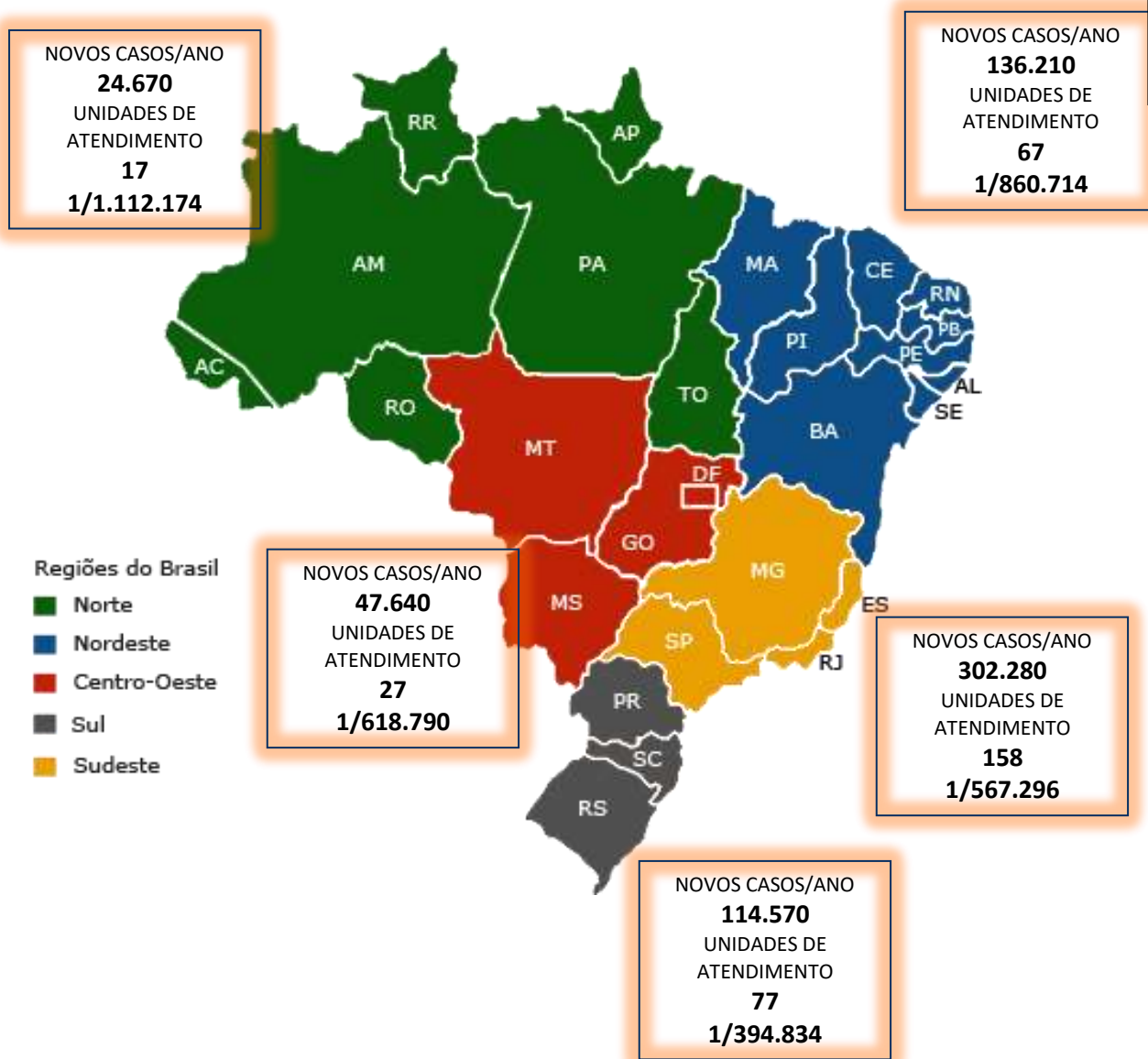
MACRORREGIÃO 5

ESTADO	INCIDÊNCIA NOVOS CASOS	POPULAÇÃO IBGE/2021	% SOBRE POPULAÇÃO	CACON/ UNACON
PARANA	35.050	11.597.484	0,30	28
RIO GRANDE DO SUL	46.060	11.466.630	0,40	30
SANTA CATARINA	33.460	7.338.473	0,46	19
MACRORREGIÃO SUL	114.570	30.402.587	0,38	77

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU



MAPA DISTRIBUIÇÃO POR MACRORREGIÕES



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU.



Esses hospitais representados nas tabelas e no mapa acima estão concentrados em 185 municípios do país. Observado que, conforme previsto na Portaria 1.399, em seu art. 7º a competência dos gestores para avaliar, minimamente, a habilitação na alta complexidade em oncologia conforme avaliações no território de cobertura, o acesso regional e a produção mínima estabelecida para assistência ao exigido no normativo no que concerne aos procedimentos oncológicos – cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos.

As diretrizes estabelecem que os hospitais habilitados em oncologia sejam responsáveis pela cobertura populacional inclusive de municípios vizinhos àquele onde está instalado.

Apesar da avaliação macro regionalizada a avaliação pormenorizada também se faz necessário para configurar o melhor cenário de atendimento e prestação de assistência oncológica aos pacientes.

QUANTIDADE INSUFICIENTE DE CACONS E UNACONS

Estabelecida pela Portaria nº 874/2013 a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer no SUS, objetiva assegurar a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer e a promoção de ações que possibilitem a redução da incidência de algumas neoplasias com ações integradas não somente no tratamento, mas alinhando as ações de prevenção e diagnóstico.

Apesar do estabelecido princípio da descentralização da saúde por sua construção tripartite, a habilitação de unidades de CACON e UNACON é de exclusiva competência do Ministério da Saúde.

Por conseguinte, compete aos Secretários Estaduais e Municipais a elaboração de um planejamento estratégico permitindo ao Ministério da Saúde avaliar a necessidade de habilitação de novas unidades. O que infelizmente não tem ocorrido nos últimos 20 anos, permitindo que um vazio assistencial se configure.



Imperioso destacar que o estabelecimento de uma unidade de UNACON não é a solução para uma localidade que possua um vazio assistencial, fato que a mesma possui limitações nos serviços prestados.

De acordo com a CGU, um parâmetro alternativo é de um estabelecimento habilitado para cada 900 casos novos de câncer. Esse parâmetro, de acordo com o Ministério da Saúde, é o utilizado para mensurar a necessidade de estabelecimentos na região sul e sudeste. Por conta disso, a estimativa é de que esses estados possuam mais de um estabelecimento para cada grupo de 500 mil habitantes.

Com os dados apresentados anteriormente, verificamos que analiticamente temos um vazio assistencial configurado e altamente relevante.

PARÂMETRO ALTERNATIVO DE NECESSIDADE DE HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTO PARA CADA 900 NOVOS CASOS

MACRORREGIÃO	INCIDÊNCIA NOVOS CASOS	POPULAÇÃO IBGE/2021	UN HABILITADA /900 NOVOS CASOS	CACON UNACON
NORTE	24.670	18.906.962	1.451	17
NORDESTE	136.210	57.667.842	2.032	67
CENTRO-OESTE	47.640	16.707.336	1.764	27
SUDESTE	302.280	89.632.912	1.913	158
SUL	114.570	30.402.587	1.487	77
TOTAIS	625.370	213.317.639		346

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU.

Porém, apesar do quadro acima demonstrar o parâmetro para todo o país, o Ministério da Saúde adota nos casos de Minas Gerais e do Espírito Santo, o Ministério adota o parâmetro geral utilizado para os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste (um estabelecimento para cada 500 mil habitantes).

Se assim se aplicado temos avaliações diferenciadas:



PARÂMETRO ALTERNATIVO DE NECESSIDADE DE HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTO PARA CADA 500 MIL HABITANTES

MACRORREGIÃO	INCIDÊNCIA NOVOS CASOS	POPULAÇÃO IBGE/2021	UN HABILITADA /500 MIL HABITANTES	CACON UNACON
NORTE	24.670	18.906.962	1.112.174	17
NORDESTE	136.210	57.667.842	860.714	67
CENTRO-OESTE	47.640	16.707.336	618.790	27
SUDESTE	302.280	89.632.912	567.296	158
SUL	114.570	30.402.587	394.838	77
TOTAIS	625.370	213.317.639		346

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU.

Observando a aplicação dos dois parâmetros estabelecidos, a única macrorregião atendida seria a Macrorregião Sul, porém o que se aplica é uma unidade habilitada para cada 900 novos casos, fato determinante para estabelecer que o vazio assistencial na Macrorregião Sul também está caracterizado.

As mudanças aplicadas promovem variações:



DEMANDA DE UNIDADES CONFORME PARÂMETRO ALTERNATIVO DE NECESSIDADE DE HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTO PARA CADA 900 NOVOS CASOS

MACRORREGIÃO	INCIDÊNCIA NOVOS CASOS	POPULAÇÃO IBGE/2021	UN HABILITADA /900 NOVOS CASOS	DEMANDA CACON UNACON
SUDESTE *	302.280	89.632.912	250	250
SUL	114.570	30.402.587	128	128
TOTAIS	416.850	120.035.499	378	378

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU *Estados de Rio de Janeiro e São Paulo.

DEMANDA DE UNIDADES CONFORME PARÂMETRO ALTERNATIVO DE NECESSIDADE DE HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTO PARA CADA 500 MIL HABITANTES

MACRORREGIÃO	INCIDÊNCIA NOVOS CASOS	POPULAÇÃO IBGE/2021	UN HABILITADA /500 MIL HABITANTES	DEMANDA CACON UNACON
SUDESTE*	78.190	25.520.431	50	50
NORTE	24.670	18.906.962	38	38
NORDESTE	136.210	57.667.842	116	116
CENTRO-OESTE	47.640	16.707.336	34	34
TOTAIS	208.520	93.282.140	238	238

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU - * Minas Gerais e Espírito Santo.

Aplicando os parâmetros conforme estabelecidos pelo Ministério da Saúde, temos um vazio assistencial configurado por uma demanda reprimida de 616 unidades de atendimento ao paciente oncológico sejam elas um CACON ou



UNACON, ressaltando as especificidades de cada uma delas, sendo sua habilitação estratégica à localidade e regionalidade.



**DEMANDA DE UNIDADES CONFORME PARÂMETRO ALTERNATIVO DE
NECESSIDADE DE HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTO PARA CADA
500 MIL HABITANTES / POR ESTADOS**

ESTADO	INCIDÊNCIA NOVOS CASOS	POPULAÇÃO IBGE/2021	DEMANDA CACON UNACON	CACON UNACON ATUAL
ACRE	1.240	906.876	2	1
AMAPA	860	877.613	2	1
AMAZONAS	5.250	4.269.995	9	3
PARA	9.250	8.777.124	18	4
RONDONIA	3.090	1.815.278	4	4
RORAIMA	780	652.713	2	1
TOCANTINS	4.200	1.607.363	3	3
ALAGOAS	6.090	3.365.351	7	5
BAHIA	32.580	14.985.284	30	18
CEARA	27.080	9.240.580	18	9
MARANHAO	10.560	7.153.262	14	4
PARAIBA	11.800	4.059.905	8	5
PERNAMBUCO	22.530	9.674.793	19	12
PIAUI	8.480	3.289.290	6	4
RIO GRANDE DO NORTE	11.140	3.560.903	7	7
SERGIPE	5.950	2.338.474	5	3
DISTRITO FEDERAL	8.660	3.094.325	6	9
GOIAS	20.940	7.206.589	14	5
MATO GROSSO	8.120	3.567.234	7	5
MATO GROSSO DO SUL	9.920	2.839.188	5	8
ESPIRITO SANTO	10.880	4.108.508	8	8
MINAS GERAIS	67.310	21.411.923	43	37
TOTAIS	286.710	118.802.571	237	156

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU



DEMANDA DE UNIDADES CONFORME PARÂMETRO ALTERNATIVO DE NECESSIDADE DE HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTO PARA CADA 900 NOVOS CASOS / POR ESTADOS

ESTADO	INCIDÊNCIA NOVOS CASOS	POPULAÇÃO IBGE/2021	DEMANDA CACON UNACON	CACON UNACON ATUAL
RIO DE JANEIRO	67.220	17.463.349	75	30
SÃO PAULO	156.870	46.649.132	175	83
PARANA	35.050	11.597.484	39	28
RIO GRANDE DO SUL	46.060	11.466.630	52	30
SANTA CATARINA	33.460	7.338.473	38	19
TOTAIS	114.570	94.115.068	379	190

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU.

Não diferente se faz aplicando os mesmos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde se considerar por Estados a demanda existente é de 616 Unidades de atendimento.

Configura-se para tanto a necessidade de atendimento da demanda existente, não somente aplicados os parâmetros estabelecidos para os Estados e consequentemente para as Macrorregiões de 270 novas unidades a serem habilitadas para atendimento aos pacientes com câncer suprimindo aí os vazios assistenciais e seguindo os planejamentos pontuados nos normativos legais mencionados.

ESTADOS COM MAIOR CARÊNCIA POR HOSPITAIS HABILITADOS EM ONCOLOGIA

ESTADO	DEMANDA NECESSÁRIA	DEMANDA EXISTENTE	DÉFICIT (%)
AMAZONAS	9	3	67
PARA	18	4	78
MARANHAO	14	4	71
SERGIPE	5	3	40
GOIAS	14	5	64



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados INCA, IBGE, MS e CGU.

A Controladoria Geral da União, em auditoria realizada observou outros indicadores, apesar de serem dados de 2017, porém, mesmo que atualizados não significariam relevantes alterações.

Ela destaca que 121 regiões possuem cobertura superior ao parâmetro instituído pelo Ministério da Saúde, ou seja, possui um estabelecimento para grupos inferiores a 500 mil habitantes.

As regiões de saúde listadas são as que possuem a melhor relação entre quantidade de estabelecimentos pelo porte populacional. Nesses casos, a quantidade de habitantes para cada estabelecimento oncológico é inferior a 160 mil.

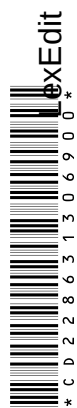
Quadro 02: Regiões de saúde com a melhor relação entre hospitais habilitados em oncologia e porte populacional

REGIÃO DE SAÚDE	UF	MUNICÍPIOS	RELAÇÃO ESTABELECIMENTOS / HABITANTES
Jales	SP	Aparecida d'Oeste, Aspásia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marinópolis, Mesópolis, Palmeira d'Oeste, Paranapuã, Pontalinda, Santa Albertina, Santana da Ponte Pensa, Santa Salete, São Francisco, Urânia, Vitória Brasil	1 estabelecimento / 103.948 habitantes
Corumbá	MS	Corumbá, Ladário	1 estabelecimento / 128.453 habitantes
Tupã	SP	Arco Iris, Bastos, Herculândia, Iacri, Parapuã, Queiroz, Rinópolis, Tupã	1 estabelecimento / 128.564 habitantes
Região 17 - Planalto	RS	Almirante Tamandaré do Sul, Camargo, Carazinho, Casca, Ciriaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Gentil, Lagoa dos Três Cantos, Marau, Mato Castelhano, Montauri, Muliterno, Não-Me-Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Passo Fundo, Pontão, Santo Antônio do Palma, Santo Antônio do Planalto, São Domingos do Sul, Serafina Corrêa, Sertão, Vanini, Victor Graeff, Vila Maria	1 estabelecimento / 133.792 habitantes
2ª Região de Saúde - Mossoró	RN	Apodi, Areia Branca, Augusto Severo, Baraúna, Caraúbas, Felipe Guerra, Governador Dix-Sept Rosado, Grossos, Messias, Targino, Mossoró, Serra do Mel, Tibau, Upanema	1 estabelecimento / 155.830 habitantes
Região 12 – Portal das Missões	RS	Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach, Tupanciretã	1 estabelecimento / 156.540 habitantes

Fonte: Relatório de Auditoria CGU



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Silvia Cristina
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD228631306900>



As regiões indicadas no quadro acima são as que possuem as melhores relações entre hospitais oncológicos e porte populacional. Destaca-se que essa análise é importante para avaliar a cobertura da atenção oncológica no país, em que pese desconsiderar a efetiva produtividade dos hospitais e o fluxo de pacientes entre as diferentes regiões de saúde.

Por outro lado, dentre as 156 regiões de saúde que possuem estabelecimentos habilitados em oncologia, 35 apresentam proporção estabelecimentos/habitantes maior que 500 mil. Nos cinco piores casos, essa proporção supera a marca de 1 milhão de habitantes para cada estabelecimento oncológico. Segue relação das regiões com piores coberturas oncológica (dentre as que possuem hospitais habilitados):

Quadro 03: Regiões de saúde com a pior relação entre hospitais habilitados em oncologia e porte populacional

REGIÃO DE SAÚDE	UF	MAIOR MUNICÍPIO	RELAÇÃO ESTABELECIMENTOS / HABITANTES
Alto do Tietê	SP	Guarulhos	1 estabelecimento / 2.840.318 habitantes
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	AM	Manaus	1 estabelecimento / 2.334.394 habitantes
Caruaru	PE	Caruaru	1 estabelecimento / 1.310.903 habitantes
Feira de Santana	BA	Feira de Santana	1 estabelecimento / 1.156.963 habitantes
Metropolitana I	PA	Belém	1 estabelecimento / 1.056.180 habitantes

Fonte: Relatório de Auditoria CGU

Os dados reportados indicam uma deficiência estrutural que demanda a urgente e necessária correção para a garantia de atendimento ao paciente com câncer.

Importante avaliar a incidência de novos casos de câncer, projetadas pelo INCA e oportunamente, necessárias a uma avaliação pormenorizada da referenciada demanda existente para garantir o tratamento, minimamente.



ESTIMATIVAS DE CASOS SEGUNDO O INCA POR NEOPLASIAS

Estimativas para o ano de 2020 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	65.840	62,95	50,78	13.640	60,53	57,33	-	-	-	-	-	-
Mama feminina	-	-	-	-	-	-	66.280	61,61	43,74	19.820	78,88	45,90
Colo do útero	-	-	-	-	-	-	16.590	15,43	12,60	4.180	16,55	10,13
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	16,99	16,19	3.180	14,17	16,11	12.440	11,56	9,24	3.760	14,96	11,32
Cólon e reto	20.520	19,63	18,80	5.320	23,59	21,26	20.470	19,03	13,36	6.260	24,90	15,59
Estômago	13.360	12,81	11,37	2.430	10,85	11,23	7.870	7,34	5,95	1.920	7,71	6,61
Cavidade oral	11.180	10,69	9,25	2.040	9,03	9,19	4.010	3,71	2,66	1.040	4,00	3,21
Laringe	6.470	6,20	5,75	1.150	5,00	4,97	1.180	1,06	0,92	360	1,06	0,79
Bexiga	7.590	7,23	4,61	1.800	7,87	7,12	3.050	2,80	2,03	900	3,44	2,61
Esôfago	8.690	8,32	6,48	1.160	5,00	6,27	2.700	2,49	1,76	460	1,60	1,42
Ovário	-	-	-	-	-	-	6.650	6,18	4,84	1.870	7,50	5,19
Linfoma de Hodgkin	1.590	1,52	1,33	450	1,71	1,93	1.050	0,95	0,88	430	1,35	1,04
Linfoma não Hodgkin	6.580	6,31	5,67	1.430	6,41	7,27	5.450	5,07	3,37	1.260	4,96	4,27
Glândula tireoide	1.830	1,72	1,52	1.090	4,52	1,81	11.950	11,15	8,13	4.650	18,47	8,13
Sistema nervoso central	5.870	5,61	5,22	1.150	5,07	6,27	5.220	4,85	4,17	1.440	5,69	4,55
Leucemias	5.920	5,67	5,55	1.210	5,43	5,93	4.890	4,56	3,95	1.180	4,69	4,64
Corpo do útero	-	-	-	-	-	-	6.540	6,07	5,22	1.930	7,61	6,14
Pele melanoma	4.200	4,03	2,01	790	3,36	3,40	4.250	3,94	1,78	870	3,28	2,49
Outras localizações	48.060	45,97	41,48	9.320	41,34	48,09	42.390	39,43	29,40	9.790	38,88	26,48
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	225.460	215,65	215,86	46.160	204,92	238,47	222.980	207,36	145,00	62.120	247,24	159,85
Pele não melanoma	83.770	80,12	-	20.010	88,84	-	93.160	86,65	-	19.090	75,98	-
Todas as neoplasias malignas	309.230	295,78	-	66.170	293,75	-	316.140	294,00	-	81.210	323,22	-
Todas as neoplasias malignas, corrigidas para sub-registro	387.980	371,11	-	-	-	-	297.980	277,11	-	-	-	-

População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10.



ESTIMATIVAS DE CASOS POR NEOPLASIAS POR ESTADOS

Estimativas para o ano de 2020 do número de casos novos de câncer, por Estado*

Estados	Próstata	Mama Feminina	Cólon e Reto	Traquéia, Brônquio e Pulmão	Estômago	Colo do Útero	Cavidade Oral
Acre	120	100	50	100	90	90	20
Amapá	100	70	20	50	80	90	30
Amazonas	480	450	210	320	380	580	100
Pará	930	780	470	560	860	780	220
Rondônia	310	220	130	180	120	130	60
Roraima	70	60	30	30	30	50	20
Tocantins	760	290	170	220	100	220	60
Alagoas	890	620	230	250	160	300	190
Bahia	6.130	3.460	1.480	1.170	1.150	1.090	750
Ceará	3.330	2.510	1.090	1.290	1.270	1.010	640
Maranhão	1.850	840	450	470	440	890	170
Paraíba	1.740	1.120	440	490	430	290	380
Pernambuco	2.630	2.390	960	1.120	830	730	550
Piauí	1.370	590	330	320	180	390	130
Rio Grande do Norte	1.570	1.130	470	420	450	310	300
Sergipe	1.060	530	310	230	180	240	190
Distrito Federal	840	730	490	420	240	260	150
Goiás	2.240	1.620	1.160	940	550	590	460
Mato Grosso	1.030	560	330	320	220	200	150
Mato Grosso do Sul	1.240	850	540	460	310	270	220
Espírito Santo	1.380	790	520	530	390	240	300
Minas Gerais	6.420	8.250	4.000	2.990	2.460	1.270	1.620
Rio de Janeiro	6.440	9.150	5.070	2.930	1.660	1.640	1.560
São Paulo	13.650	18.280	14.670	6.890	4.880	2.250	4.300
Paraná	3.560	3.470	2.480	1.990	1.390	990	910
Rio Grande do Sul	3.980	4.050	2.540	3.740	1.090	720	660
Santa Catarina	1.720	3.370	2.350	1.770	1.290	970	1.050
Brasil	65.840	66.280	40.990	30.200	21.230	16.590	15.190

*Números arredondados para múltiplos de 10.



ESTIMATIVAS DE CASOS POR NEOPLASIAS POR ESTADOS (CONTINUAÇÃO)

Estimativas para o ano de 2020 do número de casos novos de câncer, por Estado*

Estados	Sistema Nervoso Central	Leucemias	Esôfago	Linfoma não Hodgkin	Glândula Tireoide	Bexiga	Laringe	Corpo do Útero
Acre	20	30	20	20	20	20	20	**
Amapá	20	30	20	20	20	20	20	**
Amazonas	150	180	50	90	60	40	90	90
Pará	220	320	140	140	120	110	100	70
Rondônia	70	70	50	40	40	40	40	20
Roraima	20	20	20	20	20	20	20	**
Tocantins	80	80	40	50	60	20	40	20
Alagoas	100	120	80	100	120	70	80	90
Bahia	640	540	690	510	520	470	450	350
Ceará	440	470	480	430	750	210	340	290
Maranhão	220	270	80	180	290	100	100	140
Paraíba	240	240	200	140	290	130	150	140
Pernambuco	530	480	400	330	390	280	280	280
Piauí	170	170	90	110	190	60	90	40
Rio Grande do Norte	160	250	170	210	260	150	170	120
Sergipe	90	100	70	100	100	80	70	70
Distrito Federal	190	220	130	130	90	60	120	100
Goiás	440	160	290	370	370	340	230	170
Mato Grosso	140	140	110	120	170	90	80	80
Mato Grosso do Sul	140	150	180	130	140	100	130	80
Espírito Santo	260	180	300	170	220	120	120	80
Minas Gerais	1.240	960	1.870	1.240	1.560	980	810	670
Rio de Janeiro	910	900	720	1.170	2.230	1.180	700	1.010
São Paulo	2.140	2.300	2.340	3.820	4.550	4.020	1.980	1.600
Paraná	810	720	900	690	440	620	470	480
Rio Grande do Sul	950	790	1.290	760	480	580	430	220
Santa Catarina	700	920	660	940	280	730	520	300
Brasil	11.090	10.810	11.390	12.030	13.780	10.640	7.650	6.540

*Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.



ESTIMATIVAS DE CASOS POR NEOPLASIAS POR ESTADOS (CONTINUAÇÃO)

Estimativas para o ano de 2020 do número de casos novos de câncer, por Estado*

Estados	Pele Melanoma	Ovário	Linfoma de Hodgkin	Outras Localizações	Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	Pele não Melanoma	Todas as Neoplasias Malignas
Acre	20	**	20	180	960	280	1.240
Amapá	20	**	20	150	800	60	860
Amazonas	30	80	40	740	4.160	1.090	5.250
Pará	50	120	30	1.570	7.590	1.660	9.250
Rondônia	30	30	20	500	2.100	990	3.090
Roraima	20	**	20	120	610	170	780
Tocantins	20	50	40	520	2.840	1.360	4.200
Alagoas	30	70	30	960	4.490	1.600	6.090
Bahia	220	380	60	4.580	24.640	7.940	32.580
Ceará	210	330	100	3.400	18.590	8.490	27.080
Maranhão	70	140	50	1.520	8.270	2.290	10.560
Paraíba	100	140	30	1.710	8.400	3.400	11.800
Pernambuco	140	300	90	4.050	16.760	5.770	22.530
Piauí	40	100	60	970	5.400	3.080	8.480
Rio Grande do Norte	140	140	40	1.530	7.990	3.150	11.140
Sergipe	50	90	40	690	4.290	1.660	5.950
Distrito Federal	50	110	30	1.190	5.550	3.110	8.660
Goiás	260	160	90	2.430	12.870	8.070	20.940
Mato Grosso	50	50	40	1.180	5.060	3.060	8.120
Mato Grosso do Sul	100	100	30	1.260	6.430	3.490	9.920
Espírito Santo	70	100	40	1.380	7.190	3.690	10.880
Minas Gerais	870	630	220	11.560	49.620	17.690	67.310
Rio de Janeiro	540	830	240	7.250	46.130	21.090	67.220
São Paulo	3.350	1.590	830	23.210	116.650	40.220	156.870
Paraná	540	390	190	5.620	26.660	8.390	35.050
Rio Grande do Sul	570	430	110	6.870	30.260	15.800	46.060
Santa Catarina	860	260	130	5.310	24.130	9.330	33.460
Brasil	8.450	6.650	2.640	90.450	448.440	176.930	625.370

*Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.



Considerando a existência de uma demanda reprimida e da urgente necessidade de habilitação de novos CACONS E UNACONS, é primordial a avaliação do impacto financeiro a ser absorvido ao Orçamento da União, com base nos parâmetros estabelecidos pelo próprio Ministério da Saúde.

Os cálculos aqui apresentados seguem o estabelecido para a oncologia no que concerne aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, conforme os parâmetros contidos na Portaria SAES/MS 1.399/2019.

A metodologia aplicada e utilizada também pela Controladoria Geral da União depende basicamente dos valores médios da produção aprovada no Estado para os procedimentos relacionados ao tratamento oncológico. Já no que diz respeito aos procedimentos diagnósticos, o cálculo leva em consideração o valor da Tabela SUS e não o valor médio aprovado. A CGU aplica os seguintes cálculos:

Quadro 06: Estimativa de impacto financeiro decorrente da habilitação de um hospital em oncologia, com serviço de radioterapia.

TRATAMENTOS			
PROCEDIMENTO	PARÂMETRO	VALOR MÉDIO	IMPACTO FINANCEIRO
Radioterapia	43000	R\$ 41,66	R\$ 1.791.380,00
Quimioterapia	5300	R\$ 529,71	R\$ 2.807.463,00
Cirurgias Oncológicas-	650	R\$ 3.444,24	R\$ 2.238.756,00
DIAGNÓSTICO			
PROCEDIMENTO	PARÂMETRO	VALOR	IMPACTO FINANCEIRO
Consultas especializadas	6000	R\$ 10,00	R\$ 60.000,00
Exames de Ultrassonografia	7680	R\$ 24,38	R\$ 187.238,40
Endoscopias	1920	R\$ 48,16	R\$ 92.467,20
Colono e Retossigmoidoscopias	2880	R\$ 67,90	R\$ 195.552,00
Exames de Anatomia Patológica	2400	R\$ 36,49	R\$ 87.576,00
TOTAL (diagnóstico + tratamento)			R\$ 7.460.432,60

Fonte: Elaboração própria, com base em informações do SIA, do SIH e da Portaria SAS/MS nº 140/14.

Avaliando o apresentado pela Controladoria Geral da União, podemos observar que o montante de aproximadamente R\$ 7,5 milhões corresponde ao valor que o Ministério da Saúde repassa anualmente para cada novo estabelecimento habilitado que contenha equipamento de radioterapia.



Aplicando os cálculos apresentados pela CGU quando da auditoria no SUS, podemos estabelecer o impacto financeiro para o atendimento do quantitativo de unidades necessárias a suprir a demanda, no total de 270 novas habilitações:

ESTIMATIVA DO IMPACTO FINANCEIRO PARA HABILITAR A QUANTIDADE NECESSÁRIA DE ESTABELECIMENTOS EM ONCOLOGIA

PROCEDIMENTO	DEMANDA	IMPACTO FINANCEIRO POR UNIDADE (R\$)	IMPACTO FINANCEIRO TOTAL (R\$)
Radioterapia	234	1.791.380,00	419.182.920,00
Quimioterapia	270	2.807.463,00	758.015.010,00
Cirurgias Oncológicas	270	2.238.756,00	604.464.120,00
Consultas Especializadas	270	60.000,00	16.200.000,00
Exames de Ultrassonografia	270	187.238,40	50.554.368,00
Endoscopias	270	92.467,20	24.966.144,00
Colono e Retossigmoidoscopias	270	195.552,00	52.799.040,00
Exames de Anatomia Patológica	270	87.576,00	23.645.520,00
IMPACTO TOTAL			1.949.827.122,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados apontados pela CGU

Expostas as avaliações, pode-se, de forma pontual, estimar o custo do Ministério da Saúde para habilitar as 270 novas unidades de atendimento ao paciente com câncer, seguidos os parâmetros hoje existentes nos normativos legais.



Não apenas é necessário avaliar a necessidade de ampliação da rede de assistência aos pacientes oncológicos, porém é necessário que se atue na fiscalização da prestação de serviços hoje existentes.

Inúmeros são os apontamentos relativos aos serviços prestados pelas unidades habilitadas, não somente avaliações de execução quantitativa, mas, principalmente, avaliação qualitativa dos serviços executados.

Situações evidenciadas inclusive pela Auditoria da CGU nos apontam que as unidades de assistência de alta complexidade executaram uma quantidade de procedimentos de quimioterapia muito superior ao preconizado pelo Ministério da saúde e contido em seus normativos.

Exemplificando, no ano de 2017, base da Auditoria da CGU se houvesse a execução da oferta preconizada de 5.300/ano de quimioterapias por unidade de atendimento, teríamos aproximadamente 1,6 milhão de procedimentos/ano executado pelas unidades habilitadas.

Outrossim, observou-se que a quantidade de procedimentos de quimioterapia efetivamente realizada pelo SUS naquele ano de 2017 foi superior a 3,3 milhões, mais do que o dobro do preconizado.

A CGU aponta que em alguns hospitais, a média em 2017 foi superior a 9 procedimentos de quimioterapia por paciente tratado. Sendo citado alguns hospitais na referida auditoria que no presente caso é referencial.

Apontamentos como o exemplificado são primordiais para o estabelecimento de regramento que permita que os protocolos clínicos aprovados sejam seguidos.

O INCA relata que o SUS é predominante no tratamento oncológico no país, sendo responsável por 75% dos atendimentos em quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia – incluindo os realizados na rede privada de saúde conveniada.

Extraindo da Portaria 1.399/2019, que redefine os critérios de habilitação das unidades assistenciais aos pacientes com câncer o art. 9º



“Art. 9º Os Hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia há pelo menos um ano devem realizar, no mínimo, anualmente, conforme o tipo de habilitação:

I - em cirurgia, 650 procedimentos de cirurgias de câncer principais, correspondentes ao atendimento de 600 casos de câncer;

II - em oncologia clínica, 5.300 procedimentos de quimioterapia principais, para atendimento de 700 casos de câncer;

III - em radioterapia, 600 procedimentos de radioterapia principais, para atendimento de 600 casos por equipamento de megavoltagem;

IV - em hematologia, 450 procedimentos de quimioterapia curativa, necessários para atendimento de 50 casos de hemopatias malignas agudas, em qualquer faixa etária; se a habilitação for de exclusiva em hematologia, 900 procedimentos de quimioterapia de hemopatias malignas agudas e crônicas para 100 casos anuais em qualquer faixa etária, mantendo-se o mínimo de 50 casos de hemopatias agudas; e

V - em oncologia pediátrica, 270 procedimentos de quimioterapia, para atendimento de 30 casos, incluindo-se os de hemopatias malignas agudas; se a habilitação for de exclusiva em oncologia pediátrica, 720 procedimentos para 80 casos, incluindo-se os de hemopatias malignas agudas”.

Fica cristalino que os quantitativos mínimos exigidos por cada unidade de atendimento oncológico, seja ela um CACON ou UNACON, é insuficiente para o atendimento da demanda existente.

Ao considerarmos o quantitativo de novos casos projetados pelo INCA de 625.370 por ano, e aplicarmos que 75% desse quantitativo minimamente será tratado no SUS temos um número aproximado de 469.027 casos.

Pois bem, ainda que considerássemos que, as hoje 346 unidades, habilitadas pelo Ministério da Saúde para atendimento em oncologia realizassem todos os procedimentos elencados na Portaria chegaríamos aos quantitativos:



TABELA REPRESENTATIVA DA DEMANDA EXISTENTE A PARTIR DO QUANTITATIVO MÍNIMO ESTABELECIDO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS

PROCEDIMENTO	NOVOS CASOS PROPENSOS AO SUS	QUANTITATIVO MÍNIMO (CASOS)	RESULTADO GERADO (APROXIMADAMENTE)
Radioterapia	469.027	600	781
Quimioterapia	469.027	700	670
Cirurgias Oncológicas	469.027	600	781

Fonte: Elaboração própria.

A realidade do Brasil na assistência ao paciente oncológico está muito distante da necessidade perante a demanda existente, não só comprovadamente demonstrado nos relatos anteriores, mesmo que hipoteticamente demonstrado como na tabela ulterior, a necessidade de aumento da infraestrutura é latente.



TERAPIA NUTRICIONAL

Ponto de extrema relevância na jornada de paciente com câncer é a questão nutricional. Regra geral, o paciente com câncer tem a tendência de apresentar estado de subnutrição em razão da própria doença ou como efeitos colaterais do tratamento.

Em casos de câncer de boca, laringe, faringe, sistema digestivo, a dificuldade de se alimentar leva à desnutrição. Requer então o paciente uma alimentação especializada, condizente com seu estado nutricional e com sua capacidade de se alimentar.

O paciente que não tem condições de se alimentar pela via oral passa a exigir uma nutrição enteral, quando o alimento é administrado via sonda, ou parenteral, quando administrado via intravenosa.

Nesse cenário, se apresenta a importância de uma terapia nutricional especializada, que venha suprir as necessidades do organismo e propiciar condições de melhor atender ao tratamento e uma recuperação com maior efetividade.

As normas vigentes para inclusão dessa terapia no tratamento não são abrangentes, não são inclusivas e não permitem essa que essa terapia realmente seja efetivada a favor do paciente. A portaria que regula a matéria não traduz a realidade da necessidade do paciente oncológico que está no hospital e também àquele paciente que está fora da unidade hospitalar e que precisa de uma terapia nutricional especializada.

Atualmente não são todas as unidades hospitalares que estão habilitadas a se ressarcirem pelos custos da terapia nutricional especializada. Apenas as unidades referenciadas podem apresentar o custo para ser ressarcido.

Avalia-se que os CACONS E UNACONS não têm interesse em se transformar numa unidade referenciada em razão da burocracia para atendimento das exigências regulatórias quanto pelas responsabilidades e obrigações operacionais que a unidade assume.



O rol de exigências a serem cumpridas pela unidade hospitalar para se referenciar para utilização de uma terapia nutricional especializada pode inviabilizar o interesse em razão dos custos de estrutura pela necessidade de cumprir as exigências. Em decorrência, apenas 7% das unidades hospitalares do Brasil possuem adequação para receber o reembolso do valor.

Assim, é comum que o paciente internado receba a nutrição especializada independente da questão de ressarcimento ou da certificação da unidade hospitalar. Em geral o hospital arca com o custo do procedimento visando propiciar ao paciente condições de melhoria em seu estado nutricional.

Fato é que o fornecimento de uma terapia nutricional especializada ao paciente oncológico não é procedimento de rotina. Ele é feito a partir do discernimento de cada hospital, em razão da burocracia existente para o credenciamento.

Um dos obstáculos a serem superados é a classificação da terapia nutricional especializada. Essa terapia não é classificada como medicamento porquanto não o é e também não pode ser alimentação. Entretanto, o paciente subnutrido requer uma terapia nutricional que retorne o organismo a uma situação de nutrição ideal.

O Ministério da Saúde organizou e publicou o Manual de Terapia Nutricional na Atenção Especializada Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, 1ª edição em 2016, que é apresentado assim: *“Este manual reúne abordagens instrumentais de orientação nutricional para uso dos profissionais médicos, nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, assistentes sociais, entre outros, que trabalham na equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN).”*

Destaca no manual o diagnóstico que: *“Estudos realizados apontam que parte dos indivíduos não se alimenta corretamente no período de internação hospitalar, levando à desnutrição, ao aumento das complicações e, conseqüentemente, ao aumento dos custos de internação para o SUS.”*

Trechos bibliográficos são citados para ressaltar a importância da nutrição em pacientes internados, destacando-se: *“A desnutrição pode afetar adversamente a evolução clínica de pacientes hospitalizados, aumentando a incidência de*



infecções, doenças associadas e complicações pós-operatórias, prolongando o tempo de permanência e os custos hospitalares (NORMAN et al., 2008).

A identificação da desnutrição constitui importante objetivo de atenção ao tratamento global do paciente internado. Um diagnóstico adequado é essencial para que a terapia nutricional individualizada seja iniciada o mais brevemente possível (BEGHETTO et al., 2008).

Estudo multicêntrico, transversal, foi realizado em hospitais em diferentes regiões geográficas do Brasil (2009 a 2011). Conforme a Avaliação Global Subjetiva (AGS), a prevalência de úlcera por pressão (UP) foi de 16,9%, sendo que 52,4% dos pacientes avaliados estavam desnutridos. De acordo com esse estudo, a desnutrição é um dos fatores de risco mais importantes, associados com o desenvolvimento e a gravidade de UP em hospitais. O estudo revela, ainda, que os pacientes que estão desnutridos são mais propensos a desenvolver UP (BRITO; GENEROSO; CORREIA, 2013).

Critérios para detectar o risco nutricional na admissão e durante a permanência no hospital são necessários e devem ser implementados nos procedimentos de rotina hospitalar, uma vez que a depleção nutricional pode ocorrer durante a internação. Por meio do estudo Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (Ibranutri), foi possível detectar a progressão da desnutrição durante a internação hospitalar. De acordo com esse estudo, a desnutrição chegou a atingir 61,0% dos pacientes quando se prolongou por mais de 15 dias, sendo que na admissão acometia 31,8% destes indivíduos (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001).

A desnutrição em indivíduos internados é resultado de uma série de fatores, podendo estar associada à doença e/ou ao tratamento. O consumo alimentar inadequado é uma das principais causas e está relacionado com várias situações clínicas que podem causar perda de apetite ou dificultar a ingestão de alimentos, além de procedimentos de investigação e tratamento que demandam a necessidade de jejum e/ou alterações na composição da dieta. Detecção e intervenção inadequadas também podem resultar no agravamento do estado nutricional durante a internação (AQUINO; PHILIPPI, 2012)."



O conteúdo que do manual é realmente um procedimento operacional onde são detalhados os passos a serem seguidos nas diversas situações em que se necessite apurar o grau de desnutrição do indivíduo, incluindo os casos de pacientes internados.

Ora, o manual é edição de 2016 e, atualmente, seis anos passados, ainda se observa consequências da desnutrição principalmente em pacientes oncológicos onde a situação tende a se agravar em consequência da evolução e dos efeitos da doença.

E mais, ainda se verifica problemas até de ressarcimento de uma terapia nutricional especializada, algo já disponível e que poderia trazer sensíveis melhoras na evolução do tratamento do paciente.

Razões financeiras não seria, a priori, o mote principal para que não se verifique uma maior evolução na aplicação dessa terapia. Pesquisas de mercado indicam que uma terapia nutricional especializada para um paciente internado estaria com custo inferior a vinte reais.

Estudos existem que avaliam economicamente os desfechos nutricionais ao se ter um paciente menos tempo hospitalizado. Uma hospitalização normal no SUS estaria em torno R\$780,00 ao dia. Se esse paciente fica um dia a mais internado pelo fato de se encontrar com desnutrição, acaba custando, onerando muito mais o sistema do que se tivesse sido fornecida uma dieta nutricional enteral.

No caso de pacientes oncológicos, a situação que se verifica é mais grave. Estudos em pacientes internados no sistema único de saúde indicam que 45% dos pacientes internados estão desnutridos. Quando se foca no segmento de pacientes oncológicos, esse índice sobe a 75%.

Invariavelmente essa desnutrição influi diretamente no tratamento. Um paciente em bom estado nutricional reage melhor a qualquer tipo de tratamento, sobretudo uma quimioterapia que por si só já é debilitante e com severos eventos adversos.



Não há razão plausível de se ter processo com muita burocracia para o fornecimento de uma terapia nutricional seja ela oral, enteral ou parenteral, é algo que é necessário para o paciente e para o sucesso do tratamento.

A terapia nutricional oral é fornecida quando há risco nutricional, quando o paciente está em risco de desnutrição ou desnutrido o que pode ser prescrito para o paciente em internação hospitalar ou mesmo após a alta médica, na fase de reabilitação.

Também prescrita a terapia nutricional oral ao paciente como forma de prevenção da desnutrição em paciente oncológico já com diagnóstico positivo. A prevenção da desnutrição seria a preparação já para o tratamento

Em síntese, a alimentação nutricional especializada é de extrema relevância para os pacientes com câncer e, portanto, deve ser objeto de aprofundamento na análise das alterações que serão necessárias na legislação vigente, visando incorporar essa nutrição na jornada do paciente. É preciso que se promova a regulamentação nacional efetiva, eficiente desse componente nutricional e que não fique o paciente submetido a decisões esparsas.

Atualmente a nutrição especializada não está prevista, está ausente na regulamentação dos procedimentos a que se submete o paciente. O manual oncológico do país, que foi atualizado em junho de 2022, não tem uma linha que fale sobre alimentação, em qualquer sentido, seja alimentação em sua forma regular, conforme consta do dicionário especializado, ou seja, qualquer sentido de alimentação para o paciente oncológico.

É importante considerar a linha de cuidado inteira do paciente, compreendendo desde a prevenção até a reabilitação e depois o acompanhamento ambulatorial, até ele ser considerado curado.

Muitas vezes, quando se fala de acesso à terapia nutricional, automaticamente as pessoas pensam no paciente internado ali no momento da cirurgia, quando geralmente ele recebe nutrição parenteral, enteral. Não se pode avaliar assim, olhando apenas a internação hospitalar.

Até porque, mesmo que se olhe apenas para os casos de internação hospitalar, existe já aí um problema. Reitere-se que apenas 7% dos hospitais



conseguem reembolsar pelo SUS a despesa com nutrição especializada. Isso considerando apenas nutrição enteral e parenteral, sem entrar na questão da suplementação oral.

As indústrias já buscaram a regulamentação do processo de incorporação dessa nutrição, sem sucesso. Processos já foram submetidos à CONITEC, com resposta negativa. A Braskem, que é a sociedade Brasileira de nutrição parenteral e enteral, esteve no Ministério da saúde pedindo especificamente que eles reconsiderassem a decisão ou que se fizesse outro tipo de protocolo, de diretriz, o que até o momento não logrou resultado positivo.

É importante avaliar a legislação aplicável vigente e regulamentar a nutrição especializada. Atualmente ela não se classifica como medicamento, então não pode ser objeto de incorporação ou mesmo num modelo específico de financiamento, como resultante desse vazio, a nutrição especializada acaba não sendo integrada porque não é medicamento e também não é alimento puro.

A terapia nutricional especializada é resultado de muitas pesquisas, estudos, tem uma base científica que lhe dá sustentação. O benefício que tem aquele paciente que recebe uma nutrição especializada já é provado que vai contribuir para o tratamento como um todo, não apenas do ponto de vista preventivo, mas muito também durante o tratamento é muito comum pacientes oncológicos terem que parar o seu tratamento quimioterápico ou a radioterapia porque estão tão enfraquecidos nutricionalmente que eles não suportam os efeitos colaterais e tudo mais que relacionado a essa terapia tão importante para o paciente que se estivesse bem nutrido iria suportar e iria conseguir passar de uma forma mais fácil por essa fase do tratamento.

Muitas vezes a prevenção da doença em si é muito difícil, mas se consegue a prevenção da desnutrição desse paciente desde o momento em que ele foi diagnosticado que ele ainda está passando por diversos exames que direcionarão fazer qual vai ser a melhor estratégia terapêutica a ser adotada, quimioterapia, radioterapia, cirurgia. Havendo a prevenção da subnutrição já se garante um bom estado nutricional desse paciente e o prepara exatamente



para ser submetido ao que vai estar definido como melhor protocolo para o câncer que ele tem.

O câncer por si só é uma doença devastadora no sentido de consumir muita massa muscular, muita energia do paciente. Ele perde toda a reserva que o seu organismo tinha até então para enfrentar qualquer doença, só que nesse caso é uma doença muito agressiva, motivo pelo qual a se torna relevante trabalhar na prevenção nutricional porque o tratamento com certeza vai debilitá-lo.

Na Inglaterra, onde o modelo de saúde pública é bem parecido com o SUS brasileiro, já se internalizou o entendimento de que o paciente desnutrido é 3 vezes mais caro do que um paciente bem nutrido.

A questão normativa das legislações que envolvem a terapia nutricional necessita de uma revisão, um maior esforço que simplifique a questão e que evidencie, que traga uma terminologia, que traga uma nomenclatura, que realmente seja eficiente para o setor, que não fiquem conflitando as posições do Ministério da Saúde, da Anvisa e da CONITEC.

Essa revisão normativa deve dar enfoque especial ao paciente não hospitalizado. Enquanto no hospital o paciente ainda tem a atenção do corpo de profissionais que o atende. Quando recebe alta ele passa a ser desassistido, sob a ótica da nutrição especializada. Então esse paciente precisa ser objeto de capítulo específico estabelecendo seus procedimentos com vistas a continuar sendo assistido e manter a sua saúde nutricional positiva.



APLICABILIDADE DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – PCDT

O Ministério da Saúde ensina que Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem critérios para:

- i. O diagnóstico da doença ou do agravo à saúde;
- ii. O tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber;
- iii. As posologias recomendadas;
- iv. Os mecanismos de controle clínico; e.
- v. O acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Os PCDTs devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

O estabelecimento de PCDTs que sabidamente sejam eficazes e efetivos, cientificamente comprovados e incorporados no SUS em avaliações técnicas produzidas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC) trazem na sua literalidade a as intervenções aplicadas à prevenção, detecção, redução de risco, tratamento ativo ou ainda o tratamento paliativo a ser aplicado à necessidade do paciente e à neoplasia tratada.

O Ministério da Saúde na Publicação “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia, 2014” traz que “os textos dos protocolos e diretrizes são criados por especialistas nas áreas específicas da oncologia, com a assessoria direta de internistas com experiência em Medicina Baseada em Evidências, cirurgiões, radioterapeutas, oncologistas clínicos e uma equipe de farmacêuticos, todos externos ao Ministério da Saúde”.

A citada publicação que é composta de textos de **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia e de Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia**.

A saber: opta-se por Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), quando há possibilidade de se estabelecer critérios, parâmetros e padrões. Na



impossibilidade, pela multiplicidade de opções, adotam-se Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) para orientar o que é válido e não válido técnico-cientificamente e, com isso, orientar condutas e protocolos institucionais. Em ambos os casos, com base em evidências que garantam a segurança, a efetividade e a reprodutibilidade do que se protocola ou orienta, é o entendimento que o Ministério da Saúde aplica.

Importante destaque se faz na avaliação da resposta terapêutica contida nos PCDTs e DDTs, que o texto traz de forma precisa quando e como monitorar a resposta terapêutica durante o tratamento (marcadores de eficácia e exames de imagem).

Estão estabelecidos atualmente os seguintes PCDTs:

PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

- i. Carcinoma diferenciado da tireoide
- ii. Leucemia mieloide crônica do adulto
- iii. Leucemia mieloide crônica de criança e adolescente
- iv. Linfoma difuso de grandes células B no adulto
- v. Linfoma de Hodgkin no adulto
- vi. Linfoma folicular
- vii. Neoplasia maligna epitelial de ovário
- viii. Tratamento da leucemia mieloide crônica de criança e adolescente com mesilato de imatinibe
- ix. Tumor do estroma gastrointestinal (GIST)

DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS

- i. Adenocarcinoma de estômago
- ii. Adenocarcinoma de Próstata
- iii. Câncer cerebral no adulto
- iv. Câncer de cabeça e pescoço
- v. Câncer de cólon e reto
- vi. Carcinoma hepatocelular no adulto
- vii. Carcinoma colorretal



- viii. Carcinoma de fígado no adulto
- ix. Carcinoma de pulmão
- x. Carcinoma de células renais
- xi. Carcinoma de esôfago
- xii. Carcinoma de Mama
- xiii. Leucemia mieloide aguda de crianças e adolescentes
- xiv. Leucemia mieloide aguda do adulto
- xv. Melanoma maligno cutâneo
- xvi. Mieloma múltiplo
- xvii. Neoplasia maligna epitelial de ovário
- xviii. Tratamento da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo de criança e adolescente com mesilato de imatinibe
- xix. Tratamento da leucemia linfoblástica Ph+ de adulto com mesilato de imatinibe.
- xx. Tumor cerebral no adulto

Neste ano de 2022 a CONITEC apresenta os seguintes processos de PCTDs e DDTs em atualização ou elaboração:

DDT – DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS

- i. Adenocarcinoma de Próstata - Em atualização
- ii. Câncer de Cólon e Reto - Em atualização
- iii. Câncer de Cabeça e Pescoço - Em atualização
- iv. Câncer de Pulmão - Em atualização
- v. Carcinoma de Mama – Conitec
- vi. Linfoma Folicular – Em atualização
- vii. Mieloma Múltiplo – Encaminhado para publicação

PCDT – PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS TERAPÊUTICAS

- i. Carcinoma Diferenciado de Tireóide - Em atualização



Pode-se observar que o número de Protocolos Clínicos é inferior ao número de Diretrizes Diagnósticas Terapêuticas, fato de grande impacto no dia a dia do paciente oncológico em fase de assistência no Sistema Único de Saúde, pois, objetivamente, os PCDTs são obrigatórios em sua aplicabilidade por parte das unidades habilitadas para prestação dos serviços de tratamento, ao contrário das DDTs que são apenas diretrizes, ficando ao critério do profissional a sua aplicabilidade.

Um ponto focal é o período de atualização dos PCDTs e DDTs quando da incorporação de novas tecnologias no SUS alinhadas à especificidade da neoplasia já estabelecida em protocolo ou diretriz que é superior ao prazo recomendável de até 2 anos pelo normativo vigente.

Aduzem os preceitos estabelecidos sejam pelos PCDTs, sejam ainda pelas DDTs, que há claros parâmetros passíveis de aplicação para a realização do monitoramento dos protocolos e diretrizes estabelecidas.

Não há por parte do Ministério da Saúde, nem por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde avaliações quantitativas capazes de demonstrar que as unidades habilitadas para a realização dos atendimentos dos pacientes oncológicos no SUS aplicam os PCDTs e DDTs estabelecidos, ainda que os DDTs sejam apenas diretrizes e não normas estabelecidas para aplicação compulsória.

Muito menos, há avaliações qualitativas necessárias a avaliar a eficiência, eficácia da aplicação dos protocolos e diretrizes, avaliações de resultados que seriam primordiais, sejam para avaliar as tecnologias incorporadas no SUS, sejam para a avaliação de possível necessidade de alteração das políticas públicas inerentes à oncologia no país.



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL – APAC

A Autorização de Procedimento Ambulatorial – APAC é um instrumento que tem entre suas funções a de autorizar o registro e o faturamento de procedimentos ambulatoriais que necessitam de autorização prévia, identificar o paciente e possibilitar rastrear o tratamento.

Pelo descritivo texto do que é uma APAC, podemos considerar que, a partir de suas informações gerenciais é possível monitorar, controlar e avaliar a assistência à saúde prestada ao paciente durante o processo de seu tratamento.

A oncologia é um dos procedimentos que obrigatoriamente necessitam do uso da APAC como forma de organização do processo.



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	INFORMAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE PARECER 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
3 - NOME DO PACIENTE		4 - N° DO PRONTUÁRIO
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO: ☐ Mado ☐ Fem.
8 - NOME DA MÃE	9 - RAÇA/COR	
10 - NOME DO RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)	13 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF
17 - CEP		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	20 - QTD
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)		
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTD
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTD
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTD
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTD
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTD
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)		
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		37 - CID-10 PRINCIPAL
		38 - CID-10 SECUNDÁRIO
		39 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES		
SOLICITAÇÃO		
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF		44 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
		52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
		53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)		
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		55 - CNES

Apresentação: 12/12/2022 08:31:24.960 - CECANCER
 CVO 1 CECANCER => REL 1/2022 CECANCER

CVO n.1



1 - ONCOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO

56 - Localização do tumor primário		57 - CID-10 Topografia
58 - Linfáticos Regionais	59 - Localização de Metástase(s)	
60 - Estado (UICC)	61 - Estado (outro sistema)	62 - Grau Histopatológico
63 - Diagnóstico Citohistopatológico	64 - Data	

1.1 - QUIMIOTERAPIA

65 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)

☐ SIM ☐ NÃO

Tratamento Anterior(ES)	66 - Descrição	67 - Data de Início
1º		
2º		
3º		

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

68 - Continuidade de Tratamento: ☐ NÃO ☐ SIM
69 - Data de Início do Tratamento Solicitado: / /
70 - ESQUEMA (Sigla ou abreviação):
71 - Nº Total de Meses Planejados:
72 - Nº de Meses Autorizados:

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS ADMINISTRADOS

Campo	73 - Código	74 - Descrição
1º		
2º		
3º		
4º		
5º		
6º		
7º		
8º		
9º		
10º		

*Campo nº 1 de preenchimento obrigatório. PCódigo e descrição dos medicamentos antineoplásicos disponível online para consulta

1.2 - RADIOTERAPIA

75 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)

☐ NÃO ☐ SIM

Tratamento(s) Anterior(ES)	76 - Descrição	77 - Data de Início
1º		
2º		
3º		

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

78 - Continuidade de Tratamento: ☐ NÃO ☐ SIM
79 - Data de Início do Tratamento Solicitado: / /
80 - Finalidade:
☐ RADICAL ☐ ADJUVANTE ☐ ANTÁLGICA
☐ PALIATIVO ☐ PREVENIR ☐ ANTIHEMORRÁGICA

81 - CID Topografia	82 - Descrição	83 - Área Irradiada	84 - Nº Frações	85 - Data de Início	86 - Data Término
	1				
	2				
	3				

Apenas como forma de exemplificar os formulários acima, como pode ser visto, em pleno ano de 2022 e contido no Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SAI/SUS, Agosto/2022 – 30ª Edição, traz de forma didática a forma de preenchimento dos respectivos formulários a serem preenchidos à mão.

Indiscutível a ineficácia de um formulário de APAC, ainda que necessário for preenchido à mão, para posterior avaliação do agente autorizador para que os procedimentos ali registrados possam ser assistidos ao paciente.

Importante alteração ocorreu neste ano de 2022, precisamente no dia 04 de janeiro, foi publicada a Portaria SAS nº 2 de 03/01/2022 que “Inclui o campo “Medicamentos Antineoplásicos Informados” na tela de dados complementares de quimioterapia da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), para seleção dos medicamentos antineoplásicos utilizados no tratamento de pacientes com câncer”, forma necessária de permitir um mínimo de controle na dispensação de medicamentos a favor do paciente. Sendo a inclusão obrigatória.

Relevante destaque e após os registros manuais das informações a APAC pelo autorizador é registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais.

Importante instrumento necessário para a organização de gestão, monitoramento, controle e avaliação, a APAC deve ser desde o primeiro momento eletrônica, com a identificação do paciente, os procedimentos a ele dispensados assim como os medicamentos e toda e qualquer informação relativa ao paciente que permita identificação e registros, não somente para autorização e faturamento, mas para acompanhamento dos procedimentos ali elencados, necessários a avaliar qualidade dos serviços e ainda possibilitar a utilização de mecanismos capazes de contribuir com a criação e organização de políticas públicas voltadas ao paciente com câncer.



QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia, por sua definição, é o tratamento de neoplasias por meio do uso de substâncias químicas – medicamentos - sendo um tratamento sistêmico que é administrado continuamente ou a intervalos regulares que são variáveis conforme estabelecido pelo especialista.

A contribuir e trazendo para o mais atualizado possível as informações, os quimioterápicos são classificados como:

- I. Agentes alquilantes: bendamustina, bussulfano, altretamina, thiotepa, mecloretamina, melfalano – L-mostarda fenilalanina, clorambucila, ciclofosfamida, ifosfamida, carmustina, estreptozotocina; dacarbazina-DTIC, temozolamida e alquilantes conjugados com hormônios esteroides (prednimustina, estramustina).
- II. Agentes antimitóticos (inibidores dos microtúbulos): paclitaxel, docetaxel, cabazitaxel, tesetaxel, vincristina, vimblastina, vinorelbina, vinflunina, estramustina.
- III. Agentes hormonais (hormonioterápicos): tamoxifeno, endoxifeno, toremifeno, raloxifeno, fulvestrant, letrozol, anastrozol, exemestano, flutamida, bicalutamida, nilutamida, abiraterona, enzalutamida, fluoximesterona, dietilestilbestrol, medroxiprogesterona, octeotrida, goserrelina, leuprorrelina, triptorelina, degarelix.
- IV. Agentes imunoterápicos (imunoterápicos): citocinas (interferonas, interleucinas) e anticorpos monoclonais.
- V. Análogos de platina: cisplatina, carboplatina, oxaliplatina, nedaplatina, lobaplatina.
- VI. Anticorpos monoclonais (bioterápicos): atezolizumabe, alemtuzumabe, avelumabe, bevacizumabe, blinatumomabe, brentuximabe vedotina, cemiplimabe, cetuximabe, daratumumabe, denosumabe, dinutuximabe, durvalumabe, elotuzumabe, enfortumabe vedotin, enotuzumabe, ozogamicina, gemtuzumabe, ibritumomabe tiuxetan, inotuzumabe, ipilimumabe, isatuximabe, mogamulizumabe, moxetumomab pasudotox,



necitumumabe, nivolumabe, obinutuzumabe, ofatumumabe, olaratumabe, panitumumabe, pembrolizumabe, pertuzumabe, polatuzumabe, ramucirumabe, rituximabe, trastuzumabe.

- VII. Antimetabólitos: aminopterina, metotrexato, pemetrexede, 5-fluorouracila, capecitabina, trifluridina/tipiracil, citarabina, gemcitabina, 6-mercaptopurina, 6- tioguanina, fludarabina, cladribina, clofarabina.
- VIII. Inibidores da topoisomerase I (camptotecinas): irinotecano, topotecano.
- IX. Inibidores da topoisomerase II: doxorubicina (adriamicina), daunorrubicina, epirubicina, idarrubicina, mitoxantrona, etoposido, teniposido.
- X. Inibidores de quinase: imatinibe, dasatinibe, nilotinibe, pozatinibe, ozimertinibe, lapatinibe, neratinibe, gefitinibe, erlotinibe, crizotinibe, ceritinibe, alectinibe, brigatinibe, vandetanibe, cabozantinibe, sorafenibe, vemurafenibe, copanlisibe, buparlisibe, idelalisibe, pazopanibe, axitinibe, lenvatinibe, abemaciclibe, ribociclibe, palbociclibe, ribociclibe, abemaciclibe, ibrutinibe, larotrecnibe, alpelisibe.
- XI. Inibidores da histonodesacetilase e agentes desmetilantes: vorinostate, belinostate, romidepsina, panobinostate, givinostate.
- XII. Inibidores da protease: bortezomibe, ixazomibe, carfilzomibe, oprozomibe, marizomibe.
- XIII. Inibidores da polimerase: olaparibe, rucaparibe, niraparibe.
- XIV. Quimioterápicos miscelâneos: homoharringtonina (HTT), omacetaxina, Lasparaginase, bleomicina, procarbazona, dactinomicina, mitomicina, vismodegibe, sirolimo, tensirolimo, everolimo, talidomida, lenalidomida, polamidomida, nelfinavir, propranolol, metformina.

A responsabilidade da aplicação e uso da medicação estabelecida para o paciente é integralmente do médico prescritor, não sendo passível do agente autorizador a modificação, aprovação ou desaprovação da forma de tratamento definida para o paciente.

Importante destacar que, a partir de janeiro do presente ano, como já relatado, passou a constar da APAC a nomenclatura do medicamento ministrado, além de sua administração.



Não obstante a isso, a autorização e o ressarcimento pelo SUS têm suas especificidades.

Na quimioterapia, o tratamento é feito por ciclos ou de forma contínua, porém a forma de ressarcimento do SUS do gasto do medicamento considerada é o valor aplicado por esquema terapêutico, calculado sobre o valor médio mensal.

Em resumo o valor total gasto com o tratamento do paciente é ressarcido com base no número de meses do esquema terapêutico estabelecido, o que é pago mensalmente. Tal definição independe do número de ciclos ou que intervalo for administrada a medicação em favor do paciente oncológico.

Já anteriormente relatado neste CAPÍTULO – O TRATAMENTO há por parte dos CACONS e UNACOS uma maior aplicação do uso da quimioterapia como forma de combate à neoplasia, chegando a ser mais do que o dobro do estipulado minimamente a ser empregado pela unidade assistencial habilitada.

Questões relevantes como a incorporação de tecnologias em saúde, em especial, aqui tratado, os medicamentos quimioterápicos, serão abordadas em itens posteriores.



RADIOTERAPIA

O Instituto Nacional do Câncer⁷⁹ define por radioterapia o tratamento no qual se utilizam radiações ionizantes (raios-x, por exemplo), que são um tipo de energia para destruir as células do tumor ou impedir que elas se multipliquem. Essas radiações não são vistas durante a aplicação e o paciente não sente nada durante a aplicação.

A maioria dos pacientes com câncer é tratada com radiações e o resultado costuma ser muito positivo. O tumor pode desaparecer e a doença ficar controlada, ou, até mesmo, curada.

Quando não é possível obter a cura, a radioterapia pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Isso porque as aplicações diminuem o tamanho do tumor, o que alivia a pressão, reduz hemorragias, dores e outros sintomas, proporcionando alívio aos pacientes.

Em alguns casos, a radioterapia pode ser usada em conjunto com a quimioterapia, que utiliza medicamentos específicos contra o câncer. Isso vai depender do tipo de tumor e da escolha do tratamento ideal para superar a doença.

Durante o tratamento oncológico podem surgir efeitos colaterais. Por isso, uma vez por semana o paciente terá uma consulta de revisão com seu (sua) médico(a) e também uma consulta de enfermagem.

⁷⁹ Em <https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia>, extraído em 15/09/2022.





Acelerador Linear – Crédito Imagem sem registro.

A radioterapia é o método e tratamento local ou loco-regional do câncer, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas, é o que descreve o Manual da Oncologia, pag. 133.

Também contida na APAC, a radioterapia possui uma especificidade que é o uso ainda que não recomendável de equipamentos que utilizam bombas de cobalto.

Um grave erro, ainda cometido, pois há um grande avanço na utilização de equipamentos, aqui destacado – o acelerador linear – o procedimento adotado ainda pelo Ministério da Saúde é o pagamento por procedimento não importando as especificidades do equipamento.

Tal ação gera um prejuízo considerável, não somente orçamentário, pois paga-se por procedimentos em valores similares a prestação de um serviço oriundo de procedimento que se utiliza equipamentos altamente avançados e equipamentos obsoletos, nocivos que devem ser proibidos seu uso no país – chamadas máquinas de cobalto.

A radioterapia deve compor o esquema, o planejamento terapêutico estabelecido pelo médico especialista, com a devida clareza quanto a sua aplicabilidade.



Assim como a quimioterapia a radioterapia deve ser observada e registrada para avaliação dos resultados obtidos e esperados de cada paciente, e tais avaliações são primordiais para as definições de políticas públicas eficientes em favor do paciente com câncer.



CIRURGIA

Indicada como um tipo de tratamento de câncer, a cirurgia é o procedimento no qual se visa a retirada total do tumor maligno.

Relevante destaque se faz necessário ao estabelecimento da cirurgia como um campo terapêutico para o tratamento do câncer, que é o objetivo da realização da cirurgia de trazer a cura para o paciente.

Remonta-se a importância do diagnóstico precoce, pois impacta diretamente no sucesso de cura e sobrevida do paciente, fato que aplicável ao resultado altamente positivo quando um câncer diagnosticado previamente e realizado o correto procedimento cirúrgico, as chances de cura são elevadas.

Os efeitos colaterais em desfavor do paciente são minimizados e o sofrimento consequentemente reduzido.

Alguns tipos de cânceres, até mesmo pelo grau do seu estadiamento, só é descoberto sua extensão ou atingimento no momento da realização do procedimento cirúrgico.



PROPOSTAS TRATAMENTO:

Ampliação das unidades de atendimento ao paciente com câncer (CACONS E UNACONS);

1. Regionalização para atendimento aos pacientes;
2. Implantação de sistemas de controle;
3. Implantação de efetivo monitoramento e avaliação dos resultados/paciente;
4. Integração dos CACONS E UNACONS com as unidades de diagnóstico;
5. Modernização de procedimentos e atualização dos valores da tabela SIGTAP;
6. Deixar efetivo e transparente o processo de regulação no país, executado hoje por Estados e Municípios;
7. Garantia de assistência multidisciplinar ao paciente em todas as fases do tratamento;
8. Estabelecimento de regramento claro e objetivo, principalmente exequível dentro da nova Política para o Câncer no Brasil;
9. Implementação de novos procedimentos de pagamento no processo de tratamento de câncer garantindo efetividade e transparência na aplicação dos recursos públicos;
10. Controle na distribuição, estoque e dispensação de medicamentos;
11. Garantia de fornecimento de Terapia Nutricional Especializada ao paciente oncológico;
12. Implantação de novos meios de pagamento para a Terapia Nutricional Especializada.
13. Integração com o PNI para garantir a imunização para os pacientes em fase de tratamento.
14. Implantação da APAC eletrônica.



A REABILITAÇÃO

Não prevista na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no Brasil e advindo de uma necessidade cada vez mais aumentada, o processo de reabilitação, seja ela física, neurológica, visual, intelectual ou auditiva, oriunda de procedimentos de tratamentos de câncer é uma realidade.

Há alguns anos, com o aumento das oportunidades de resultado de cura e sobrevida para os pacientes com câncer, considerando o resultado de sequelas obtidas a partir de processos incisivos e traumáticos, os processos de reabilitação se tornam necessários para garantir melhor qualidade de vida ao paciente oncológico.

O paciente com câncer, durante e pós o tratamento têm experimentado resultados negativos em sua vida no dia-a-dia em consequência de efeitos adversos ou ainda originadas sequelas do tratamento, seja ele, cirúrgico, quimioterápico ou ainda radioterápico, ou por razões outras.

Abordagens para a reabilitação do paciente oncológico que levem em consideração tanto os aspectos psicossociais quanto os aspectos físicos são importantes, baseadas na 'compreensão adequada das fortes conexões entre os aspectos físicos, psicológicos e sociais dos pacientes ⁽⁸⁰⁾'. Assim, o envolvimento de representantes de diversas profissões, incluindo psicólogos, psicólogos clínicos e enfermeiros, e não apenas especialistas em reabilitação como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais ou fonoaudiólogos é importante para a reabilitação de pacientes com câncer; assim, é necessário um cuidado de equipe multidisciplinar⁸¹.

⁸⁰ Ronson UMA, corpo J. Reabilitação psicossocial de paciente oncológicos após terapia curativa, Apoie o cuidado do câncer, 2002, vol. 10 (pág. 281-91).

⁸¹ Okamura H. Importance of Rehabilitation in Cancer Treatment and Palliative Medicine. Disponível em: <https://academic.oup.com/ijco/article/41/6/733/837105>. Acesso em: novembro/2019.



A reabilitação da pessoa com câncer foi classificada por Dietz⁸², de acordo com as necessidades físicas e individuais de cada paciente em quatro categorias:

REABILITAÇÃO PREVENTIVA

- Começa logo após o diagnóstico do câncer. Realizada antes ou imediatamente após a cirurgia, radioterapia ou quimioterapia. Nenhuma deficiência de função presente ainda. Prevenir deficiências é o objetivo das medidas de reabilitação

REABILITAÇÃO RESTAURADORA

- Objetivos para a recuperação máxima da função em pacientes com função e capacidade remanescentes Tentativas de alcançar a recuperação funcional máxima em pacientes com comprometimento da função e habilidades diminuídas

REABILITAÇÃO DE SUPORTE

- Aumenta a capacidade de autocuidado e a mobilidade usando métodos eficazes (por exemplo, orientação em relação a dispositivos de autoajuda, autocuidado e maneiras mais hábeis de fazer as coisas) para pacientes cujo câncer está crescendo e cujas deficiências funcionais e habilidades em declínio têm progredido. Também inclui prevenir o desuso, como contraturas, atrofia muscular, perda de força muscular e decúbito

REABILITAÇÃO PALIATIVA

- Possibilita aos pacientes em fase terminal uma alta QV física, psicológica e social, respeitando seus desejos. Projetado para aliviar sintomas como dor, dispnéia e edema e prevenir contraturas e decúbito usando calor, terapia de baixa frequência, posicionamento, assistência respiratória, relaxamento ou uso de dispositivos auxiliares

⁸² Diez JHjr. Reabilitação de pacientes com câncer, *Med Clin North Am*, 1996, vol. 53 (pág. 607-24)



Com ações que primaram pela elaboração e execução de Projetos de Inovação e Expansão em Reabilitação, Dr. Daniel Grossi Marconi, PhD em Oncologia e Diretor de Reabilitação do Hospital de Amor, Fundação Pio XII, tem atuado no Brasil com processos inovadores visando a reabilitação da pessoa com câncer.

Com unidades de atendimento em funcionamento em Barretos, estado de São Paulo, Araguaína, estado de Tocantins e em fase de inauguração, Porto Velho, estado de Rondônia, o atendimento na reabilitação ao paciente com câncer, realizado pelo Hospital de Amor, tem garantido resultados altamente positivos.

Visitas técnicas foram realizadas no Hospital de Amor em Barretos, estado de São Paulo, inclusive com a participação da indústria, onde pode ser verificado, in loco, o processo de organização, controle e prestação de assistência em reabilitação ao paciente em todas as fases acima classificadas.

Observou ainda o efetivo funcionamento de oficinas de órteses, próteses e meios necessários de locomoção, bem como de materiais e equipamentos necessários à melhoria da qualidade de vida do paciente.

Oportuno se faz, trazer a experiência do paciente, como pacientes que perderam a visão em razão da neoplasia ou ainda em razão do tratamento realizado, onde foi montado na unidade uma área referencial para reaprendizado. Uma casa na qual paciente poderá reaprender a utilizar os meios necessários para garantir sua inclusão no meio a partir de novas experiências e aprendizados.

Não diferente o processo de reabilitação para as pessoas que perderam mobilidade de membros superiores e inferiores, que através de alta tecnologia robótica, podem realizar movimentos perfeitos, mesmo que involuntários em um primeiro momento, mas garantindo a informação do membro para o cérebro do perfeito movimento que o membro precisa realizar.

Uma inovação, que, com aparelhos, alguns ainda não existentes em qualquer outra unidade de atendimento e que traz a oportunidade para o paciente com câncer realizar um processo de reabilitação na melhor tecnologia possível, alinhada à profissionais altamente capacitados e com destaque para o atendimento humanizado realizado.



Dr. Daniel Grossi Marconi, complementa que cuidado em reabilitação oncológica se faz necessário em todas as esferas: prevenção, tratamento, reabilitação e suporte, sendo uma necessidade também respaldada pela Portaria n. 741, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) de 19 de dezembro de 2005⁸³. Ela versa sobre a assistência oncológica no Sistema Único de Saúde (SUS), devendo incluir, além da estrutura diagnóstica e terapêutica, a reabilitação e os cuidados paliativos.

Com o crescente arsenal terapêutico e a maior sobrevida dos pacientes com câncer, a reabilitação vem ganhando cada vez mais importância na área da oncologia.^{84 8586}

A reabilitação, como o nome sugere, envolve um trabalho voltado à recuperação, na possibilidade do indivíduo, mas não somente: envolve a adaptação, o suporte, o ensino e a prevenção. Ações que demandam as abordagens inter e transdisciplinares.

Tradicionalmente, em reabilitação oncológica, fala-se de quatro pilares: medidas preventivas, terapêuticas, suportivas/adaptativas e paliativas, como definiu Dietz na década de 1970, quando a reabilitação nos Estados Unidos ganhou força, pelo *National Cancer Act*⁸⁷.

Constituem algumas das questões frequentes a serem abordadas pela reabilitação:

- Ocorrência de dor incapacitante.
- Limitação de movimento oriunda de intervenções cirúrgicas e/ou radioterapia.

⁸³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 741, de 19.12.2005 Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_741.pdf.

⁸⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

⁸⁵ Stubblefield MD, Hubbard G, Cheville A, Koch U, Schmitz KH, Dalton so. Current perspectives and emerging issues on cancer rehabilitation. *Cancer*. 2013;119(11 Suppl.):2170-8.

⁸⁶ Alfano CM, Ganz PA, Rowland JH, Hahn EE. Cancer survivorship and cancer rehabilitation: revitalizing the link. *J Clin Oncol*. 2012;30 (9):904-6.

⁸⁷ DeLisa JA. A history of cancer rehabilitation. *Cancer*. 2001;92:970-4.



- Perda de força e sensibilidade associada ao uso de esteroides e/ou quimioterápicos.
- Redução da capacidade física e fadiga relacionada ao câncer.
- Ocorrência de linfedema, por comprometimento ou necessidade de ressecção de gânglios, em membro superior, inferior ou face.
- Distúrbios da comunicação e da deglutição associados aos tumores de cabeça e pescoço e/ou lesões encefálicas ou pela necessidade de intubação orotraqueal mais prolongada.
- Amputação de membros para controle tumoral.
- Paralisias por envolvimento do sistema nervoso central e/ou periférico pelo tumor ou pelas intervenções necessárias.
- Disfunções da bexiga e/ou de esfíncter vesicoureteral, pós-operatórias ou por comprometimento do sistema nervoso.
- Perdas cognitivas relacionadas ao comprometimento encefálico, seja pela doença ou pelo efeito de intervenções.
- Demanda de suporte psicoafetivo.

O Serviço de Reabilitação em sua plenitude é composto por médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, educadores físicos e enfermeiros, além do apoio de nutricionistas e assistentes sociais.

A realidade do tratamento do paciente oncológico é, predominantemente, ambulatorial, mas, em alguns momentos, pode ser necessária a internação por alguma intercorrência clínica ou necessidade de cirurgia, e a reabilitação deve ser incluída no cuidado, sempre que necessário.

Atendimento para pacientes internados:

- Os atendimentos médicos, de terapia ocupacional e de psicologia de reabilitação são realizados via interconsultas solicitadas pelos médicos responsáveis pelo paciente.
- Os atendimentos de fisioterapia e fonoterapia são realizados mediante prescrições médicas, também pelos médicos responsáveis pelo paciente.



Atendimento para pacientes ambulatoriais:

- O encaminhamento ambulatorial para reabilitação para acompanhamento médico de reabilitação e/ou avaliação para inclusão em um programa de reabilitação - deve realizado pelo médico responsável pelo paciente (oncologia clínica, oncologia cirúrgica ou onco-hematologia), ou por outros profissionais envolvidos no cuidado, com sua ciência, ao médico fisiatra. Nessa consulta, o médico fisiatra faz a avaliação do paciente, bem como o acompanhamento ambulatorial, podendo direcioná-lo para a equipe multiprofissional indicada e/ou para intervenções terapêuticas que se façam necessárias, que podem incluir indicação de medicamentos; procedimentos médicos ambulatoriais para dor e espasticidade (inativação de pontos-gatilho miofasciais, dessensibilização espinhal segmentar, bloqueio neuromuscular para espasticidade e acupuntura); prescrição de terapias de reabilitação, meios auxiliares de locomoção, órteses e próteses.

- Algumas demandas específicas podem ser direcionadas para terapias de reabilitação diretamente, como:

Pacientes com distúrbios da deglutição e da comunicação associados a tumores de cabeça e pescoço ou em acompanhamento ambulatorial pós-internação hospitalar com necessidade de cuidado fonoaudiológico.

Pacientes com identificação de alto risco para complicações pulmonares no pré-operatório e limitações de amplitude de movimento que interfiram no posicionamento para a radioterapia podem diretamente encaminhados para fisioterapia no centro de reabilitação.

Pacientes com estenose vaginal associada à radioterapia também podem ser encaminhadas diretamente para intervenções fisioterapêuticas ambulatoriais.

Os pacientes também podem ser encaminhados para o ambulatório de acupuntura, onde médicos especialistas seguem protocolos terapêuticos específicos voltados para o tratamento complementar de dor, náusea, fadiga, xerostomia e distúrbios do sono, refratários às demais intervenções.

Pelas particularidades da reabilitação e pela heterogeneidade do conhecimento dos diversos profissionais que atuam no cuidado ao paciente oncológico, uma ação educativa e colaborativa se faz necessária para o encaminhamento



adequado dos pacientes às intervenções de reabilitação, sobretudo no que diz respeito ao encaminhamento ambulatorial⁸⁸. Entre os critérios estão: ⁸⁹⁹⁰

- Presença ou risco de condições e deficiências, temporárias ou permanentes, que acarretem prejuízo funcional (incapacidade) para a realização de atividades cotidianas, com comprometimento da funcionalidade e da independência, após estabilização clínica.
- Prevenção da síndrome do imobilismo, associada à inatividade e à promoção do condicionamento físico.
- Avaliação no que diz respeito à indicação de procedimentos e terapias de reabilitação complementares para o tratamento da dor e da espasticidade (inativação de pontos-gatilho miofasciais, perda da sensibilização espinhal segmentar, bloqueio neuromuscular para espasticidade e acupuntura) e demais terapias de reabilitação.
- Indicação e prescrição de órteses, próteses, cadeira de rodas e demais meios auxiliares de locomoção e tecnologia assistiva.
- Suporte à equipe de cuidados (discussão de casos/dúvidas).

No âmbito da reabilitação, o exercício com fins terapêuticos destaca-se como importante ferramenta no cuidado ao paciente com câncer seja visando ao restabelecimento físico, ao ganho de condicionamento; seja para o andar ou engolir de forma segura, seja para o melhor controle da dor ou da urina, seja para recuperar um movimento ou uma funcionalidade (na forma usual ou adaptada); seja para a melhora da fadiga, do humor ou do sono.

Sabe-se, ainda, que a atividade física regular pode, inclusive, contribuir para a redução de recorrência e mortalidade de alguns cânceres. Preconiza-se a realização de atividade física regular de intensidade ao menos moderada, 150 minutos por semana, a ser distribuída na maior parte dos dias da semana,

⁸⁸ Vargo MM. The oncology-rehabilitation interface: better systems needed. J Clin Oncol. 2008;26(16):2610-1

⁸⁹ Silver JK, Baima J, Mayer S. Impairment-driven cancer rehabilitation: na essential component of quality care and survivorship. CA Cancer J Clin. 2013. doi: 10.1002/caac.21186. [Epub ahead of print

⁹⁰ Sabers SR, Kokal JE, Girardi JC, Philpott CL, Basford JR, Therneau TM, et al. Evaluation of consultation-based rehabilitation for hospitalized cancer patents with funcional impairment. Mayo Clin Proc. 1999;74 (9):855-86.



devendo-se evitar a ocorrência de 2 dias seguidos sem atividade. Essa recomendação é válida aos pacientes em tratamento ativo ou em acompanhamento, que tenham condições e liberação médica para realizá-la, com os devidos cuidados e, em alguns casos, sob supervisão. A prática regular de exercícios físicos proporciona inúmeros benefícios para o paciente com câncer ⁹¹⁹²(9-10). Melhora da capacidade física, da fadiga, da disposição, do humor, do padrão de sono e auxilia no controle do peso, o que é especialmente interessante para alguns cânceres que são agravados pelo sobrepeso.

Dessa forma, recomenda-se a disponibilização de uma boa estrutura para a aplicação de programas de condicionamento físico, sob orientação médica e supervisão de fisioterapeutas ou educadores físicos, na dependência do quadro e do perfil do paciente.

As unidades de internação de reabilitação devem contar com estrutura para maior treino de mobilidade e funcionalidade do que aquele possível de ser realizado à beira do leito ou do quarto/corredor. Aos pacientes ambulatoriais é disponibilizado o centro de reabilitação.

Não podemos esquecer que, além das condições citadas acima enquadradas nas modalidades de reabilitação física e intelectual, ainda tem-se as intervenções na área da reabilitação auditiva e visual.

É importante salientar que boa parte das ações envolve também atividades educativas e de suporte, visando à continuidade do cuidado.

Diante do exposto e, levando-se em conta que o cuidado do paciente deve, definitivamente, possuir caráter holístico e humanitário, recomenda-se fortemente que a reabilitação seja **PLENAMENTE** oferecida nos centros de tratamento oncológico, tão logo se inicie o cuidado ao paciente. Por reabilitação plena entende-se a inserção desta modalidade em **TODOS OS MOMENTOS** do tratamento do paciente (desde sua admissão até o momento da alta ou falecimento), e com todos os recursos humanos e técnicos específicos para

⁹¹ Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;8:CD008465. doi: 10.1002/14651858.

⁹² Mishra SI, Scherer RW, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O, Gotay CC, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;8:CD007566. doi: 10.1002/14651858.



isso: profissionais médicos e multidisciplinares ESPECIALISTAS em reabilitação, nas suas diferentes modalidades (física, auditiva, visual e intelectual), com equipamentos adequados e adaptados para esta finalidade. Além disso, prover a concessão de OPM durante o próprio tratamento oncológico, com recursos técnicos e humanos próprios ou terceirizados, sob a tutela e responsabilidade da instituição oncológica, como PARTE INTEGRANTE ESSENCIAL do tratamento.



PROPOSTAS PARA A REABILITAÇÃO

1. Implantação de unidade de reabilitação no país, minimamente em todas as Unidades Federadas.
2. Promover a regionalização para atendimento aos pacientes, mesmo naquelas unidades ainda distantes de polos;
3. Implantação de sistemas de controle;
4. Implantação de efetivo monitoramento e avaliação dos resultados/paciente;
5. Integração dos CACONS E UNACONS com as unidades de diagnóstico e com as unidades de reabilitação visando oportunizar ao paciente a identificação na necessidade de reabilitação em todas as fases classificadas;
6. Revisão dos valores da tabela SIGTAP e inclusão de novos procedimentos como os de robótica ainda inexistentes na tabela referencial;
7. Implantação e implementação de estratégias e sistemas que visem aperfeiçoar a qualidade do sistema do SUS para a reabilitação;
8. Organização da regulação permitindo que a reabilitação seja aplicável em todo o processo desde o diagnóstico até os cuidados paliativos;
9. Garantia da assistência multidisciplinar ao paciente;
10. Estabelecimento de regramento claro e objetivo, principalmente exequível, da reabilitação dentro da nova Política para o Câncer no Brasil;
11. Implementação de novos procedimentos de pagamento no processo de reabilitação para o câncer garantindo efetividade e transparência na aplicação dos recursos públicos;
12. Garantia da Terapia Nutricional Especializada ao paciente em processo de reabilitação.



A GESTÃO

Um dos graves, senão o mais grave problema na oncologia no país é a péssima gestão praticada atualmente.

As auditorias realizadas tanto pelo Tribunal de Contas da União, quanto pela Controladoria Geral da União – CGU são explícitas em apontarem e demonstrarem péssimos processos de gestão que são realizados pelos Gestores do Poder Executivo Federal, pelos Secretários Estaduais de Saúde e não diferente pelos Secretários Municipais de Saúde.

Já relatado anteriormente a construção tripartite do SUS, na sua perfeita idealização previa a integração dos entes, nos 03 níveis, permitindo organização e controle principalmente nas ações voltadas à oncologia.

Fica evidenciada a ineficiência de gestão, quando, se questiona aos órgãos do executivo, posicionamentos sobre a dispensação, controle de estoque e processos de aquisição de medicamentos e insumos necessários ao tratamento oncológico e não há informação, não há transparência nas informações e se quer, são disponibilizadas.

Não diferente ao ser verificado os processos de regulação e identificado que temos filas superiores há 2 anos para o correto diagnóstico para início do tratamento do câncer ou ainda para o encaminhamento do paciente com câncer já diagnosticado para início do seu tratamento.

Oportuno destaque se faz na gestão dos recursos públicos voltados ao paciente com câncer. Não há precisão quanto ao volume de recursos não somente destinado como aplicado em todas as fases da jornada do paciente oncológico.

Grave situação revelada, pois, pela inexistência de uma rubrica orçamentária – definição especificação de onde é aplicado o recurso público, contido dentro do orçamento - que especifica nos orçamentos, sejam eles em quaisquer dos níveis, Federal, Estadual ou Municipal, não é possível dizer a dotação existente no ano, visto ser o orçamento aplicado por exercício, em cada ano.

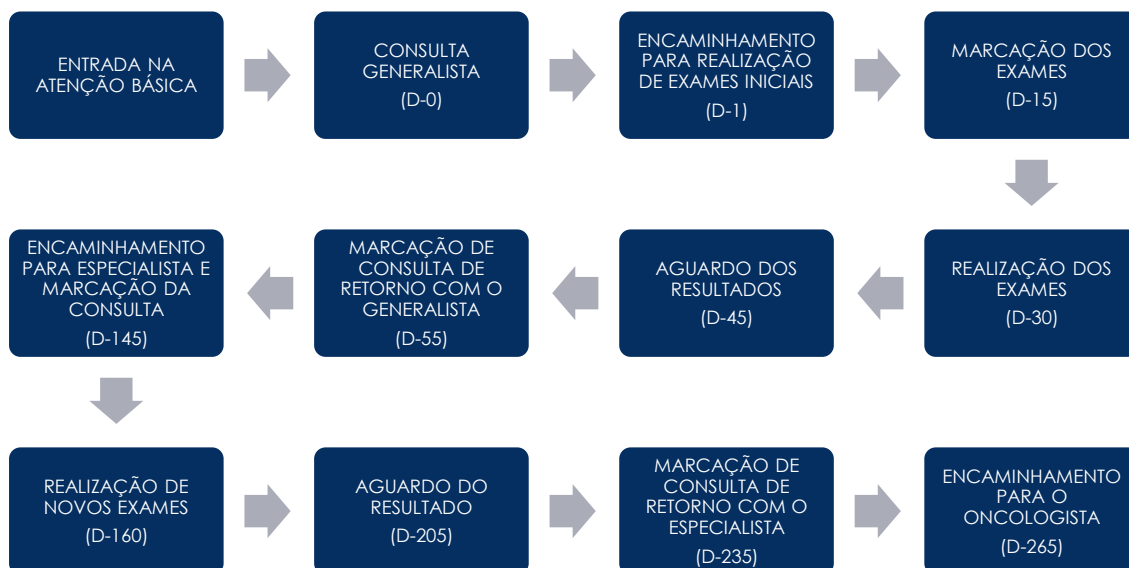


Há grande ineficiência nos sistemas de controle e avaliação. Se for realizado questionamento quanto ao quantitativo de pacientes com câncer tratados hoje no país, a ineficiência da gestão irá trazer resultados que não refletem a realidade, fato demonstrando, pois não há, apesar de previsto em Lei a compulsoriedade dos registros do paciente oncológico, hoje este dado é utópico.

Não há integração entre Estados e Municípios que permitam uma organização desde a atenção básica realizada pelos municípios e necessária aos processos de prevenção e diagnóstico da pessoa com câncer seja na organização para atendimento ao paciente na fase de tratamento.

O paciente na realidade fica no escuro. Quando o mesmo recebe um encaminhamento para a realização de um provável diagnóstico, no qual ele precisa entrar em longo processo para:

Via da paciência



A demonstração acima demonstra a via da paciência que o paciente oncológico buscando um preciso diagnóstico para câncer na melhor das hipóteses realizada no SUS.



A partir do momento e recepção em suas mãos do diagnóstico preciso, com o resultado de uma biópsia positiva, inicia a segunda fase que é entrar na regulação para o encaminhamento em uma das 346 unidades de CACON ou UNACON.

Inúmeros são os apontamentos de ineficiência de gestão passíveis de caracterização, porém, faz-se necessário que os apontamentos sejam tratados de forma singular em alguns temas que foram amplamente discutidos com a indústria e com destacados especialistas.

Dentre os temas:

- Descentralização e uniformização de métodos e processos;
- Aquisição, distribuição e controle de medicamentos oncológicos;
- Incorporação de novas tecnologias e medicamentos no SUS;
- Aperfeiçoamento de bancos de dados e informações;
- Orçamento público – Fontes de financiamento, e
- Atualização de valores Tabela SUS e procedimentos de pagamento.



DESCENTRALIZAÇÃO E UNIFORMIZAÇÃO DE MÉTODOS E PROCESSOS

O modelo tripartite de gestão do Sistema Único de Saúde-SUS traz como um dos gargalos as dificuldades relativas à gestão da descentralização e uniformização de procedimentos. Esse modelo faz com que cada estado, cada município, adote um modelo de gestão próprio, o que faz com que pacientes tenham tratamentos diferenciados em razão do estado ou até mesmo do município onde são atendidos. Condição essa extensiva até aos hospitais ou CACONS E UNACONS, os quais adotam modelos proprietários, sem uma padronização nos atendimentos aos pacientes com câncer no país.

A organização da rede de atendimento, a regulação do sistema, a contratualização, são próprios de cada ente federado, seja estado ou município, essa descentralização tem reflexos diretos nos processos de gestão e na falta de dados que permitam uma gestão nacional do processo de atendimento e acompanhamento da jornada do paciente com câncer.

A uniformização dos procedimentos, sobretudo no atendimento aos pacientes com câncer, teria como resultados positivos a existência de protocolos específicos que, preservando o poder de decisão do médico, propiciariam que os pacientes tivessem acesso a tratamento equitativo em qualquer local do país. Isso propiciaria condições para que as terapias, os protocolos de atendimento, com medicação e tratamentos que apresentem maior índice de efetividade no combate à doença possam ser disseminados para utilização em pacientes de todo o país que tenham a mesma patologia.

A centralização de compras de equipamentos, medicamentos e exames tem como resultado previsível melhor condição de compra, em razão do volume negociado, propiciando expressivos ganhos financeiros para o sistema.

No caso do câncer, onde geralmente os medicamentos e procedimentos são de alto custo, o tratamento, em regra, tem longa duração. As quimioterapias, radioterapias e outros exames tem alto custo e elevado número por paciente, tudo isso levaria ao objetivo de se ter uma reorganização no processo, prevendo protocolos, modelos de procedimento padrão, para que todos os



estados observem e que a união exerça uma gestão centralizada do macroprocesso e da aquisição dos medicamentos de alto custo.

A especificidade de cada um dos diversos tipos de tumor que afetam a população, aliada à constante evolução da ciência farmacêutica e dos protocolos de atendimento, levam ao objetivo de se rever o modelo atual de gestão. O sistema atual de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais-APAC não permite gestão mais efetiva de recursos. É disponibilizado recurso direcionado para tratar uma doença, mas não se sabe exatamente de que forma está sendo utilizado. Do ponto de vista de gestão financeira, a alocação de recursos na forma atual deixa um bloco aberto, sem saber exatamente qual é o recurso que vai ser direcionado para cada tipo de medicamento, para cada tipo de tecnologia, para cada tipo de procedimento.

Atendo-se a pontos de forma mais aprofundada, e de destaque, na uniformização de procedimentos, métodos, processos, estabelecimento de parâmetros organizacionais de controle, transparência, otimização de atendimento, redução de custos, resultados a partir de dados quantitativos e avaliações qualitativas, são ainda posicionamentos utópicos se formos considerar a gestão da oncologia no país.



AQUISIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS.

De relevante destaque, se encontram procedimentos de gestão que são ineficazes para o atendimento à população.

Principiando pelos métodos comumente utilizados pelos órgãos Federal, Estadual e Municipal de aquisição, de medicamentos oncológicos (não se aplica unicamente a esses – método geral), os órgãos públicos aplicam a Lei 8.666 de 1993 que institui normas para licitações e contratos da Administração pública, que está em processo de extinção em consequência do advindo da Lei 14.133, com os mesmos objetivos, porém seus efeitos são produzidos a partir de abril de 2023.

Ponto considerável é a aquisição de medicamentos oncológicos, que por razões específicas possuem valores elevados em razão de inúmeros fatos aplicáveis ao custo de pesquisa, desenvolvimento, testes, produção e escalabilidade que impactam diretamente no preço.

Tal fundamentação exige que a gestão pública utilize de parâmetros e procedimentos que sejam aplicáveis aos melhores níveis de gestão, organização, controle, transparência, norteados por princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência promovendo economicidade e viabilidade.

Nesse contexto, e seguindo os procedimentos e parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para a aquisição de medicamentos oncológicos, separados em grupos, a saber:

Grupo 1

- Grupo 1A - medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela



programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do CEAF

- Grupo 1B - medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do CEAF.

Grupo 2

- *medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do CEAF.*

Grupo 3

- *medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).*

Destaca-se que a maioria dos medicamentos utilizados na oncologia são descentralizados. Apesar de ser um princípio cada vez mais aplicável pelo Ministério da Saúde na distribuição, especificamente, na descentralização, da gestão dos recursos públicos, no caso em tela, aquisição de medicamentos para a oncologia, a metodologia aplicada se mostra ineficiente perante os objetivos da melhor gestão pública quanto à eficiência e economicidade.

Pode-se observar que o Ministério da Saúde aplica unicamente ao Grupo 1^a com aproximadamente 81 fármacos, em 143 apresentações do grupo, o processo de CENTRALIZAÇÃO na aquisição dos medicamentos oncológicos.



Com o pensamento de promover a descentralização total, o Ministério da Saúde por meio do seu corpo técnico, emitiu a Nota Técnica nº 493/2022-CGCEAF/DAF/SCTIE/MS na qual se posiciona a reavaliar pactuações, mante5r um número bem menor para aquisição ainda centralizada de medicamentos oncológicos e com posicionamento contrário à inclusão de novos medicamentos oncológicos na modalidade de aquisição centralizada.

Tal posicionamento, apesar do exposto pelo corpo técnico do Ministério da Saúde, se mostra ineficaz para um melhor processo de gestão dos recursos públicos.

Quando efetuada a descentralização político-administrativa para as Unidades Federais e para os municípios dos serviços e ações de saúde, é possível avaliar a inviabilidade de tal procedimento, especificamente no que concerne à aquisição de medicamentos oncológicos.

Quando efetuada a descentralização e transferida a responsabilidade, especificamente da aquisição de medicamentos oncológicos, é possível apontar algumas razões de ineficiência.

- a) Realização de processos administrativos, licitatórios, distintos entre Unidades Federadas e Municípios, não gerando economicidade em razão dos diferentes preços que serão praticados em razão de inúmeras questões como, quantitativo, tempo, logística, distribuição e outros elementos aplicáveis;
- b) Processos temporais em intervalos de 1 ano tornando ineficazes para fornecimentos contínuos;
- c) Perda do poder de negociação em razão de quantitativo a ser adquirido, e
- d) Lapso temporal nos diversos processos de aquisição.

Para uma melhor gestão e considerando a especificidade e necessidade do medicamento oncológico e ainda a quantidade a ser utilizada no país, a centralização dos processos de aquisição de medicamentos se mostra viável se aplicarmos que todo o Grupo 1, compostos pelo 1A e 1B, sejam efetivamente centralizados, com organização dos processos de logística e



dispensação, promovendo economicidade, controle, organização e evitando lapsos temporais nos intervalos de aquisição, o que ocasiona em vários momentos a falta de medicamento necessário ao paciente oncológico.

Complementa-se a necessidade de que no intervalo de 5 anos, todas as novas incorporações de medicamento na oncologia sejam centralizadas, com negociação direta com os fornecedores.

Corroborando no sentido da maior economicidade e efetividade na aquisição e medicamentos oncológicos no SUS, é imprescindível a necessidade de se adotar regra já praticada em países europeus do ORÇAMENTO SIGILOSO. Que em nada se refere a não existência de controle e fiscalização, ao contrário, promove necessária oportunidade negocial permitindo que preços, especificamente ao posto em tela, de medicamentos oncológicos, que na sua maioria são advindos de multinacionais, medicamentos importados, que quando exposto o preço adquirido remota da necessidade por parte do fornecedor de seguir regras internacionais de faixas de valores entre países.

A aplicabilidade de um orçamento sigiloso se mostra eficaz ao permitir que o Ministério da Saúde possa realizar as contratações para aquisição de medicamentos oncológicos sem expor, sem tornar transparente ao mundo, a melhor estratégia praticada pelo país na aquisição de medicamentos.

É importante destacar que quando da incorporação de medicamentos no SUS, antes do processo de aquisição, ainda em fase de incorporação o valor do medicamento é objeto de avaliação e redução em alguns momentos. Inicialmente na fase primeira de registro junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, há uma redução junto à CEMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, posteriormente registrado, em fase de incorporação junto à Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, onde há uma avaliação sobre custo-efetividade, e posteriormente em fase de efetiva incorporação, após recomendação positiva pela CONITEC, da fase negocial para dispensação e em ulterior momento, aí sim, entrar em fase de cumprir o previsto na regra geral dos processos de aquisição.



A nova Lei de Licitações, Lei 14.133, de 2021, que entra em vigor a partir de abril do próximo ano, traz em seu art. 24:

“Art. 24. Desde que justificado, o orçamento estimado da contratação poderá ter caráter sigiloso, sem prejuízo da divulgação do detalhamento dos quantitativos e das demais informações necessárias para a elaboração das propostas, e, nesse caso:

I - o sigilo não prevalecerá para os órgãos de controle interno e externo;”

Como verificado, há previsibilidade legal pelos legisladores da utilização justificada da aplicação do previsto no referido artigo.

Relevante se faz necessário destacar o disposto no inciso I do artigo, no que concerne garantir o especial controle tanto interna quanto externamente, pelos órgãos de controle.

Não há, portanto, qualquer prejuízo para a administração pública, ao contrário, permitirá que os processos tenham uma maior vantagem comercial, trazendo economicidade e permitindo que um maior número de pacientes tenha acesso às novas tecnologias.



INCORPORAÇÃO DE MEDICAMENTOS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Primordial é o debate sobre a incorporação tecnológica. Atualmente são muitos os gargalos. Existe uma grande preocupação quanto à dificuldade de se fazer chegar ao paciente o que há de melhor em tecnologia e tratamento para o paciente. Da mesma forma, a dificuldade que o médico tem em saber que tem essa nova tecnologia disponível.

A incorporação de novas tecnologias, novas terapias e novos medicamentos é outro tema que merece uma reflexão e adoção de medidas de ajuste no processo, de forma que acompanhe a evolução natural.

Necessário avaliar se o fato de adicionar ou incorporar novas tecnologias, novos medicamentos, significa apenas a adição de custo. É preciso aprofundar a análise e verificar que nem toda tecnologia que se incorpora é adição de custo em tratamento que já existe. Em alguns casos essa premissa é verdadeira, a exemplo em que se propõe nova droga que irá ser combinada com uma já existente e que isso irá propiciar que o resultado terapêutico seja muito melhor para o paciente o que, ao final, considerando-se a redução do tempo de tratamento, virá proporcionar ganhos financeiros para o sistema.

Mas, em geral, quando se traz uma tecnologia nova, dá-se mais uma opção para o médico em substituir algo mais antigo que vinha utilizando, passando a utilizar o novo que passa a estar disponível no sistema.

Por um processo lógico no desenvolvimento industrial, aquilo que ficou antigo não vai ter o mesmo custo que tinha quando do lançamento o preço se reduz no tempo, em razão de diversos fatores econômicos.

Lado inverso, a nova tecnologia, o novo medicamento, a nova terapia, tem um custo inicial de lançamento que a princípio pode apresentar-se elevado decorrente de trazer embutido todo o custo de pesquisa e desenvolvimento, o que em toda indústria é bastante elevado e não é diferente na indústria financeira.

Entretanto, há que se olhar a questão sob a ótica da atenção ao paciente. A chegada de nova terapia, novo medicamento, que esteja com taxa de resposta



positiva em aproximadamente 100%, algo atualmente possível vez que o avanço das pesquisas científicas busca o desenvolvimento de moléculas que tragam sempre mais efetividade no tratamento, quando colocado em contraponto com medicamento que tenha 50% de efetividade, é necessário que tal medicamento novo deva ser imediatamente colocado em disponibilidade para ser utilizado, uma vez que muda o resultado da efetividade do tratamento.

As questões envolvendo a evolução tecnológica que ocorre também na ciência da saúde devem ser objeto de profunda reflexão. O modelo atual de incorporação, que tem como base a disponibilidade orçamentária, traz em si barreiras difíceis de serem contornadas e que formam um círculo vicioso, onde ao final a incorporação de novas tecnologias e novos medicamentos é prejudicada em razão da insuficiência orçamentária para arcar com os custos da evolução.

Esse processo pode levar a uma situação de obsolescência onde os protocolos, as tecnologias, as terapias e os medicamentos não acompanham a evolução e ficam obsoletos em relação ao que de mais moderno e eficiente existe no mercado, trazendo como consequência uma baixa efetividade no tratamento e consequente aumento de custos em razão do tempo de duração do tratamento.

A efetiva incorporação no país revela um lapso temporal que pode ser verificado a partir das recomendações positivas emitidas pela Conitec. Prazos que acarretam prejuízos diretamente ao paciente, especificamente aqui tratado, paciente oncológico.

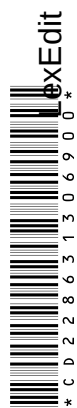
Não se noticia no Congresso Nacional suplementações orçamentárias que visassem agregar ao Orçamento da União a incorporação de valores prevendo ou ainda, pós-incorporação, a ampliação orçamentária para atingimento dos objetivos de incorporar novos medicamentos.

O lapso temporal chega a 3, 4 anos, ou até mais para que uma droga seja efetivamente incorporada, mesmo havendo previsibilidade legal para que após a recomendação positiva por parte da Conitec o Ministério da Saúde tenha a responsabilidade de realizar a incorporação no prazo de 180 dias.





Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Silvia Cristina
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD228631306900>



APERFEIÇOAMENTO DE BANCOS DE DADOS E INFORMAÇÕES

Qualquer modelo de gestão que se planeje implementar tem como premissa fundamental a existência de um banco de dados com informações que permitam o correto gerenciamento e análise dos resultados obtidos com o processo.

Atualmente, no sistema de saúde brasileiro, uma das grandes dificuldades vivenciadas é a inexistência de informações fidedignas que permitam uma avaliação segura do sistema.

O modelo do sistema de saúde brasileiro, com uma gestão tripartite, com a participação direta das três esferas de governo, federal, estadual e municipal, sem ter uma coordenação central de todo o processo, é um dos complicadores para que se tenha um banco de dados de saúde eficiente.

No caso específico do câncer, o processo tem uma complexidade de gestão ainda maior. Além da atenção primária à saúde, existe o atendimento de média e alta complexidade, realizado pelos CACONS e UNACONS, perfazendo esses o total de 346, abrangendo todas as regiões do país. Entretanto não existe um sistema central de gerenciamento dos serviços prestados por esses órgãos, ficando a gestão espalhada pelo país, sob a coordenação das secretarias estaduais de saúde.

Observa-se uma variabilidade de situações muito grande quando se olha o processo por todo o território nacional. Existem algumas ilhas de excelência sim, onde o input desses dados no sistema acontece com uma frequência e sequência até que satisfatória. Mas infelizmente, na grande maioria dos CACONS e UNACONS, não se sabe exatamente qual protocolo de tratamento está sendo utilizado para o paciente, não se sabe o grau de efetividade que o tratamento teve sobre a doença.

As disparidades verificadas entre os estados da federação também se refletem no sistema de saúde. O atendimento e o tratamento prestado ao paciente em um hospital de referência no estado de São Paulo não é o mesmo que o de um estado da região norte ou nordeste.



A própria deficiência de dados impede que essa análise seja feita de forma mais aprofundada e objetiva e que se possa conhecer efetivamente onde estão as principais disparidades.

É imprescindível a melhoria no processo de gestão para que se possa mensurar com segurança a eficiência e eficácia de um tratamento, sabendo claramente qual foi a sobrevida que proporcionou ao paciente.

Esse é um grande desafio. Quando se foca nas diversas condutas terapêuticas, pode-se constatar que, na maioria das vezes, as quimioterapias que são utilizadas já são ultrapassadas frente às novas tecnologias que já possuem registro na ANVISA, preço aprovado na CMED, e que já estão no mercado privado sendo adotadas pelos planos de saúde.

Entretanto, para um mesmo tipo de câncer, o tratamento é completamente diferente quando se compara as práticas do sistema privado com o sistema público.

Muitas vezes, verifica-se uma diferença do tratamento dentro de uma mesma unidade de saúde. Um hospital que presta atendimento a pacientes com câncer tanto para a saúde suplementar quanto para o sistema único, adota procedimentos terapêuticos diferentes para um mesmo diagnóstico, adotando tratamentos diferentes em função do sistema que o paciente se coloca, se público ou privado.

Isso traz consequências drásticas, podendo afetar a sobrevida do paciente atendido pelo sistema público, apresentando resultados menores que aqueles observados pelos pacientes atendidos na saúde suplementar tudo em decorrência da conduta terapêutica adotada em cada paciente.

Pelo que dispõe a legislação vigente, a responsabilidade da produção dos dados é da Secretaria Estadual de Saúde, que é quem administra o CACON e UNACON, porém a secretaria deixa livre para que as estas unidades estabeleçam seus próprios protocolos e procedimentos no atendimento ao paciente oncológico.

Sobre a veracidade da informação impostada por um CACON, mesmo ele tendo essa conduta terapêutica diferente para os pacientes do sistema único



em relação aos pacientes da saúde suplementar, não se pode dizer que o órgão comete ilegalidade. Ele está agindo dentro da regra, existe todo esse arcabouço jurídico onde ele pode sim escolher aquela quimioterapia que talvez não seja a mais eficaz, a mais moderna, mas ele está tratando o paciente e o grande desafio é dar visibilidade ao tipo de tratamento que o paciente está recebendo no sistema único, que é diferente do sistema suplementar.

Pode-se mudar esse cenário a partir do momento que mensurar e puder comparar a efetividade de tratamento que acontece nos dois sistemas.

O próprio Instituto Nacional do Câncer-INCA fez um estudo entre os atendimentos nos dois sistemas e apurou que, se o paciente for beneficiário de um plano de saúde ele vai contar com um tratamento diferente daquele dispensado no sistema único.

O resultado do mapeamento feito pelo INCA aponta diversas falhas nesse processo e uma delas é exatamente essa de não conseguir mensurar a efetividade dos hospitais públicos para o tratamento de oncologia onde, infelizmente, já se sabe já se observa que a sobrevida é menor.

É necessário, de forma objetiva, tentar superar as dificuldades e trazer dentro do plano nacional de combate ao câncer, proposituras que reflitam em resultado efetivo para o paciente.

Conscientização e obrigatoriedade são fatores primordiais para que se possa falar em ter um melhor banco de dados, que se mostre consistente e confiável e que propicie condições para realizar o gerenciamento efetivo do sistema. Por enquanto não se tem nenhum banco de dados e não adianta falar de gerenciamento se não tem informação para gerenciar.

As informações podem garantir que o paciente receba o melhor tratamento que está disponível, não se fala de terapias que não foram incorporadas, trata-se apenas do que já foi incorporado, mas que por outros interesses acaba não sendo disponibilizado ao paciente.

É absurdo quando se observa que o INCA, ou qualquer outro órgão, utilize dados de censo do IBGE para a produção de políticas públicas. Dados esses que estão defasados, que não demonstram a realidade, que são genéricos. É



muito difícil admitir a produção de uma política pública de saúde baseada em um censo realizado há 10 anos.

A existência de um sistema de gestão da saúde, com base em dados fidedignos e em tempo real, permitirá inclusive auxílio ao trabalho dos profissionais que atuam diretamente com os pacientes. As decisões seriam tomadas sobre o caso específico, tendo como base as situações correlatas que ocorrem ao mesmo tempo no país.

Informações esparsas existem. Grandes hospitais como AC Camargo, Hospital de Amor, dentre muitos outros de referência, todos eles tem seu sistema de informações seus protocolos e prontuários específicos. Entretanto, são informações internas, elas não são socializadas. Não chegam ao conhecimento dos gestores públicos, daqueles que são responsáveis pela formulação das políticas públicas de saúde.

É necessário que se desenvolva uma inteligência de dados, que compile todas as informações disponíveis, desenvolva uma base central e passe a utilizar informações reais e atualizadas para a formulação de políticas de saúde.



ORÇAMENTO PÚBLICO - FONTES DE FINANCIAMENTO

Um dos pilares necessários à construção de uma nova Política para o Controle e a Prevenção do Câncer no Brasil é o estabelecimento de fontes de financiamento capazes de garantir no orçamento público, seja ele Federal, Estadual ou Municipal.

A oncologia no país está contida dentro de um orçamento único, conjunto com outras doenças e fazendo parte de um todo administrado pelos gestores.

A não definição de uma rubrica específica, não somente ocasiona imprecisão na definição dos recursos necessários à Política de Controle e Prevenção do Câncer como não permite avaliar o aplicado e especificamente os resultados considerando as demandas existentes.

A instituição de um limite mínimo de aplicação de recursos públicos em todas as esferas de governo para aplicação nas ações e serviços públicos de saúde constituiu medida das mais oportunas, que, aliás, demonstrou sua necessidade com dolorosa eloquência nas fases mais críticas da pandemia mundial da covid-19.

Esta é uma doença quase tão mortal quanto à covid-19 que precisa ser tratada no âmbito dos órgãos públicos como uma prioridade absoluta. Não conseguimos imaginar uma forma mais adequada de utilização dos recursos públicos reservados à área da saúde.

Os recursos contidos em um “bolo” único da média e alta complexidade, sem fontes de recursos claramente definidas é um atraso na efetiva aplicação de uma política pública eficiente.

Um dos pontos que se aplica a necessidade de uma rubrica específica é da necessidade de aprovação do Projeto de Lei 4434/2021⁹³, de autoria do Deputado Federal Weliton Prado, que “Cria o Fundo Nacional de Enfrentamento ao Câncer – FUNCANCER, que tramita na Comissão de Seguridade Social e Família – CSSF.

⁹³ <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2312430>,



O Fundo Nacional de Enfrentamento ao Câncer (FUNCANCER), conforme contido no Projeto de Lei, será constituído com recursos oriundos:

- I. Dotações orçamentárias da União;
- II. Doações, contribuições em dinheiro, valores, bens móveis e imóveis, que venha a receber de organismos ou entidades nacionais, internacionais ou estrangeiras, bem como de pessoas físicas e jurídicas, nacionais ou estrangeiras;
- III. Recursos provenientes de convênios, contratos ou acordos firmados com entidades públicas ou privadas, nacionais e internacionais ou estrangeiras;
- IV. Todos os valores ou bens provenientes dos efeitos da condenação judiciais criminal ou cível ou de acordos, inclusive na atuação extrajudicial do Ministério Público, e que sejam por lei destinados à União;
- V. Todos os criptoativos apreendidos, confiscados e sequestrados pela União ou perdidos em favor da União, após decisão judicial;
- VI. Rendimentos de qualquer natureza, auferidos como remuneração, decorrentes de aplicação do patrimônio do FUNCACER;
- VII. Empréstimos de instituições financeiras nacionais e internacionais;
- VIII. Reversão dos saldos anuais não aplicados;
- IX. O percentual de 1% (um por cento) da receita bruta com a arrecadação do Imposto Sobre Produtos Industrializados – IPI, do Programa de Integração Social – PIS e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS, incidentes sobre cigarros, cigarrilhas, charutos e demais derivados de tabaco;
- X. O percentual de 0,5% (meio por cento) da receita bruta com a arrecadação do Imposto Sobre Produtos Industrializados – IPI, do Programa de Integração Social – PIS e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS, incidentes sobre bebidas alcoólicas;
- XI. Recursos do Fundo Especial da Loteria Federal, que terá percentual regulamentado através de Lei específica para este fim;



XII. Outros recursos que lhe forem destinados por lei, e.

XIII. Recursos de outras fontes.

Verifica-se que a alocação de recursos, conforme previsto as fontes de financiamento, são capazes de suportar os investimentos necessários para a alocação em rubrica específica necessária à Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no Brasil.

Não obstante ao exposto, o câncer necessita de alocação de recursos previsíveis que permitam a avaliação de tomada de decisões por parte dos gestores buscando o atingimento dos objetivos previstos e garantia dos direitos constitucionais e infraconstitucionais.

Nesse sentido faz-se necessário que a nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer tenha o atingimento das demandas da assistência ao paciente com câncer.



PROPOSTAS PARA A GESTÃO

1. Modernização de procedimentos e atualização dos valores da tabela SIGTAP;
2. Implantação de sistemas de controle;
3. Implantação de efetivo monitoramento e avaliação dos resultados/paciente;
4. Integração dos CACONS E UNACONS com as unidades de diagnóstico;
5. Deixar efetivo e transparente o processo de regulação no país, executado hoje por Estados e Municípios;
6. Aperfeiçoar o processo de Contratação utilizando os preceitos da Lei 14.133/2021;
7. Implementação de novos procedimentos de pagamento no processo de tratamento de câncer garantindo efetividade e transparência na aplicação dos recursos públicos;
8. Controle na distribuição, estoque e dispensação de medicamentos;
9. Implantação de novos meios de pagamento para a Terapia Nutricional Especializada.
10. Implantação da APAC eletrônica.



LEGISLAÇÕES VIGENTES NA ONCOLOGIA

Visando a definição de uma Política Pública para o Controle e a Prevenção do Câncer no Brasil, faz-se necessário observar as legislações hoje vigentes no país.



LEIS ORDINÁRIAS

1. LEI Nº 8.922, DE 25 DE JULHO DE 1994. Acrescenta dispositivo ao art. 20 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir a movimentação da conta vinculada quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna.
2. LEI Nº 9.797, DE 6 DE MAIO DE 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.
3. LEI Nº 10.223, DE 15 DE MAIO DE 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.
4. LEI Nº 10.289, DE 20 DE SETEMBRO DE 2001. Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata.
5. LEI Nº 11.650, DE 4 DE ABRIL DE 2008. Institui o Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil e dá outras providências.
6. LEI Nº 11.664, DE 29 DE ABRIL DE 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
7. LEI Nº 12.715, DE 17 DE SETEMBRO DE 2012. Institui o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica - PRONON, com a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer.
8. LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.



9. LEI Nº 12.802, DE 24 DE ABRIL DE 2013. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária.
10. LEI Nº 13.045, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2014. Altera as Leis nºs 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências”, e 10.289, de 20 de setembro de 2001, que “institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata”, a fim de garantir maior efetividade no combate à doença.
11. LEI Nº 13.685, DE 25 DE JUNHO DE 2018. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas.
12. LEI Nº 13.733, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2018. Dispõe sobre atividades da campanha Outubro Rosa.
13. LEI Nº 13.767, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2018. Altera o art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a fim de permitir a ausência ao serviço para realização de exame preventivo de câncer.
14. LEI Nº 13.770, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2018. Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.
15. LEI Nº 14.238, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências.



16. LEI Nº 14.308, DE 8 DE MARÇO DE 2022. Institui a Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica.

17. LEI Nº 14.328, DE 20 DE ABRIL DE 2022. Institui o mês de julho como Mês Nacional do Combate ao Câncer de Cabeça e Pescoço.



PORTARIAS E RESOLUÇÕES

1. PORTARIA SAES/MS 450, de 18/08/2022, que restabelece compatibilidades do tipo APAC Principal X APAC Principal concomitantes; altera a descrição do procedimento 03.04.01.053-7 – Radioterapia de plasmocitoma/mieloma/metástases em outras localizações; e mantém as alterações do atributo “CID” no procedimento 03.04.01.051-0 - Radioterapia Estereotática e da descrição e quantidade máxima do procedimento 04.16.12.003-2 – Mastectomia simples em oncologia.
2. PORTARIA GM/MS 1.048, de 18/05/2022, retificada em 02/06/2022, que aprova o Regulamento Técnico, o Formulário para Habilitação e os procedimentos, para a realização de cirurgia de citorredução e hipertermoquimioterapia em caso de mesotelioma peritoneal maligno ou de pseudomixoma peritoneal, no âmbito do SUS.
3. PORTARIA CONJUNTA SAES e SCTIE/MS 8, de 09/05/2022, que aprova o Protocolo de Uso de cirurgia de citorredução e hipertermoquimioterapia em caso de pseudomixoma peritoneal. PORTARIA CONJUNTA SAES e SCTIE/MS 9, de 09/05/2022, que aprova o Protocolo de Uso de cirurgia de citorredução e hipertermoquimioterapia em caso de mesotelioma peritoneal maligno.
4. PORTARIA GM/MS 638, de 28/03/2022, que altera o valor do procedimento de quimioterapia paliativa do melanoma maligno avançado.
5. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO SAES/MS 1, de 22/02/2022, que consolida as normas sobre a Atenção Especializada à Saúde.
6. PORTARIA SAES 2, de 03/01/2022, retificada em 16/02/2022, que inclui o campo "Medicamentos Antineoplásicos Informados" na tela de dados



- complementares de quimioterapia da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), para seleção dos medicamentos antineoplásicos utilizados no tratamento de pacientes com câncer no respectivo procedimento registrado.
7. PORTARIA GM/MS 3574, de 14/12/2021, que altera o valor do procedimento de quimioterapia paliativa do carcinoma de rim avançado.
 8. PORTARIA SAES/MS 957, de 23/09/2021, retificada em 29/09/2021, que altera, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, nomes e atributos (descrição e códigos da CID) de procedimentos existentes, para excluir ou incluir a leucemia mieloide aguda e a leucemia promielocítica aguda de crianças, adolescentes e adultos, à semelhança da adequação feita pela Portaria n o . 159/GM/MS, de 19/01/2018, para os procedimentos de quimioterapia da leucemia linfóide/linfoblástica aguda e linfoma linfoblástico de crianças, adolescentes e adultos.
 9. PORTARIA SAES/MS 799, de 04/08/2021, altera descrições de procedimentos de quimioterapia de carcinoma pulmonar de células não pequenas avançado e de mieloma múltiplo da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. PORTARIA CONJUNTA SAES e SCTIEMS 10, de 02/07/2021, aprova, atualizando, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Leucemia Mieloide Crônica de Crianças e Adolescentes. REVOGA a Portaria SAS/MS 114, de 10/02/2012.
 10. PORTARIA CONJUNTA SAES e SCTIEMS 11, de 02/07/2021, com o anexo retificado em 29/09/2021, aprova, atualizando, as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas – Mesilato de Imatinibe no Tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda Cromossoma Philadelphia Positivo de Crianças e Adolescentes. REVOGA a Portaria SAS/MS 115, de 10/02/2012.



11. PORTARIA SAES/MS 470, de 22/04/2021, mantém procedimentos e atualiza normas de autorização, registro e controle de procedimentos de quimioterapia e de radioterapia da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. RETIFICADA no §7º do seu Art. 17, pela inclusão do código 03.04.04.019-3 entre os procedimentos a se considerar no monitoramento da quimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo. ALTERADA pela Portaria SAES/MS 957, de 23/09/2021, retificada em 29/09/2021, que altera, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, nomes e atributos (descrição e códigos da CID) de procedimentos existentes, para excluir ou incluir a leucemia mieloide aguda e a leucemia promielocítica aguda de crianças, adolescentes e adultos, à semelhança da adequação feita pela Portaria no . 159/GM/MS, de 19/01/2018, para os procedimentos de quimioterapia da leucemia linfóide/linfoblástica aguda e linfoma linfoblástico de crianças, adolescentes e adultos.
12. PORTARIA CONJUNTA SAES e SCTIEMS 04, de 01/03/2021, aprova, atualizando, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Leucemia Mieloide Crônica do Adulto. REVOGA a Portaria SAS/MS 1.219, de 04/11/2013.
13. PORTARIA SAES/MS 01, de 05/01/2021, inclui códigos no atributo Habilitação de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.
14. PORTARIA CONJUNTA SAES e SCTIEMS 24, de 29/12/2020, aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Linfoma de Hodgkin no Adulto.
15. PORTARIA GM/MS 3.777, de 24/12/2020, aumenta o valor do procedimento 07.02.09.004-2 - Prótese traqueoesofágica para reabilitação da fonação do paciente laringectomizado na Tabela de



Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS.

16. PORTARIA GM/GM Nº 3.728, de 22/12/2020, inclui procedimentos, altera atributos de procedimentos e inclui compatibilidades na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a ser disponibilizado aos Estados, Distrito Federal e Municípios. NOTA: Para a oncologia, os procedimentos são de quimioterapia de Linfoma de Hodgkin (alteração da descrição do procedimento 03.04.06.004-6 Quimioterapia de Doença de Hodgkin - 3ª linha e do seu valor) e de Mieloma Múltiplo (criação de dois procedimentos quimioterápicos específicos, excludentes com aqueles de quimioterapia de neoplasia de células plasmáticas).
17. PORTARIA GM/GM Nº 3.721, de 22/12/2020, inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS. NOTA: Para a oncologia, os procedimentos são para exames para diagnóstico e reavaliação diagnóstica de leucemia mieloide crônica cromossoma Philadelphia positivo por técnica de biologia molecular.
18. PORTARIA GM/MS 3.426, de 14/12/2020, altera atributos de procedimentos de anatomia patológica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).
19. PORTARIA CONJUNTA SAES e SCTIEMS 18, de 23/11/2020, aprova as Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico do Mesotelioma Maligno de Pleura.
20. PORTARIA SAES/MS 247, de 24/03/2020, exclui e inclui códigos no atributo CBO de procedimentos da Tabela de Procedimentos,



Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS e atualiza o serviço especializado 121 - Serviço de Diagnóstico por Imagem na Tabela de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme especificados nos anexos à Portaria. NOTA: Para a oncologia, os procedimentos são diagnósticos e terapêuticos em radiologia intervencionista.

21. PORTARIA SAES 163, de 20/02/2020, altera a Portaria nº 1.399/SAES/MS, de 17/12/2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
22. PORTARIA SAES/MS 1.399, de 17/12/2019, redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS e relaciona todos os estabelecimentos habilitados na alta complexidade em oncologia no SUS até 30 de novembro de 2019 listados em seu Anexo I. ALTERADA pela Portaria SAESMS 163, de 20/02/2020.
23. PORTARIA SAES/MS 973, de 14/08/2019, torna sem efeito a Portaria SAES/MS 936, de 07/08/2019, que incluía da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS o procedimento de quimioterapia prévia do carcinoma de mama em estágio clínico II, sem que essa indicação não ter sido avaliada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).
24. PORTARIA SAES/MS 938, de 07/08/2019, inclui os códigos da CID de pâncreas no procedimento 03.04.08.002-0 Internação para quimioterapia de administração contínua.
25. PORTARIA SAES/MS 815, de 02/07/2019, altera a crítica para o encerramento de APAC e altera atributos e compatibilidades de



procedimentos diagnósticos e terapêuticos, ambulatoriais e hospitalares, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, inclusive de procedimentos relacionados com o diagnóstico e o tratamento do câncer. Retificada quanto à descrição do procedimento 03.04.02.019-2, com a exclusão de “reto”, dada a exclusão do código da CID correspondente (C20).

26. PORTARIA CONJUNTA SAS e SCTIE/MS 5, de 18/04/2019, aprova, atualizando, as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. REVOGA a Portaria Conjunta e SAS e SCTIE/MS 19, de 03/07/2018, considerando o Registro de Deliberação Nº 428/2019 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que dispensa a obrigatoriedade da realização de exame molecular para confirmação de HER-2 quando o resultado do exame de imuno-histoquímica for de 3 cruzes.

27. PORTARIA SAS/MS 263, de 22/02/2019, republicada em 25/03/2019, atualiza, reformulando, os procedimentos radioterápicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. REVOGA a Portaria SAS/MS 757/2005 e as partes relativas à radioterapia da Portaria SAS/MS 346/2008 (revogada pela Portaria SAES/MS 470, de 22/04/2021). RETIFICADA nas descrições dos procedimentos de radioterapia de pele, de radioterapia de olhos e anexos, de radioterapia de doença benigna e de radioterapia de plasmocitoma/mieloma/metástases em outras localizações; em códigos da CID nos procedimentos de radioterapia de ossos, cartilagens e partes moles e de radioterapia de doença benigna; e no §9º do Art. 5º quanto ao procedimento 03.04.01.053-7 Radioterapia de plasmocitoma/mieloma/metástases em outras localizações. REVOGADA EM PARTE pela Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22/02/2022, por sua vez retificada em seu Art. 353, para conciliar-se com o atributo “quantidade máxima” do procedimento 03.04.01.053-7 Radioterapia de plasmocitoma/mieloma/metástases em outras localizações.



28. PORTARIA SAS/MS 183, de 05/02/2019, inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS o procedimento 04.16.04.028-4 - Implantação endoscópica de stent esofágico, para alívio da disfagia decorrente da obstrução por câncer esofágico avançado, pelo uso de dispositivo metálico autoexpansível.
29. PORTARIA CONJUNTA SAS e SCTIE/MS 01, de 07/01/2019, aprova, atualizando, as diretrizes Diagnósticas e terapêuticas de neoplasia maligna epitelial de ovário. REVOGA a Portaria SAS/MS 458, de 21/05/2012.
30. PORTARIA SAS/MS 1.333, de 24/08/2018, exclui procedimentos e altera atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, inclusive relacionados à radioterapia e à quimioterapia.
31. PORTARIA SAS/MS 1.259, de 09/08/2018, inclui procedimento e estabelece compatibilidades na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para radiocirurgia e radioterapia estereotáxica fracionada via Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). RETIFICADA em 19/01/2019, quanto ao nome e tipo de financiamento do procedimento.
32. PORTARIA SAS/MS 1.156, de 27/07/2018, atualiza as concomitâncias e compatibilidades de procedimentos de quimioterapia da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.
33. PORTARIA GM/MS 159, de 19/01/2018, altera atributos e inclui procedimentos de quimioterapia da leucemia linfóide/linfoblástica aguda e do linfoma linfoblástico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.



34. PORTARIA CONJUNTA SAS e SCTIE/MS 3, de 15/01/2018, aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Estômago. REVOGA a Portaria SAS/MS 505, de 06/05/2013.
- 35.
36. PORTARIA SAS/MS 933, de 26/07/2016, inclui procedimentos laboratoriais para a confirmação diagnóstica de infecção pelo HTLV-1, em consonância com a Portaria SCTIE 54, de 18/07/2016, que aprova o Protocolo de Uso da Zidovudina para Tratamento do Adulto com Leucemia/ Linfoma Associação ao Vírus HTLV-1.
37. PORTARIA SAS/MS 498, de 11/05/2016, revoga o Anexo à Portaria SAS 421/2010, inclui na tabela do SUS os procedimentos 03.04.04.020-7 - Hormonioterapia prévia à radioterapia externa do adenocarcinoma de próstata e 03.04.05.034-2 – Hormonioterapia adjuvante à radioterapia externa do adenocarcinoma de próstata e estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma de próstata, após a Consulta Pública SCTIE/MS no 33, de 28/10/2015.
38. PORTARIA SAS/MS 708, de 06/08/2015, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do mieloma múltiplo, após a Consulta Pública SAS/MS no 21, de 13/12/2014.
39. PORTARIA SAS/MS 516, de 17/06/2015, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de cabeça e pescoço e exclui o procedimento de quimioterapia adjuvante deste câncer, após a Consulta Pública SAS/MS n o 23, de 02/12/2014.
40. PORTARIA SAS/MS 493, de 11/06/2015, aprova o protocolo de uso da talidomida no tratamento da anemia devida a síndrome mielodisplásica (D46.0 Anemia refratária sem sideroblastos em anel; D46.1 Anemia Refratária com sideroblastos em anel; e D46.4 Anemia refratária não especificada) e refratária à eritropoetina. Ver no item



“Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor” que a talidomida é adquirida pelo Ministério da Saúde e dispensada por farmacêutico nas Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida credenciadas pela autoridade sanitária competente; portanto não há autorização de APAC para procedimento quimioterápico.

41. PORTARIA SAS/MS 1.440, de 16/12/2014, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do tumor do carcinoma de células renais, após a Consulta Pública SAS/MS no 18, de 29/10/2014.
42. PORTARIA SAS/MS 1.439, de 16/12/2014, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do tumor do carcinoma de esôfago, após a Consulta Pública SAS/MS no 19, de 30/10/2014.
43. PORTARIA SAS/MS 1.340, de 01/12/2014, inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS o procedimento de Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT). ALTERADA pelas portarias SAS 789, de 01/09/2015, de SAS 611, de 25/05/2016.
44. PORTARIA SAS/MS 1.051, de 10/10/2014, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do linfoma folicular, após a Consulta Pública SAS/MS no 8, de 05/05/2014.
45. PORTARIA SAS/MS 1.011, de 03/10/2014, estabelece formas de suporte dos laudos de autorização utilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA). REVOGA as portarias SAS/MS 768/2006 e 743/SAS/MS, de 20/12/2005.
46. PORTARIA SAS/MS 958, de 26/09/2014, atualiza as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma colorretal, incluindo no protocolo a indicação de uso da Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT). REVOGA a Portaria SAS/MS 601, de 26/06/2012.



47. PORTARIA SAS/MS 957, de 26/09/2014, atualiza as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de pulmão, incluindo no protocolo a indicação de uso da Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT). REVOGA a Portaria SAS/MS 600, de 26/06/2012.
48. PORTARIA SAS/MS 956, de 26/09/2014, atualiza o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do linfoma difuso de grandes células B, incluindo no protocolo a indicação de uso da Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT). REVOGA a Portaria SAS/MS 621, de 05/07/2012.
49. PORTARIA SAS/MS 840, de 08/09/2014, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas da leucemia mieloide aguda de crianças e adolescentes, após a Consulta Pública SAS/MS no 12, de 03/07/2014.
50. PORTARIA SAS/MS 783, de 29/08/2014, estabelece protocolo de uso do mesilato de imatinibe para o tratamento de síndrome hipereosinofílica. Ver no item “Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor” que não é assistência oncológica; portanto não há autorização de APAC para procedimento quimioterápico.
51. PORTARIA SAS/MS 705, de 12/08/2014, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas da leucemia mieloide aguda do adulto, após a Consulta Pública SAS/MS no 13, de 03/07/2014.
52. PORTARIA GM/MS 1.576, de 31/07/2014, revoga a Portaria GM/MS 1.655, de 17/09/2002. Substituta: Portaria SAS/MS 494, de 18/06/2014.
53. PORTARIA SAS/MS 494, de 18/06/2014, atualiza o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tumor do estroma gastrointestinal - GIST, após a Consulta Pública SAS/MS no 5, de 20/02/2014.
54. PORTARIA SAS/MS 67, de 28/01/2014, inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais



do SUS dois procedimentos ambulatoriais de iodoterapia de baixa dose (30mCi e 50mCi).

55. PORTARIA SAS/MS 10, de 06/01/2014, inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS procedimento sequencial em ortopedia. Não altera no SIGTAP os atributos dos procedimentos comuns a neurocirurgia, ortopedia e cirurgia oncológica. ALTERADA pela Portaria SAS/MS 288, de 01/04/2015.
56. PORTARIA SAS/MS 09, de 06/01/2014, inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS procedimento sequencial em neurocirurgia. Não altera no SIGTAP os atributos dos procedimentos comuns a neurocirurgia, ortopedia e cirurgia oncológica. REVOGA a Portaria SAS/MS 723, de 28/12/2007. ALTERADA pela Portaria SAS/MS 914, de 19/09/2014.
57. PORTARIA SAS/MS 07, de 03/01/2014, atualiza o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do carcinoma diferenciado da tireoide, após a Consulta Pública SAS/MS no 12, de 04/06/2013. REVOGA a Portaria SAS/MS 466, de 20/08/2007.
58. PORTARIA SAS/MS 453, de 23/04/2013, inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses / Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos Dosagem do Antígeno CA125 e Quimioterapia de Melanoma Maligno (adjuvância no estágio III) e altera, mantendo os demais atributos, o nome do procedimento Bloco de Colimação Personalizado para Colimação Personalizada, procedimento este excluído pela Portaria SAES/MS 470, de 22/04/2021.
59. PORTARIA SAS/MS 357, de 08/04/2013, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do melanoma maligno cutâneo, após a Consulta Pública SAS/MS no 7, de 03/08/2012.



60. PORTARIA SAS/MS 312, de 27/03/2013, aprova o protocolo de tratamento da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo de adulto com mesilato de imatinibe, após a Consulta Pública SAS/MS no 3, de 08/02/2013.
61. PORTARIA SAS/MS 298, de 21/03/2013 (retificada), atualiza os protocolos de uso da talidomida no tratamento da doença enxerto contra hospedeiro e do mieloma múltiplo. Revoga a Portaria Conjunta SPS e SAS/MS 25, de 30 de janeiro de 2002. RETIFICADA em 12/04/2013 no Anexo II – Termo de Responsabilidade/Esclarecimento.
62. PORTARIA GM/MS 2.948, de 21/12/2012, altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS o valor de procedimento de Internação para quimioterapia de leucemias agudas/crônicas agudizadas.
63. PORTARIA GM/MS 2.947, de 21/12/2012 (republicada), atualiza, por exclusão, inclusão e alteração, procedimentos cirúrgicos oncológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. RETIFICADA em 20/02/2013 e 14/03/2013. REPUBLICADA em 11/07/2013 e RETIFICADA em 15/07/2022.
64. PORTARIA SAS/MS 602, de 26/06/2012, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de fígado no adulto, após a Consulta Pública SAS/MS no 27, de 25/08/2010.
65. PORTARIA SAS/MS 599, de 26/06/2012, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do tumor cerebral no adulto, após a Consulta Pública SAS/MS no 30, de 25/08/2010.
66. PORTARIA SAS/MS 939, de 21/12/2011, altera o tipo de financiamento do procedimento de quimioembolização do carcinoma hepático e o compatibiliza com os respectivos procedimentos especiais. ALTERA a



Portaria SAS/MS 420/2010 (revogada pela Portaria SAESMS 470/2021, que mantém os procedimentos vigentes à data da sua publicação).

- 67.RDC Anvisa 11, de 22/03/2011, dispõe sobre o controle da substância Talidomida e o medicamento que a contenha. REVOGA as portarias SVS 63/1994 e 354/1997 e a RDC Anvisa 34, de 20/04/2000, e artigos das portarias SVS 344/1998 e 6/1999. ATUALIZADA pela Resolução - RDC nº 50, de 11/11/2015.
- 68.PORTARIA SAS/MS 581, de 25/10/2010 (retificada), complementa a Portaria SAS/MS 420/2010 (revogada pela Portaria SAESMS 470/2021, que mantém os procedimentos vigentes à data da sua publicação), no que se refere a intercorrências e tratamento clínico de paciente oncológico.
- 69.PORTARIA GM/MS 2.415, de 25/08/2010, revoga a Portaria GM/MS 1.945, que fica SUBSTITUÍDA pela Portaria SAS/MS 421, de 25/08/2010.
- 70.PORTARIA GM/MS 2.410, de 25/08/2010, estabelece recursos aos Estados, Municípios e Distrito Federal para custeio da atualização dos procedimentos de radioterapia e quimioterapia da Tabela do SUS.
- 71.PORTARIA SAS/MS 421, de 25/08/2010, atualiza procedimentos diagnósticos e terapêuticos em Urologia, inclusive os de hormonioterapia cirúrgica e medicamentosa do adenocarcinoma de próstata. SUBSTITUI a Portaria GM/MS 1.945/2009(*). REPUBLICADA em setembro/2010. Teve o seu Anexo REVOGADO pela Portaria SAS/MS 498, de 11/05/2016.
- 72.PORTARIA SAS/MS 305, de 29/06/2010, recompõe valores de alguns procedimentos cirúrgicos. PORTARIA SAS/MS 381, de 10/11/2009, acesso venoso central. REVOGA as portarias SAS/MS 733/2002 e 96/2006.



73. PORTARIA GM/MS 1.783, de 07/08/2009, atualiza procedimentos diagnósticos e terapêuticos de Medicina Nuclear. PORTARIA SAS/MS 662, de 14/11/2008(*), republicada em 15/12/2008, inclui Outros Procedimentos Sequenciais (código 04.15.02.003-4) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
74. PORTARIA SAS/MS 288, de 19/05/2008, operacionaliza a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, instituída pela Portaria GM/MS 957, de 15/05/2008, inclusive no que respeita aos procedimentos oftalmológicos aplicáveis ao tratamento do câncer.
75. PORTARIA GM/MS 2.918, de 13/11/2007, atualiza procedimentos diagnósticos e terapêuticos dos cânceres do colo uterino e de mama.
76. PORTARIA SAS/MS 361, de 25/06/2007, inclui na Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES as habilitações estabelecidas na Portaria SAS/MS 741, de 19/12/2005. COMPLEMENTADA pela Portaria SAS/MS 146, de 11/03/2008.
77. RDC Anvisa 20, de 02/02/2006, estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de radioterapia.
78. PORTARIA GM/MS 2.571, de 27/12/2005, REVOGA as portarias GM/MS 3.535/1998, GM/MS 1.478/1999 e GM/MS 1.289/2002. PORTARIA GM/MS 1.617, de 09/09/2005, atualiza os valores dos procedimentos radioterápicos – Grupo 28 da tabela do SIA/SUS.
79. RDC Anvisa 220, de 21/09/2004, estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de quimioterapia.



80. RDC ANVISA 202, de 18/07/2002, republicada no DOU de 22/07/2002, estabelece que os medicamentos narcóticos codeína, morfina e metadona podem passar a ser prescritos em receituário comum, em duas vias. Esta Resolução se deu antes das portarias supracitadas, para permitir a sua operacionalização, no contexto do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde - SUS, instituído pela Portaria GM/MS nº 19, de 3 de janeiro de 2002.
81. PORTARIA SAS/MS 580, de 20/12/2001, altera a tabela do SIH/SUS, excluindo o procedimento 79.700.90-0 Internação para quimioterapia de leucemias agudas (linfoides e não linfoides) e alterando a descrição do procedimento 79.700.89-6 Internação para quimioterapia de leucemias crônicas em agudização para Internação para quimioterapia de leucemias agudas e crônicas em agudização.
82. PORTARIA SAS/MS 130, de 25/04/2000, estabelece a utilização de código de cirurgia reparadora/reconstrutiva para implante peniano em UPS habilitadas em alta complexidade em Oncologia.
83. PORTARIA GM/MS 1.480 e PORTARIA GM/MS 1.481, de 28/12/1999, define os medicamentos excepcionais (FAEC). Não se suspende a Portaria SAS/MS 184, de 16/10/1998, retificada no DOU de 03/11/1998.
84. PORTARIA CONJUNTA SE e SAS/MS 54, de 14/12/1999, atualiza procedimentos de Medicina Nuclear.
85. PORTARIA Conjunta SE e SAS/MS 44, de 11/10/1999, estabelece a Iodoterapia do Câncer Diferenciado de Tireoide, como procedimento de internação. ALTERADA pela Portaria SAS/MS 466, de 20/08/2007.
86. PORTARIA SAS/MS 544, de 10/09/1999, estabelece a cobrança fora da faixa etária e tempo médio de permanência.



87. PORTARIA SAS/MS 401, de 30/07/1999, estabelece o tempo de permanência hospitalar de procedimentos cirúrgicos oncológicos pediátricos. VER OS TEMPOS MÉDIOS NOS PROCEDIMENTOS UNIFICADOS DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS VÁLIDA A PARTIR DE JANEIRO DE 2008.
88. PORTARIA SAS/MS 034/99, de 04/02/1999, republicada em 31/03/1999, estabelece procedimentos quimioterápicos e radioterápicos que exigem internação; e internação para quimioterapia e radioterapia. ALTERADA pela Portaria SAS/MS 580, de 20/12/2001, Portaria GM/MS 2.848/2007 e Portaria SAS/MS 346/2008 (revogada pela Portaria SAES/MS 470, de 22/04/2021, mas sem alteração do seu conteúdo).
89. PORTARIA SAS/MS 205/1998, de 09/11/98, republicada em 23/11/1998, estabelece codificação e valores de marcadores tumorais (receptor hormonal do câncer de mama, PSA, imunohistoquímica e imunofenotipagem). DESCRIÇÕES ALTERADAS pela Portaria GM/MS 2.848, de 06/11/2007.
90. PORTARIA SAS/MS 184/98, de 16/10/1998, exclui medicamentos especiais para Oncologia, que passaram a ser do âmbito do sistema APAC – Autorização para procedimentos de alta complexidade. Retificada no DOU de 03/11/1998.
91. PORTARIA SAS/MS 38, de 01/04/1998, – define códigos dos procedimentos estabelecidos na Portaria GM/MS 2.413/1998.
92. PORTARIA GM/MS 2.413, de 23/03/1998, regulamenta os cuidados prolongados de doentes crônicos, inclusive oncológicos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Câmara dos Deputados, Ato de Criação da Comissão Especial de Combate ao câncer, https://www2.camara.leg.br/legin/int/atopre_sn/2021/atodapresidencia-58317-2-junho-2021-791514-publicacaooriginal-163086-cd-presi.html

GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016 Oct; 388 (10053):1659-1724.

Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. Lancet Glob Health. 2016 Sep;4 (9):e609-16. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30143-7.

De Stewart BW, Wild CP, editors. World cancer report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.

De Global Initiative for Cancer Registry Development. International Agency for Research on Cancer. Lyon: France.

Revista Rede Câncer – publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; nº 40, março 2018. Cresce número de pacientes com câncer sob controle, mas risco de retorno da doença não pode ser descartado – É possível falar em cura? p. 16 (REDE CÂNCER, 2018).

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer – INCA, Em <https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia>, extraído em 15/09/2022.

Ronson UMA, corpo J. Reabilitação psicossocial de paciente oncológicos após terapia curativa, Apoie o cuidado do câncer, 2002, vol. 10 (pág. 281-91).

Okamura H. Importance of Rehabilitation in Cancer Treatment and Palliative Medicine. Disponível em: <https://academic.oup.com/jjco/article/41/6/733/837105>. Acesso em: Setembro/2022.



BRASIL, Câmara dos Deputados, Projeto de Lei Fundo Nacional de Combate ao Câncer, <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2312430>.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer - INCA, REDE CANCER, acessado em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//assistencia-rede-cancer-16.pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da Incidência de Câncer no Brasil – 2020. Rio de Janeiro. INCA, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia – 2014. Brasília - DF. Ministério da Saúde, 2014.

União Internacional Contra o Câncer. TNM – Classificação de Tumores Malignos. Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer, 2012. Xxv, 325p. (7ª Edição).

BRASIL, Ministério da Saúde. Relatórios de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS: em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>.

BRASIL, Ministério da Saúde. PCDT em elaboração, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/pcdt-em-elaboracao-1>, acessado em outubro/2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 741, de 19.12.2005 Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_741.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.



Stubblefield MD, Hubbard G, Cheville A, Koch U, Schmitz KH, Dalton so. Current perspectives and emerging issues on cancer rehabilitation. Cancer. 2013;119(11 Suppl.):2170-8.

Alfano CM, Ganz PA, Rowland JH, Hahn EE. Cancer survivorship and câncer rehabilitation: revitalizing the link. J Clin Oncol. 2012;30 (9):904-6.

DeLisa JA. A history of cancer rehabilitation. Cancer. 2001;92:970-4.

Vargo MM. The oncology-rehabilitation interface: better systems needed. J Clin Oncol. 2008;26(16):2610-1.

Silver JK, Baima J, Mayer S. Impairment-driven cancer rehabilitation: na essential component of quality care and survivorship. CA Cancer J Clin. 2013. doi: 10.1002/caac.21186. [Epub ahead of print.].

Sabers SR, Kokal JE, Girardi JC, Philpott CL, Basford JR, Therneau TM, et al. Evaluation of consultation-based rehabilitation for hospitalized cancer patents with funcional impairment. Mayo Clin Proc. 1999;74 (9):855-86.

Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2012;8:CD008465. doi: 10.1002/14651858.

Mishra SI, Scherer RW, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O, Gotay CC, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for câncer survivors Cochrane Database Syst Rev. 2012;8:CD007566. doi: 10.1002/14651858.

